



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

Relatório de Estágio

**Transição para a parentalidade em contexto de pandemia por COVID-19:
a intervenção de enfermagem na gestão da emocionalidade parental**

Ana Lúcia Duarte Marques

**LISBOA
2022**



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

Relatório de Estágio

**Transição para a parentalidade em contexto de pandemia por COVID-19:
a intervenção de enfermagem na gestão da emocionalidade parental**

Ana Lúcia Duarte Marques



Orientador: Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Tu sabes bem qual é a tua vocação, pois a sentes exercer pressão sobre ti. E, se a atraíçoas, é a ti que desfiguras. Mas fica sabendo que a tua verdade se fará lentamente, pois ela é nascimento de árvore e não descoberta de uma fórmula”

Antoine de Saint-Exupéry, in *Cidadela*

AGRADECIMENTOS

À Senhora Professora Doutora Paula Diogo, pela sua incansável dedicação, inestimável sabedoria e grande humanismo, o meu sincero e profundo agradecimento.

A todos os enfermeiros dos diferentes campos de estágio, e em especial aos enfermeiros orientadores, pelo seu acolhimento, disponibilidade e colaboração, que possibilitaram o meu processo de aprendizagem, rumo à aquisição de novas competências.

A todos os meus colegas de curso, que com as suas partilhas, opiniões e sugestões, contribuíram para a construção dos alicerces deste trabalho.

Às minhas colegas do serviço de Neonatologia, que com as suas palavras de encorajamento e incentivo, contribuíram para a manutenção do meu entusiasmo desde o início até à última etapa deste percurso.

A todas as crianças e famílias, pela riqueza das interações vividas, que possibilitaram a mobilização, integração e articulação dos saberes, refletindo sobre a prática, com vista ao desenvolvimento de novas aprendizagens.

À minha família, ao meu marido e aos meus filhos, por encontrar neles a força e motivação necessárias para continuar o meu caminho...

LISTA DE SIGLAS

CCF – Cuidados Centrados na Família

CMEESIP – Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

DGS – Direção Geral da Saúde

ESEL– Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NACJR – Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

TEEP – Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

RESUMO

A transição para a parentalidade é um acontecimento muito impactante na vida, que requer uma reestruturação de objetivos, comportamentos e responsabilidades, revestindo-se de uma intensa emocionalidade. Em contexto de pandemia por COVID-19, esta emocionalidade pode ser mais intensa, principalmente quando os pais experienciam esta transição em situação de hospitalização. Tendo em conta esta problemática, é particularmente importante que os enfermeiros procurem implementar intervenções promotoras da gestão emocional parental, adotando estratégias e modelos de intervenção que o possibilitem, sendo este o objeto de estudo deste trabalho. O EEESIP, pelo extenso conhecimento que detém e pelas competências específicas que possui, desempenha uma função fundamental na gestão das emoções, contribuindo, através do trabalho emocional, para a transformação das emoções negativas em estados de bem-estar emocional, possibilitando aos pais adquirir uma perceção positiva da experiência vivida.

Este relatório representa o percurso efetuado nos diferentes contextos clínicos, pretendendo refletir os objetivos e atividades desenvolvidas, com vista à aquisição de um novo corpo de competências. A metodologia utilizada assentou na aprendizagem experiencial ancorada na reflexão crítica, fundamentada em modelos teórico-conceituais de enfermagem, e alicerçada na evidência científica e na investigação.

A experiência de aprendizagem resultante deste processo permitiu responder aos objetivos gerais estabelecidos que visam desenvolver competências de EEESIP nos diversos contextos da prática clínica; e, desenvolver competências de EEESIP promotoras da transição para a parentalidade em contexto de pandemia, contribuindo desta forma para uma humanização dos cuidados e para a maximização da saúde das crianças, jovens e famílias.

Palavras-Chave: parentalidade, emoções, pandemia, COVID-19, enfermagem.

ABSTRACT

The transition to parenthood is an event of great impact in life that requires a restructuring of goals, behaviors, and responsibilities, covering itself with an intense emotionality. In the context of a COVID-19 pandemic, this emotionality can be more intense, especially when parents experience this transition in a hospitalization situation. Considering this problematic, it is particularly important that nurses try to implement interventions that promote parental emotional management, adopting strategies and intervention models that make it possible, which is the object of study of this work. The EEESIP, due to the extensive knowledge and the specific skills it has, plays a fundamental role in the management of emotions, contributing, through emotional work, to the transformation of negative emotions into states of emotional well-being, enabling parents to acquire a positive perception of the lived experience.

This report represents the path taken in the different clinical contexts, reflecting the objectives and activities developed, with a view to acquiring a new body of competences. The methodology used was based on experiential learning anchored in critical reflection, grounded in theoretical-conceptual nursing models, scientific evidence, and research.

The learning experience resulting from this process allowed us to respond to the general objectives established that aim to develop EEESIP skills in the various contexts of clinical practice; and, to develop EEESIP skills that promote the transition to parenthood in the context of a pandemic, thus contributing to a humanization of care and to the maximization of the health of children, young people, and families.

Keywords: parenting, emotions, pandemic, COVID-19, nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	14
1.1 – Transições e Transição para a Parentalidade	14
1.2 – A transição para a parentalidade na UCIN	16
1.3 – Cuidar em Neonatologia	18
1.3.1 – A Filosofia de Cuidados Centrados na Família	19
1.3.2 – O Modelo de Parceria de Cuidados	20
1.3.3 – O Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica	21
1.4 – Repercussões emocionais da pandemia nos cuidados neonatais	23
2 – PROBLEMÁTICA E OBJETO DE ESTUDO	27
3 – METODOLOGIA	28
4 – OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER	30
5 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO	31
5.1 – Cuidados de Saúde Primários	31
5.2 – Consulta de Desenvolvimento de Pediatria	34
5.3 – Serviço de Internamento de Pediatria	39
5.4 – Serviço de Urgência Pediátrica	42
5.5 – Unidade de Neonatologia	46
6 – DO PERCURSO EFETUADO NA PRÁTICA CLÍNICA À AQUISIÇÃO DE UM NOVO CORPO DE COMPETÊNCIAS	50
7 – PROJETOS FUTUROS	57
8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

APÊNDICES

I – Mapa Teórico- Conceptual

II – Cronograma das Atividades de Estágio

III – Guia Orientador das Atividades de Estágio

IV – Caracterização dos Contextos de Estágio

V – Síntese reflexiva: Ensino Clínico nos Cuidados de Saúde Primários

VI – Síntese reflexiva: Entrevista à EEESIP no contexto do NACJR

VII – Síntese reflexiva: Ensino Clínico na Consulta de Desenvolvimento de Pediatria

VIII – Manual para a promoção do desenvolvimento da linguagem na criança

IX – Jornal de Aprendizagem: Ensino Clínico no Internamento de Pediatria

X – Formulário de planeamento para formação Interna

XI – Ação de Formação no Internamento de Pediatria

XII – Síntese reflexiva: Ensino clínico na Urgência Pediátrica

XIII – Projeto “O teste dos cavaleiros”

XIV – Conto “O teste dos cavaleiros”

XV – “The Knights test”

XVI – Plano da Sessão de formação no Serviço de Urgência de Pediatria

XVII– Apresentação da Sessão de Formação

XVIII – Síntese Reflexiva: Unidade de Neonatologia

XIX – Instrução de trabalho: Abordagem da família em isolamento por COVID-19 na Unidade Neonatologia

XX – Etiquetas comemorativas “as minhas primeiras conquistas”

XXI – Diário digital do bebé

XXII – Apresentação para o *Webinar*: Trabalho emocional em Enfermagem Pediátrica em tempos de COVID-19, no contexto da Neonatologia

XXIII – Apresentação da Comunicação livre XXIV – Resumo da Revisão Integrativa da Literatura para o *Ebook*.

ANEXOS

I – Certificado de preleção de *Webinar*: Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica em tempos de COVID-19.

II – Certificado de apresentação de Comunicação livre: Impacto das medidas adotadas nas UCIN na emocionalidade familiar

III – Certificado de apresentação de *Webinar*: 3^{as} Jornadas de Saúde Materna e Obstetrícia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1: Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica	22
Fig. 2: Estratégias de ensino/aprendizagem	29

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no 11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (CMEESIP), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), e, tem como finalidade espelhar o percurso formativo realizado na área clínica, no sentido de desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à criança, jovem e família, integrando as diferentes dimensões do exercício de enfermagem e, simultaneamente, estudar uma problemática sensível aos cuidados de enfermagem pediátricos, de justificada pertinência.

No final de dezembro de 2019, foi reportado à Organização Mundial de Saúde (OMS) um conjunto de casos de um novo tipo de pneumonia viral, encontrados em Wuhan, na província de Hubei, na China, tendo sido posteriormente identificado um novo tipo de coronavírus - o (2019-nCoV) - como agente causador da doença. Tendo em conta a rápida disseminação global do vírus, no final de janeiro de 2020, a doença pelo novo coronavírus, denominada Covid-19, foi considerada como uma Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional, e a 11 de março de 2020 foi declarada pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2020).

Devido à rápida proliferação da doença e ao seu amplo espectro clínico, os países, de forma global, foram chamados a responder de forma coordenada e, em todas as áreas governamentais, adotando e ajustando medidas de forma a conter a propagação do vírus, prevenindo a transmissão pessoa a pessoa e impedindo a formação de cadeias de transmissão (DGS, 2020).

Com a adoção de medidas de contenção da pandemia, a grande maioria das instituições hospitalares alterou as suas normas e modos de funcionamento. Os serviços, nomeadamente os serviços de pediatria, foram confrontados com a necessidade de alterar dinâmicas, horários e rotinas, como estratégia de resposta para prevenir a transmissão do vírus, o que implicou, em alguns casos, uma falta de oportunidades de interação dos pais com os seus filhos (Montes & Herranz-Rubia, 2020; Murray & Swanson, 2020; Tscherning, Sizun & Kuhn, 2020).

Apesar de ser conhecido o impacto que os planos de contingência têm na contenção da pandemia de COVID-19, há ainda um parco conhecimento acerca do impacto que estas medidas têm nos pais e mães que experimentam a transição para a parentalidade neste período, sobretudo aqueles que experienciam a transição em contexto hospitalar, como numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

Quando o recém-nascido é internado numa UCIN, o processo de transição para a parentalidade torna-se mais complexo, quer pela dificuldade do estabelecimento da vinculação e da prestação de cuidados, quer pela dificuldade da construção da identidade parental, ampliados pelas representações negativas acerca da experiência vivenciada, a falta de oportunidades de interação com o bebé e o próprio ambiente da UCIN (Shin & White-traut,2010). Ora, estes fatores, que previamente se constituíam como dificultadores da transição para a parentalidade, no contexto de pandemia por COVID-19 poderão potencialmente assumir um papel ainda mais relevante (Montes & Herranz-Rubia, 2020; Murray & Swanson,2020; Tscherning, Sizun & Kuhn, 2020). Neste sentido, o grande objetivo do enfermeiro deverá ser apoiar e capacitar os pais, através da implementação de intervenções de enfermagem facilitadoras da transição para a parentalidade e da gestão da sua emocionalidade, para um cuidado verdadeiramente humano.

Como referem Diogo, Freitas, Costa e Gaíva (2021) desde as conceções pioneiras de Florence Nightingale, muitas foram as definições sobre o cuidar em enfermagem numa lógica integradora e humanista, sendo que a dimensão emocional dos cuidados está sempre presente. De acordo com a teoria de Meleis, cuidar em enfermagem implica apoiar a pessoa nas suas transições, visando o bem-estar emocional (Schumacher & Meleis, 2010). A dimensão emocional do cuidar é também o eixo da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson (2002) considerando que o cuidar envolve ações carinhosas, sentimentos harmoniosos e a complexidade dos afetos. Os afetos são, para Damásio (2020, p.115), “o universo das nossas ideias traduzidas em sentimentos”, no entanto o autor questiona “porque será o mundo dos afetos tão frequentemente esquecido ou tido como garantido quando a vida normal seria inconcebível sem ele?” (Damásio, 2017, p.148). De facto, tal como refere Watson (2002) a enfermagem enquanto ciência do cuidar não pode ficar indiferente às emoções humanas. Na mesma linha de pensamento, Diogo (2015), acrescenta que na prática da enfermagem em contexto pediátrico, o cuidar requer a compreensão da

experiência humana das emoções da criança e família, a sua partilha e uma gestão emocional adaptativa.

Em tempos de pandemia, na UCIN, a dimensão emocional dos cuidados de enfermagem assume um papel preponderante, devendo a intervenção de enfermagem, pautar-se por estratégias que facilitem a gestão da emocionalidade dos pais, onde se incluem a facilitação da expressão das emoções, a comunicação eficaz, a facilitação da vinculação e a promoção de competências (Fernandes, Toledo, Campos e Vilelas, 2014), utilizando instrumentos de enfermagem orientadores da prática, de que é exemplo o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Modelo TEEP) (Diogo, 2019; Diogo, Martins & Fernandes, 2017).

Este relatório, ancorado no Paradigma de Pensamento de Enfermagem da Transformação (Kérrouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 2002) surge assim, como forma de responder ao problema identificado, enquanto procura demonstrar o percurso realizado visando o desenvolvimento pessoal e profissional, pela aquisição de um novo corpo de competências.

O presente documento inicia-se com o enquadramento teórico-conceitual que suporta este trabalho¹, seguindo-se a apresentação da problemática, metodologia, os objetivos, atividades e competências desenvolvidas, terminando com a apresentação de projetos futuros bem como das principais conclusões.

¹ De forma esquemática apresenta-se o mapa teórico-conceitual no apêndice I.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

1.1 – Transições e Transição para a Parentalidade

A transição é definida por Meleis e Trangenstein (2010) como a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro, referindo-se, tanto ao processo, como ao resultado de um complexo de interações entre a pessoa e o ambiente. Todas as transições envolvem mudança, contudo nem todas as mudanças são transições. As transições são despoletadas por uma mudança no estado de saúde, no papel no âmbito das relações, nas expectativas ou nas capacidades e requerem que a pessoa incorpore novos conhecimentos, altere comportamentos, e assim, altere o conceito de si num contexto social.

Para Schumacher e Meleis (2010) existem vários tipos de transições: as transições de desenvolvimento ao nível individual (como a adolescência, a gravidez, a parentalidade), e ao nível familiar (as relações mãe-filha, a fertilidade); as transições situacionais (tais como mudanças de papéis profissionais, viuvez, imigração); as transições de saúde/doença (tais como o diagnóstico de doença, a hospitalização, a recuperação); bem como transições organizacionais (mudanças na liderança, nas políticas e nas comunidades).

Embora todas as transições sejam responsáveis por alterações nas vidas dos indivíduos e tenham implicações importantes na sua saúde e bem-estar, a transição para a parentalidade é uma transição especialmente crítica, porque não só tem implicações na saúde dos próprios pais, mas também na saúde e desenvolvimento das crianças (Martins,2009).

De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa (Porto Editora, 2020, p.1193) o conceito de “Parentalidade” diz respeito “estado ou qualidade de ser mãe ou pai”. Isto requer, de acordo com Alarcão (2000, p.351), “o desempenho das funções executivas, como proteção, educação [e] integração na cultura familiar (...)”. De forma mais abrangente, o conceito de Parentalidade é definido, pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2011), como a ação de tomar conta com as características específicas: assumir as responsabilidades de ser mãe ou pai;

comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequado ou não.

A transição para a parentalidade, de acordo com Mercer (2010), pode ser definida como o processo pelo qual alguém se torna mãe ou pai, implicando uma transferência da realidade atual conhecida para uma nova e desconhecida realidade. Esta transição requer a reestruturação de objetivos, comportamentos e responsabilidades que permitem alcançar uma nova concepção de si próprio e de uma identidade.

A identidade parental que se desenvolve nesta transição, segundo Mercer (2010), é construída em 4 fases. A primeira diz respeito à fase antecipatória, em que os pais começam a experimentar o papel e adaptam-se às mudanças sociais e psicológicas; a segunda fase diz respeito à fase formal que começa com o nascimento do bebê e com a adaptação ao papel que é socialmente esperado; a terceira fase diz respeito à fase informal em que os pais desempenham o seu papel como uma forma única e singular de lidar com o seu bebê, e por fim, a fase de identidade do papel que corresponde à confiança e competência que os pais percebem no desempenho do seu papel.

Este processo, na opinião de Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2010) não é linear, mas antes é passível de ser influenciado por várias condicionantes. Para os autores, os processos de transição podem ser influenciados pelas condições pessoais, as atitudes e crenças, a condição socioeconómica, a preparação ou o conhecimento acerca do próprio processo de transição, o significado atribuído aos eventos que precipitam a transição, bem como as condições sociais e as da comunidade. O conhecimento destes fatores é particularmente importante para que os enfermeiros capacitem os pais na transição para o tornar-se pai e mãe, de forma próspera, com objetivos de mestria em habilidades parentais e bem-estar emocional.

1.2 – A transição para a parentalidade na UCIN

Na linha de pensamento de Shin e White-Traut (2010) existem três fatores que antecedem a transição para a parentalidade vivida na UCIN, e que contribuem para a especificidade e complexidade desta transição.

O primeiro fator diz respeito ao resultado inesperado da gravidez que culmina no internamento do bebé na UCIN. Durante a gravidez os futuros pais têm oportunidade de se prepararem para receber o seu bebé, experienciando um período de ensaios, ligação, ansiedade, fantasias e reflexões, o que permite que o projeto de parentalidade se construa e consolide de forma progressiva. Quando a gravidez termina na hospitalização da criança, os pais vêm-se forçados a transitar para a parentalidade de uma forma inesperada, para a qual não estavam preparados. De facto, reconhece-se atualmente que a UCIN representa uma fonte de perturbação muito importante, quer para o bebé quer para os pais, que se têm de adaptar ao seu novo papel numa situação estranha e artificial.

O segundo fator diz respeito à consciencialização por parte dos pais de que vão ser pais de um recém-nascido de risco, diferente do que tinham sonhado. Para Shin e White-traut (2010) esta consciencialização só acontece quando os pais são confrontados com a realidade do bebé na UCIN. Parafraseando Brazelton e Cramer (2004) na altura do nascimento, três bebés comparecem perante os pais: o filho imaginário dos seus sonhos e fantasias; o feto invisível, mas real cujos ritmos específicos e personalidade se foram evidenciando cada vez mais ao longo de vários meses e o verdadeiro bebé recém-nascido. Apesar deste desequilíbrio entre o bebé sonhado e bebé real acontecer até com bebés saudáveis, no caso de um bebé de risco, como por exemplo um bebé prematuro, a diferença e o choque são muito maiores. O recém-nascido prematuro representa uma desilusão para os pais, que quando vêm pela primeira vez o seu bebé, pequeno, magro com múltiplos aparelhos e tubos em seu redor, são confrontados com uma imagem que nada tinha que ver com o bebé sonhado.

O terceiro fator que antecede e influencia a transição para a parentalidade vivida na UCIN diz respeito à separação física decorrente da hospitalização que, de acordo com Shin e White-Traut (2010), leva as mães dos bebés de risco a iniciar uma transição diferente da que é vivida pelas mães de bebés saudáveis.

De facto, na clássica investigação de Klaus e Kennel (1976), parafraseados por Figueiredo (2002), os autores verificaram que existe um maior envolvimento emocional materno providenciado pelo contacto corporal precoce entre a mãe e seu filho no pós-parto imediato, que está associado a interações mais positivas com o bebé, quer a curto quer a longo prazo. Estes autores vêm fazer referência à ligação específica que se estabelece entre a mãe e o bebé, desde os primeiros contactos, que é influenciada pela carga hormonal materna e cujo estabelecimento está favorecido num “período sensível”, localizado nos momentos imediatos ao parto.

A investigação tem vindo a verificar que, embora um número considerável de mães sinta já uma afeição especial pelo filho durante a gravidez, a primeira vez que a mãe pega no filho, bem como os momentos que se seguem ao parto são os momentos-chave para que a ligação possa efetivamente desenvolver-se, concluindo-se que quanto mais cedo a mãe contacta com o recém-nascido, mais rapidamente se observa a vinculação mãe-filho.

Com efeito, Feldman, Weller, Leckman, Huint e Eidelman (1999) parafraseados por Figueiredo, Costa, Pacheco e Pais (2008) estudaram o efeito da proximidade, separação e ameaça de perda do filho sobre a vinculação materna, comparando mães de bebés prematuros internados numa UCIN e mães de bebés de termo. Os autores verificaram que as mães cujos filhos foram separados após o parto, como acontece com as mães dos bebés prematuros, apresentam níveis mais elevados de preocupações, e ao mesmo tempo, níveis mais baixos de vinculação ao seu filho, sendo que esta vinculação diminui ainda mais com a ameaça de perda do bebé. Para os autores a ameaça da perda do bebé diminui a vinculação materna porque o alto estado de preocupação transforma-se numa reatividade emocional diminuída, característica do sentimento de perda.

Na linha de pensamento de Shin e White-traut (2010) para além dos fatores enumerados que antecedem a transição para a parentalidade vivida no contexto da UCIN, existem características específicas que são inerentes a esta experiência. Para estes autores, este processo não é um fenómeno estático, mas implica um fluxo de movimento, o que significa que é um processo dependente do tempo. Isto quer dizer que, com o passar do tempo, a maior parte das mães passa do desconforto para a aceitação da situação de transição, estabelecendo o seu próprio conceito de parentalidade. Para além de ser um fenómeno dependente do tempo, a transição para

a parentalidade numa UCIN é um processo que origina uma grande instabilidade emocional. De facto, na sua maioria, os pais dos prematuros são descritos como atravessando uma crise emocional grave, com sentimentos perturbadores intensos principalmente durante o internamento do bebé, apresentando frequentemente ansiedade, stress e sintomas de depressão (Obeidat, Bond & Callister, 2009; Miles, Holditch-Davis, Schwartz, 2007; Mendelson *et al.* 2017). Por último, Shin e White-traut (2010) apontam como característica deste processo particular de transição, a dificuldade no comprometimento com o papel parental na UCIN. Para os investigadores isto acontece por várias razões como sejam o ambiente da própria UCIN, o estado emocional dos pais, a condição do bebé, e as diminutas oportunidades para a interação.

Para que a transição para a parentalidade, nos casos específicos dos pais que vivenciam a hospitalização do recém-nascido, seja realizada de uma forma positiva e adaptativa, é necessário que a intervenção do enfermeiro da UCIN seja uma intervenção de apoio, centrada na família, com o objetivo de evitar o estabelecimento de uma parentalidade tardia (Shin & White-traut, 2010), que poderá trazer consequências no desenvolvimento, tanto dos pais, como da criança. Como refere Barros (2006), na UCIN deverão ser criadas um conjunto de oportunidades de aprendizagem de atitudes parentais concretas, bem como, ensaiar formas de resolução de problemas futuros. Para a autora, os pais que experimentam múltiplas oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento tornam-se mais autónomos e competentes para estimular o desenvolvimento do filho e compensar eventuais riscos associados a um nascimento difícil.

1.3 - Cuidar em Neonatologia

Tal como nos descreve Collière (1999, p.21), “os cuidados de enfermagem representam um assunto vasto e de uma grande complexidade. São de carácter universal e multidimensional, singularizando-se em cada cultura, em cada sistema socioeconómico, em cada situação”. Na perspetiva de Meleis e Trangenstein (2010) o grande objetivo da enfermagem diz respeito ao cuidar dos indivíduos e famílias em processos de transição, assistindo às mudanças e exigências que estas provocam

nas suas vidas, ajudando-os na preparação para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências.

Cuidar da família em transição na UCIN significa realizar uma intervenção de enfermagem baseada no suporte e capacitação da família, centrada na família, e em parceria com a família, com o objetivo de construir um plano promotor da parentalidade. Estes princípios vão ao encontro da filosofia de Cuidados Centrados na Família, uma abordagem que privilegia a prestação de cuidados em parceria e centrados na família e que sustenta a prática dos cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

1.3.1 – A Filosofia de Cuidados Centrados na Família

A filosofia de cuidados centrados na família corresponde a uma forma de cuidar das crianças e famílias no seio dos serviços de saúde, assegurando que as intervenções são planeadas tendo em conta toda a família e não apenas a criança, sendo todos os seus membros considerados recetores de cuidados (Shields, Pratt & Hunter, 2006). Esta abordagem reconhece que a família é a primeira fonte de forças e apoio da criança sendo que os serviços de saúde e os profissionais devem apoiar, respeitar, e potencializar a competência da família (Hockenberry & Wilson, 2016).

Esta filosofia de cuidados engloba alguns princípios na abordagem clínica à criança e à família, como sejam: (1) incorporar na política e na prática o reconhecimento de que a família é a constante na vida da criança, enquanto que os sistemas de prestação de cuidados flutuam; (2) facilitar a colaboração da família com o profissional em todos os níveis de cuidados; (3) partilhar completa e imparcialmente a informação com os familiares; (4) incorporar na política e na prática o reconhecimento e o respeito à diversidade cultural, potenciais e individualidades de todas as famílias; (5) reconhecer e respeitar os diferentes métodos de *coping* e implementar políticas e programas que ofereçam suporte educacional, emocional, ambiental, financeiro e de desenvolvimento para atender as necessidades da família; (6) encorajar e facilitar as redes de apoio entre famílias; (7) garantir que os serviços de apoio às crianças com necessidades de saúde específicas sejam flexíveis, acessíveis e abrangentes em resposta às diversas necessidades identificadas na

família; (8) considerar as famílias como famílias e as crianças como crianças, reconhecendo que elas possuem potencialidades, preocupações, emoções e aspirações, que estão para além das suas necessidades de cuidados especializados (AAP& IFCC, 2003; Kuo *et al*, 2012).

Na perspetiva de Hockenberry e Wilson (2016), dois conceitos emergem desta a nova filosofia de cuidados: a capacitação e o empoderamento. O primeiro conceito; diz respeito à necessidade de os profissionais permitirem às famílias a criação de oportunidades para desenvolver as suas competências atuais e adquirirem aquelas que são essenciais para atender as necessidades da criança. O segundo conceito descreve a interação de profissionais com as famílias, de tal maneira que elas mantenham ou adquiram um sentido de controlo e estabeleçam mudanças positivas, aumentando a sua própria força e capacidades.

1.3.2 – O Modelo de Parceria de Cuidados

Refletir sobre a filosofia dos CCF implica pensar nos pais como parceiros no cuidar. Como refere Casey (1993) os pais são os melhores prestadores de cuidados para a criança, na medida em que a família é o agente mediador entre a criança e o mundo.

A parceria pais-profissional é um mecanismo poderoso para a capacitação e empoderamento familiar. Para Hockenberry e Wilson (2016), as parcerias implicam a crença de que os parceiros são pessoas capazes de se tornar mais capazes pela partilha de conhecimento, práticas e recursos, de modo a beneficiar todos os participantes. Este é, aliás, o princípio geral do Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, que no contexto do ambiente hospitalar e na prestação de cuidados à criança, perspetiva os pais, não como visitas nem técnicos, mas sim como parceiros no cuidar.

Para Casey (1993), os cuidados prestados em parceria com a família com estar reconhecem que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança, defendendo a ideia de que a família é capaz e está desejosa por prestar os cuidados à criança, sendo o papel do enfermeiro de supervisão, intervindo sempre que os cuidados sejam mais especializados. Este modelo engloba cinco conceitos principais:

a criança, a saúde, o ambiente, a família e o enfermeiro pediátrico e tem em conta duas premissas: os cuidados centrados na família e os cuidados negociados. Em conjunto estas premissas permitem um plano de cuidados combinado mutuamente e um maior nível de participação da família na prestação desses cuidados.

1.3.3 –O Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Como referem Martinho e Diogo (2020, p.9), parafraseando Watson (2012), “a mente e as emoções são o caminho para a alma”. E neste sentido as emoções são o ponto de partida para o estabelecimento de relações interpessoais, sendo por isso um dos pilares na prática de cuidados de enfermagem, uma vez que permitem dar sentido ao cuidar.

As emoções dizem respeito àquilo que a pessoa sente em determinado momento da vida, consoante determinada situação, pessoa ou acontecimento, influenciando as escolhas e as tomadas de decisão. São subjetivas e estão relacionadas com a experiência, podendo ser positivas ou negativas, perturbadoras ou gratificantes (Diogo, 2015). Já os sentimentos, segundo Damásio (2020, p.115) “constroem uma partitura musical que acompanha os pensamentos e as ações”.

Fernandes, Toledo, Campos e Vilelas (2014, p.47) consideram que “o ato de cuidar implica o envolvimento de emoções e que essas vão promover novos sentimentos nos seus recetores estabelecendo-se uma relação terapêutica”. Assim, a emocionalidade é inerente ao cuidar, uma vez que, o cuidar em enfermagem está baseado num processo relacional de gestão de um fluxo de emoções a que o enfermeiro deverá responder (Diogo, 2015). Esta resposta permite regular a emocionalidade intensa, atenuando os picos de emocionalidade negativa, facilitando o autocontrolo e o bem-estar do cliente e da família (Diogo, 2019).

No contexto da prematuridade, a emocionalidade no ato do cuidar do recém-nascido e da família é uma realidade incontornável. No seu estudo de revisão bibliográfica, Fernandes *et al.* (2014) concluíram que os pais de recém-nascidos prematuros apresentam frequentemente emoções e sentimentos como angústia, sofrimento, insegurança, ansiedade, medo, stress, tristeza, culpabilização materna, sensação de insignificância, raiva e depressão. Deste modo, tendo em conta a

complexidade da transição para a parentalidade numa UCIN, facilmente se depreende que o trabalho emocional se constitui como um pilar fundamental nos cuidados à criança e família, sendo imprescindível prestar cuidados com afeto e disponibilidade, permitindo o desenvolvimento de um relacionamento seguro, de apoio e encorajamento, para que a família consiga integrar a experiência e aprender com ela (Fernandes *et al*, 2020).

Neste sentido o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Diogo, 2015, 2019) constitui-se como um guia orientador para a prática dos enfermeiros, permitindo conduzir a sua intervenção na gestão da emocionalidade em pediatria. Este modelo traduz-se numa representação conceptual e orientação para prática dos enfermeiros, que, estando conscientes da intensa emocionalidade intrínseca aos cuidados e experienciada pelas crianças, jovens e famílias, procuram transformar positivamente as emoções. Para isso, o modelo define intervenções com intencionalidade terapêutica, como sejam: “promover um ambiente seguro e afetivo”, “nutrir os cuidados com afeto”, “facilitar a gestão das emoções dos clientes”, “construir a estabilidade na relação” e “regular a disposição emocional para cuidar” (Diogo, 2019).

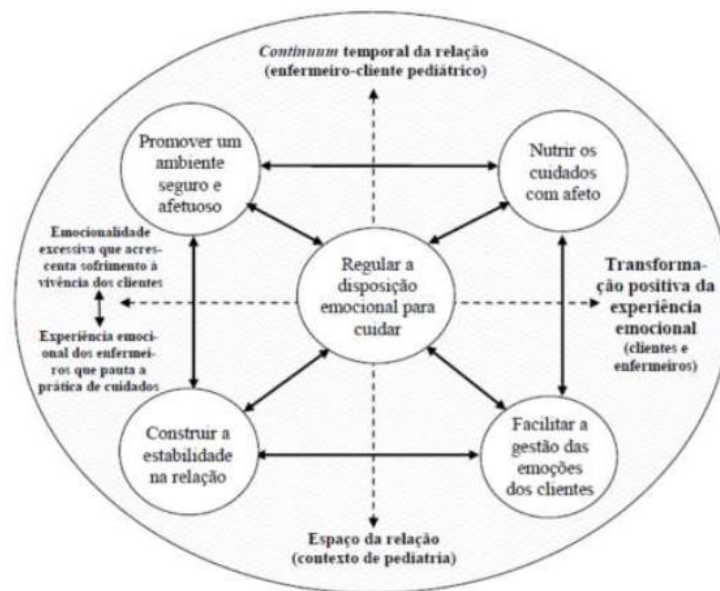


Figura 1: Modelo TEEP (Diogo, 2019)

A finalidade do Modelo é a transformação positiva da experiência emocional, nas interações de cuidados com as crianças, os jovens e as suas famílias (Diogo, 2019), e nesse sentido este Modelo constitui-se como um instrumento de trabalho, um guia orientador da prática, que permite aos enfermeiros transformar as emoções vividas na UCIN.

De acordo com Diogo, Martins e Fernandes (2017), os enfermeiros das unidades de neonatologia reconhecem, e valorizam o trabalho emocional na sua prática, utilizando estratégias que são integradas nos cuidados, e que estão intrinsicamente ligadas às condições do ambiente e do cliente. Essas intervenções de enfermagem, de acordo com Fernandes *et al* (2014), permitem a gestão dos sentimentos e emoções, destacando-se importância dos cuidados centrados na família como impulsor do desenvolvimento de competência parentais e da vinculação e a comunicação eficaz. Contudo, tal como referem Montes e Herranz-Rubia (2020), o ambiente das UCIN tem vindo a sofrer alterações decorrentes da pandemia por COVID-19, o que perturba a intervenção de enfermagem no apoio à regulação emocional parental, sendo por isso necessário que os enfermeiros procurem implementar intervenções facilitadoras do processo de transição parental.

1.4 – Repercussões emocionais da pandemia nos cuidados neonatais

Enquanto ciência do cuidar, a Enfermagem não pode ficar indiferente às emoções humanas face à COVID-19, pois a relação estabelecida entre o enfermeiro que cuida, e a pessoa que é cuidada, implica a compreensão da experiência das emoções, a sua partilha e uma gestão emocional adaptativa (Diogo, Sousa, Rodrigues, Silva & Santos, 2021).

Apesar de UCIN não se encontrarem no epicentro da crise sanitária global, estas unidades viram-se forçadas a adotar planos de contingência com o objetivo de proteger os recém-nascido, as suas famílias e os profissionais (Montes & Herranz-Rubia, 2020; Murray & Swanson, 2020; Tscherning, Sizun & Kuhn, 2020).

De acordo com Montes e Herranz-Rubia (2020) estes planos de contingência tiveram impacto em três áreas-chave de funcionamento das UCIN nomeadamente: a alteração da organização e dinâmica de trabalho; a alteração dos cuidados perinatais e neonatais, e a alteração da comunicação da equipa de enfermagem com as famílias. Relativamente ao primeiro aspeto, os autores destacam que algumas instituições adotaram medidas bastante restritivas limitando o livre acesso dos pais e eliminando outros membros da família. Em relação ao segundo aspeto, os autores identificaram limitações ao contacto “pele a pele” e ao aleitamento materno em algumas instituições. Num último aspeto, os autores identificaram alterações na comunicação da equipa de enfermagem com as famílias, devido ao menor tempo possibilitado aos pais para estarem na Unidade, ao uso de máscaras que impede a comunicação não verbal, e devido à insatisfação dos pais com o plano de contingência.

O estudo de Silva e Apóstolo (2021) sobre a presença dos pais nas Unidades de Neonatologia Portuguesas durante a pandemia por COVID-19, concluiu que em 23 unidades das 44 identificadas no setor público do SNS, foram introduzidas variadíssimas medidas de contingência, havendo unidades onde a presença dos pais se manteve 24/24 horas, 7 dias por semana, e outras onde as restrições foram totais. As razões apontadas para a redução ou alteração da política de visitas dos pais visaram a diminuição do número de pessoas a circular na Unidade; a manutenção do distanciamento social recomendado; a redução de gastos com material e equipamento de proteção individual; e, a redução do risco de infeção. Estas restrições, segundo os mesmos autores, resultaram numa maior preocupação dos profissionais com: o bem-estar dos pais e dos recém-nascidos; o sucesso da amamentação; e com a relação estabelecida entre os pais e a equipa.

De facto, as investigações recentes têm vindo a demonstrar que as alterações introduzidas nas Unidades de Neonatologia no decurso da pandemia, são percecionadas pelos pais como excessivamente restritivas. Estas restrições resultam num menor tempo de visita, dificultando o envolvimento emocional com o recém-nascido, a participação nos cuidados, e o estabelecimento da amamentação (Muniraman *et al.*, 2020; Mahoney *et al.*, 2020; Bainter *et al.*, 2020)

Estas limitações têm vindo a originar repercussões psicológicas importantes nas famílias. O estudo efetuado por Bambichi *et al.* (2020) com o objetivo de compreender como os pais experienciam as restrições nas visitas originadas pela

pandemia por COVID-19, verificou que 54,5% dos pais apresentaram emoções disfóricas, em particular tristeza e raiva e 25,5% dos pais expressaram sofrimento relacional, relacionadas com a separação do companheiro e do recém-nascido. Os autores realçaram que apenas 20% dos pais expressou capacidade de utilizar estratégias adaptativas, como projetar uma mudança no contexto, centrar a sua atenção no bebé e racionalizar a situação. Também Tscherning, Sizun e Kuhn (2020) realçam que os pais de recém-nascidos prematuros possuem alto risco de stress e depressão, sentimentos que podem ser intensificados pela pandemia, salientando que as mães infetadas com COVID-19 podem ainda ter um sentimento acrescido de culpabilização.

Para além das repercussões psicológicas na família, as limitações impostas pela COVID-19 podem também ter um impacto no desenvolvimento do próprio recém-nascido. Por exemplo, o estudo de Latva, Lehtonen, Salmelin e Tamminen (2004) verificou que o menor número de visitas e interações dos pais com o recém-nascido prematuro internado na Unidade de Neonatologia pode conduzir a alterações comportamentais e problemas emocionais futuros na criança em idade escolar. Também o estudo longitudinal de Reynolds *et al.* (2013) verificou que uma maior presença dos pais na UCIN, com maiores períodos de contacto com o recém-nascido, está associada de forma significativa a um melhor desenvolvimento neuro comportamental incluindo uma melhor qualidade de movimentos, menor excitabilidade e menos stress no recém-nascido.

De facto, a investigação tem vindo a demonstrar que a participação dos pais nos cuidados, bem como o contacto pele-a-pele favorecem o desenvolvimento neuro comportamental do recém-nascido a médio e longo prazo (Lemon *et al.*, 2020; Tscherning, Sizun & Kuhn, 2020). Tendo em conta esta realidade, é necessário que os profissionais e as instituições promovam estratégias para lidar com o impacto da pandemia conciliando, de forma estruturada, as necessidades dos recém-nascidos e das famílias com as novas circunstâncias. Na opinião de Tscherning, Sizun e Kuhn (2020), com vista a minorar o impacto emocional da nova realidade na família, as instituições devem, sempre que possível, manter o envolvimento dos pais nos cuidados ao recém-nascido, manter a promoção do contacto pele-a-pele, e promover a amamentação. Os autores reforçam ainda o uso de estratégias da esfera digital para minorar o impacto das restrições.

As implicações da pandemia na emocionalidade poderão não se circunscrever apenas à família e ao recém-nascido, mas também aos profissionais que diariamente contactam com os mesmos. O estudo de Diogo *et al.* (2021), visando analisar as experiências dos enfermeiros da linha da frente do combate à pandemia por COVID-19 em diferentes centros hospitalares de Lisboa, durante a 1.^a vaga, revelou que os desafios experienciados pelos enfermeiros relacionam-se com a estrutura e organização dos cuidados, com o risco de exposição ao vírus e com a sobrecarga de trabalho, gerando stress, ansiedade, impotência, medo, angústia e outras emoções negativas. No impacto inicial da pandemia, para além da emocionalidade intensa, os enfermeiros experienciaram uma maior reatividade que se traduz em alterações do comportamento na relação com a equipa, labilidade emocional, isolamento e pela revelação de traços de personalidade até então desconhecidos. No entanto, ao longo do tempo, os enfermeiros demonstraram capacidade de transformar positivamente a experiência vivida, sendo considerada uma oportunidade de desenvolvimento face ao desafio emocional exigido. As autoras salientam que é importante que o enfermeiro atue de forma sensível e afetuosa, visando regular os eventos emocionalmente perturbadores e superando as emoções negativas no desempenho do trabalho emocional em enfermagem.

Na opinião de Zante *et al.* (2020) a prestação de cuidados centrados na família em tempos de COVID-19, constitui-se um verdadeiro desafio para todos os profissionais das UCIN, principalmente porque este evento tem também um grande impacto nas suas próprias condições psicológicas. Deste modo, o autor salienta que todos os esforços devem ser realizados no sentido de promover o bem-estar tanto das famílias como dos profissionais. Também Cena *et al.* (2021) referem que é essencial aprofundar o conhecimento acerca do impacto da pandemia nas dinâmicas e nas práticas de cuidados centrados na família nas UCIN, aferindo as repercussões psicológicas da COVID-19 nas famílias e nos profissionais, com o objetivo de encontrar estratégias e soluções que permitam a excelência dos cuidados. Os autores apontam a manutenção da presença da família nas UCIN, a proximidade física e emocional dos pais com o recém-nascido, suporte emocional, e a utilização de estratégias digitais de comunicação, para minorar os efeitos nefastos desta nova realidade. Além disso, os autores salientam também a necessidade de providenciar apoio psicológico para os profissionais de saúde em risco de *burnout* relacionado com a COVID-19.

2 – PROBLEMÁTICA E OBJETO DE ESTUDO

A transição para a parentalidade implica uma mudança de uma realidade conhecida para uma nova realidade, e requer uma reestruturação de objetivos, comportamentos e responsabilidades (Mercer, 2010) tornando-se mais complexa quando acontece num ambiente como uma UCIN (Barros, 2003). De facto, quando o recém-nascido é internado numa UCIN, o processo de transição para a parentalidade torna-se mais complexo, quer pela dificuldade do estabelecimento da vinculação e da prestação de cuidados, quer pela dificuldade da construção da identidade parental, ampliados pelas representações negativas acerca da experiência vivenciada, a falta de oportunidades de interação com o bebé e o próprio ambiente da UCIN (Shin & White-traut, 2010).

Atualmente, devido às medidas adotadas no decurso da pandemia, o ambiente das UCIN tem vindo a ser alterado, limitando oportunidades de interação pais-bebé, bem como, limitando a comunicação entre pais e equipa de enfermagem (Montes *et al.*, 2020; Murray & Swanson, 2020; Tscherning, Sizun & Kuhn, 2020). Estas condições, assumem um papel perturbador da intervenção de enfermagem na gestão emocional parental, sendo por isso necessário que os enfermeiros procurem implementar intervenções facilitadoras do processo de transição parental.

Tendo em conta estes pressupostos, este projeto tem como tema, problema e objeto de estudo, os seguintes:

- Tema: Transição para a parentalidade em contexto de COVID-19.
- Problema: Emocionalidade intensa experienciada pelos pais em processo de transição, no decurso da pandemia por COVID-19.
- Objeto de estudo: Intervenções de enfermagem facilitadoras da promoção e gestão da emocionalidade dos pais em contexto de pandemia de COVID- 19.

3 – METODOLOGIA

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista estabelece que o “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana, para prestar cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2019, p.4744).

Os cuidados especializados implicam a certificação de competências clínicas, que, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), “assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidade e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (OE, 2019, p.4745).

A competência, de acordo com Perrenoud (2000), é definida pela capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para fazer face a situações singulares. Para o autor, a competência é um saber que se manifesta na ação, num contexto específico, implicando a mobilização, integração e articulação de diferentes recursos. Assim, tal como referem Alarcão e Rua (2005) é no cruzamento de saberes interpessoais, interprofissionais e interinstitucionais, que a formação do enfermeiro deve ser perspectivada, sendo os estágios clínicos componentes preponderantes no processo de formação.

Na opinião de Santos (2009), o ensino clínico é o núcleo central da formação, ultrapassando a mera aplicação da teoria à prática, constituindo-se como um momento único para os estudantes construírem o seu saber a partir das situações, reorganizando os conhecimentos teóricos com o fim de adquirirem determinadas competências.

Para Alarcão e Rua (2005) o estágio clínico constitui-se como momento em que o *ser* mobiliza os *saberes* numa perspetiva interdisciplinar contextualizada. Nesta linha de pensamento, o modelo criado pelas autoras perspetiva a dimensão clínico-reflexiva da aprendizagem assente em cinco elementos-chave: observação; ação e reflexão;

questionamento crítico; interação e comunicação com os vários atores; e por último a sistematização e reconceptualização de saberes.

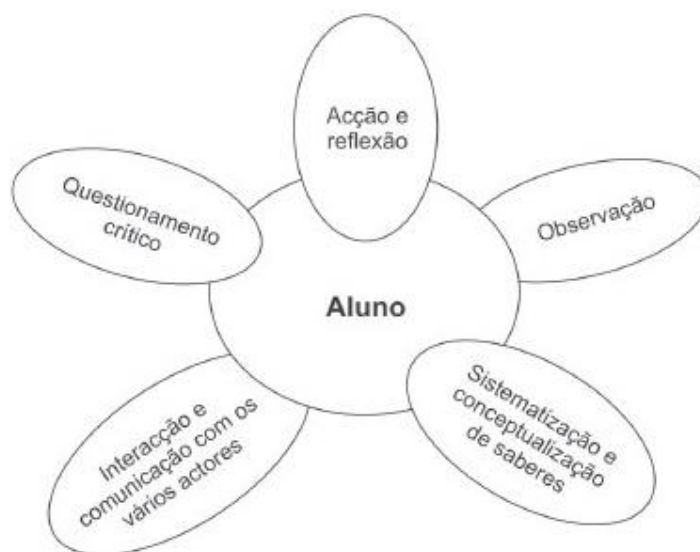


Figura 2: Estratégias de aprendizagem/ supervisão (Alarcão & Rua, 2005)

Para Santos (2009), o desenvolvimento de competências reflexivas é essencial no desenvolvimento profissional do enfermeiro, uma vez que torna o profissional consciente da sua ação, que ao realizar uma análise retrospectiva consciente e intencional sobre as situações, pode compreender e interiorizar a sua experiência. Ainda de acordo com a autora, a reflexão aliada ao pensamento crítico, melhora o processo de aprendizagem profissional, o que possibilita integrar as crenças e valores pessoais e profissionais pela promoção da consciência pessoal e profissional, pelo sustentamento dos princípios de aprendizagem ao longo da vida e pelo estímulo à comunicação entre pares.

Tendo em conta estes pressupostos, irei utilizar as referidas estratégias de aprendizagem no meu percurso rumo a aquisição de competências especializadas em ESIP, assentando a minha aprendizagem na ação voluntária e intencional da reflexão, procurando evidência para apoiar novos modos de pensar, e fazendo uso do pensamento crítico para o conseguir.

4 – OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

Para este percurso formativo, com vista à aquisição e desenvolvimento de um corpo de competências em ESIP, foram definidos os seguintes objetivos gerais:

1. Desenvolver competências de EEESIP nos diversos contextos da prática clínica.
2. Desenvolver competências de EEESIP promotoras da transição para a parentalidade, em contexto da pandemia de COVID-19.

Como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

1. Analisar o contexto na sua vertente funcional, estrutural e organizacional.
2. Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e família.
3. Promover o desenvolvimento das competências dos pais em transição para a parentalidade, em contexto de pandemia por COVID-19.
4. Implementar intervenções facilitadoras da gestão emocional dos pais em transição para a parentalidade, em contexto de pandemia por COVID-19.
5. Promover a reflexão crítica da equipa de enfermagem relacionada com a transição para a parentalidade em contexto de pandemia por COVID-19.

Neste percurso formativo pretendo desenvolver competências comuns de Enfermeiro Especialista, relacionadas com: (a) Responsabilidade profissional, ética e legal; (b) melhoria contínua da qualidade; (c) Gestão dos cuidados; (d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019). E pretendo também desenvolver as seguintes competências de EEESIP: (1) assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; (2) cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; (3) presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018).

5 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO

No presente capítulo irei descrever e analisar a experiência de estágio tendo em conta os objetivos e atividades que defini para cada contexto clínico. De forma mais sucinta, os mesmos serão também apresentados no Apêndice III.

5.1 – Cuidados de Saúde Primários

O primeiro estágio que realizei, decorreu nos meses de novembro e dezembro de 2020, conforme o cronograma (Apêndice II) numa UCSP da zona da Lisboa. Tendo em conta o primeiro objetivo específico enunciado procurei **analisar o contexto na sua vertente funcional, estrutural e organizacional** (Apêndice IV) consultando os documentos específicos do local de estágio, observando a dinâmica e métodos de trabalho, acompanhando a enfermeira especialista e, simultaneamente, participando em todas as suas intervenções.

Neste estágio, tive a oportunidade de **prestar cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família**, objetivo que alcancei através da realização de algumas atividades propiciadas pelas consultas de saúde infantil e juvenil. Nestas consultas pude prestar cuidados à criança, jovem e família, tendo sempre presente as linhas orientadoras do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013). A avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, através da recolha de dados antropométricos e da *Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan* Modificada, foi sempre realizada e registada, tanto informaticamente como no boletim de saúde infantil e juvenil. Esta avaliação não se cingiu apenas ao momento da aplicação das escalas, mas procurou sempre ser uma avaliação dinâmica e integrada da criança e família, desde a chegada das mesmas à consulta, ao desenrolar das conversas mais informais, sempre com intencionalidade terapêutica. Para além destas atividades, pude também observar e colaborar na vacinação infantil e juvenil, utilizando sempre técnicas de gestão e alívio da dor, através da prestação de cuidados não traumáticos, utilizando medidas não farmacológicas de controle da dor. Estas intervenções foram realizadas, numa

primeira fase em simultâneo com a enfermeira orientadora, mas gradualmente foram evoluindo até ser possível realizá-las de forma autónoma.

Durante as consultas de saúde infantil procurei também **promover o desenvolvimento das competências dos pais em transição para a parentalidade, em contexto de pandemia por COVID-19**. De modo particular estive atenta às situações relacionadas com a transição para a parentalidade, e por isso, as consultas para a realização do rastreio de doenças metabólicas neonatais (vulgarmente designado por “teste do pezinho”), a vacinação e as consultas do primeiro ano de vida do bebé, mereceram uma atenção especial da minha parte, visto constituírem-se como ocasiões privilegiadas para apoiar os pais no processo de transição, dotando-os de competências para cuidarem do seu bebé da melhor forma possível.

De facto, o primeiro contacto da equipa de cuidados de saúde primários com o bebé recém-nascido é, habitualmente, por ocasião da realização do “teste do pezinho”. Por norma, os bebés não fazem o referido teste nas maternidades e hospitais onde nascem, já que a alta para casa é, frequentemente, anterior à data indicada para a realização do procedimento. Este será, portanto, o primeiro contacto da família com um profissional de saúde após a alta, e por isso, será uma ocasião de excelência para avaliar o ajustamento ao novo bebé, o estado emocional dos pais, bem como as competências que possuem para cuidar do recém-nascido.

Para além desta atividade, a minha intervenção nas consultas de saúde infantil centrou-se no estímulo à parentalidade, oferecendo um apoio efetivo aos pais no desempenho do seu papel, capacitando-os e ajudando-os a compreenderem o desenvolvimento da criança e a otimizarem as suas potencialidades, não só na fase da transição para a parentalidade, mas em todas as fases do desenvolvimento. Para isso foi essencial apostar nos cuidados antecipatórios como forma de prevenir e acautelar os pais para as especificações de cada marco do desenvolvimento, com vista a evitar crises no sistema familiar. Aspetos como a dinâmica do crescimento e desenvolvimento da criança, a adaptação à creche ou escola, hábitos alimentares, hábitos de sono e o cumprimento do calendário vacinal, entre outros, foram diversas vezes abordados, com vista à promoção das competências parentais e consequente maximização da saúde da criança, em todas os estádios de desenvolvimento.

No contexto pandémico atual, estes aspetos revestiram-se de uma importância crucial tendo em conta as limitações de diversa ordem impostas pela pandemia. Assim, foi necessário um esforço maior para encontrar, juntamente com a família, respostas adaptativas às suas dúvidas e soluções criativas aos problemas apresentados, com vista à minimização do impacto da situação pandémica no seio familiar e no desenvolvimento da criança e do jovem.

Neste sentido, foi também meu objetivo **implementar intervenções facilitadoras da gestão emocional dos pais em transição para a parentalidade, em contexto de pandemia por COVID-19**. De facto, durante este estágio pude observar que os pais que vivenciavam a transição para a parentalidade neste período particularmente difícil, vivenciavam uma experiência emocionalmente intensa, sendo fundamental uma intervenção por parte do enfermeiro especialista, capaz de facilitar a regulação das suas emoções. Para alcançar este objetivo tentei sempre utilizar técnicas de comunicação adequadas na relação com os pais, tendo em conta os seus conhecimentos, comportamento e cultura, valorizando a abordagem holística e humanizada na prestação de cuidados e simultaneamente, reconhecendo-os como parceiros, num enquadramento de cuidados centrados na família. A minha intervenção pautou-se sempre pela promoção da relação terapêutica através da proximidade e do diálogo, com vista à valorização de emoções, dúvidas e preocupações dos pais, face à experiência que se encontravam a viver.

Neste campo foi particularmente importante a implementação de momentos de partilha, nos quais as famílias pudessem falar livremente acerca da situação que estavam a experienciar. Como pude observar, muitas famílias estavam a experienciar várias transições em simultâneo, como por exemplo a mudança de residência, o desemprego, a ocorrência de internamentos hospitalares de familiares próximos por COVID-19, o que, representa um maior risco para as famílias em transição para a parentalidade. Além disso, as famílias mais vulneráveis viram muitas vezes o suporte providenciado pela rede comunitária limitado, devido às imposições da pandemia, o que originou alguma angústia e incerteza no futuro, dificultando ainda mais o processo de desenvolvimento da identidade parental e a adaptação ao seu filho. Esta situações foram alvo da minha análise e reflexão como descrevi no Apêndice V.

O último objetivo que delineei para este estágio visou **promover a reflexão crítica da equipa sobre a intervenção de enfermagem na transição para a**

Parentalidade, em contexto de pandemia. Depois da realização de uma reunião com a enfermeira orientadora e enfermeira-chefe constatei que algumas intervenções do domínio do enfermeiro especialista em ESIP tinham sofrido alterações devido ao contexto pandémico, como por exemplo as visitas domiciliárias à família e recém-nascido. Por essa razão propus uma reunião com a Enfermeira Especialista em ESIP que exerce funções no Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (NACJR), para compreender de que forma as dinâmicas foram alteradas e qual o impacto destas alterações nas famílias, para reflexão e partilha das principais conclusões à equipa, como descrevi no Apêndice VI.

5.2 – Consulta de Desenvolvimento de Pediatria

O segundo estágio que realizei decorreu no mês de janeiro de 2021, na Consulta de Desenvolvimento de Pediatria num Hospital da Região da Grande Lisboa, conforme o cronograma (Apêndice II).

O primeiro objetivo específico que delineei para este estágio visou **analisar o contexto na sua vertente funcional, estrutural e organizacional**, tendo sido necessário realizar algumas atividades de pesquisa através da consulta de documentos específicos do Hospital, bem como literatura científica e bases de dados. A dinâmica organizacional, estrutural e funcional da Consulta, bem como o papel do enfermeiro especialista no seio da equipa multidisciplinar, foram também objeto de observação e análise, o que permitiu a adaptação do projeto de estágio à realidade encontrada (Apêndices IV, VII).

O segundo objetivo estabelecido visou **prestar cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família** que recorrem à Consulta de Desenvolvimento de Pediatria do Hospital. Para isso, foi essencial aprofundar e atualizar conhecimentos em áreas como a doença crónica ou o neurodesenvolvimento, nomeadamente em temas como as perturbações motoras, do desenvolvimento intelectual, do sono, da linguagem, da atenção, do espectro do autismo, entre outras. Isto permitiu-me conhecer a sistematização atual das perturbações do neurodesenvolvimento, reconhecer os critérios de diagnóstico das

diferentes perturbações e conhecer os modelos de avaliação e de intervenção mais indicados de forma geral.

A avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil foi realizada através da recolha de dados antropométricos e seu registo, bem como pela aplicação de escalas de desenvolvimento, como a *Escala de Mary Sheridan* Modificada e a *Schedulle of Growing Skills II*. E se a primeira já tinha sido aplicada nos cuidados de saúde primários, neste estágio tive a oportunidade de aplicar pela primeira vez a *Schedulle of Growing Skills II*, tendo-se revelado um instrumento bastante útil no rastreio do desenvolvimento das crianças dos 0 aos 5 anos. Esta escala permite identificar de forma simples e prática o nível de desenvolvimento da criança em nove áreas de competência, como sejam o controle postural passivo; o controlo postural ativo; competências locomotoras; competências manipulativas; competências visuais; audição e linguagem; fala e linguagem; interação social e autonomia pessoal. O equipamento e os materiais de estímulo são bastante adequados e atrativos para as crianças e de aplicação simples, baseados em jogos interativos e desenhos, e os resultados obtidos são de fácil interpretação, quer para os profissionais quer para os pais das crianças avaliadas.

A avaliação é registada numa folha própria que pode ser utilizada em quatro momentos distintos, possibilitando a monitorização e evolução do desenvolvimento da criança ao longo do tempo, bem como numa folha de perfil que possibilita comparar em cada área de competência a idade de desenvolvimento com a idade cronológica, destacando as áreas mais e menos fortes do desenvolvimento da criança.

Tendo em conta a experiência deste estágio, constato que esta escala é um instrumento de uma vasta amplitude de avaliação, englobando uma grande variedade de aspetos do desenvolvimento, podendo ser aplicada de uma forma rápida e simples, sendo um instrumento de grande valor para a intervenção do EEESIP para a avaliação e intervenção diferenciada no desenvolvimento infantil.

Para além da avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, neste estágio pude também fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, através da prestação de cuidados não traumáticos, utilizando medidas não farmacológicas de controle da dor. De facto, grande parte das crianças que recorrem à Consulta de Desenvolvimento fazem procedimentos invasivos, como punção venosa

para avaliação analítica ou testes cutâneos de alérgenos (*Prick Test*), sendo por isso essencial a intervenção do EEESIP na gestão de todo o processo.

Tal como é referido no Guia Orientador de Boas Práticas (OE, 2013, p.17) “a importância do recurso a intervenções não farmacológicas deve-se ao facto de muitas delas modificarem o significado da dor. Através da sua utilização, consegue-se uma reestruturação cognitiva, direccionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor, modificando as cognições responsáveis pelas reacções de medo, ansiedade e depressão”.

Neste sentido, e tendo em conta os recursos existentes na Consulta, utilizei intervenções cognitivas para controle e alívio da dor, através do fornecimento de informações antecipatórias com linguagem apropriada à idade e desenvolvimento da criança, bem como técnicas de distração (cantar, visualizar vídeos musicais e desenhos animados no telemóvel, contar histórias, realizar pequenos jogos com bolas e rocas). Já no caso dos adolescentes a utilização da imaginação guiada, do humor e as intervenções comportamentais (por exemplo o relaxamento através da respiração e o posicionamento), foram também técnicas utilizadas para o controlo da experiência da dor. Sempre que possível estas intervenções eram realizadas em parceria com aos pais, de modo a facilitar a intervenção no estado emocional da criança e do jovem.

Como referem Martinho e Diogo (2020) no contexto pediátrico, uma intervenção holística de enfermagem implica a mobilização de estratégias que promovam o controlo emocional da criança e da família, como sejam: estratégias de comunicação, estratégias não farmacológicas de alívio da dor, estratégias para lidar com os medos, estratégias de preparação para procedimentos. No seu conjunto estas estratégias permitem a gestão recíproca das emoções e da informação, promovendo sentimentos de bem-estar, de controlo e capacitação da criança e família, que promovem uma experiência mais positiva para a criança e a família.

O terceiro objetivo que delineei para este estágio visou **promover o desenvolvimento das competências dos pais em transição para a parentalidade, em contexto de pandemia por COVID-19**. Neste sentido foi essencial esclarecer dúvidas relativas aos cuidados da criança em contexto de pandemia, dando especial ênfase ao desenvolvimento típico e aos sinais de alarme que poderão levar à suspeita de uma perturbação do desenvolvimento. As intervenções desenvolvidas visaram a

prestação de cuidados tendo em conta as orientações antecipatórias, a negociação e o *empowerment* da família, de acordo com os estádios de desenvolvimento da criança, visando a maximização da saúde através da educação para a saúde.

Com este propósito, surgiu a necessidade de elaborar um manual para a promoção do desenvolvimento da linguagem na criança (Apêndice VIII) uma vez que algumas das queixas verbalizadas pelas famílias estavam relacionadas com as perturbações da linguagem na criança, a que muitos pais atribuíam como causa o contexto pandémico.

De facto, a pandemia por COVID-19 poderá estar na origem de algumas dificuldades no desenvolvimento da linguagem da criança. Como referem Charney, Camarata e Chern (2020), o uso da máscara degrada o sinal comunicativo, uma vez que funciona como um filtro em que os sons de altas frequências emitidos são atenuados, alterando o alcance de decibéis reconhecidos pelo interlocutor, o que poderá ser especialmente prejudicial em crianças com perturbações da audição. Além disso, o uso da máscara poderá condicionar o processo comunicativo, uma vez que a criança tem mais dificuldade em reconhecer a linguagem não verbal, as expressões faciais, a mimica labial, e o modo como se articulam os sons.

Também Günes (2021), na sua recente revisão da literatura analisou 32 estudos e verificou que a utilização da máscara tem efeitos na respiração, na voz, na fala e pronuncia, percepção e compreensão das palavras, expressões faciais e comunicação não verbal, aprendizagem da língua e leitura. O autor acrescenta que os estudantes, maioritariamente em idade pré-escolar e escolar dos estudos analisados, apresentam dificuldades ao nível da audição de sons, da fala, da compreensão de pronuncia, do reconhecimento de expressões faciais e no desenvolvimento de competências de comunicação.

Além desse aspeto, as investigações demonstraram que durante o período de confinamento as crianças registaram um maior tempo passado em frente aos ecrãs (Wang Zhang, Zhao, Zhang, Jiang, 2020), estando simultaneamente privadas de contactar com mais pessoas fora do seu círculo familiar, experienciando outros contextos sociais e culturais o que poderá ter um impacto determinante no seu desenvolvimento global (Araújo *et al.*, 2021). Como referem Charney, Camarata e Chern (2020) a interação social é essencial para o desenvolvimento da linguagem,

sendo que as medidas de distanciamento social e as restrições nos ajuntamentos de grupos de pessoas, impediram as crianças de idade escolar de ter interações significativas com os pares. Os autores acrescentam que as conversas entre pares, que denominam por “peer talk”, são componentes cruciais do desenvolvimento da linguagem, uma vez que implicam a mobilização de competências como por exemplo esperar pela vez de falar, e compreender o significado implícito das palavras do interlocutor. Neste sentido, tendo em conta esta multiplicidade de fatores, poder-se-á antever que as competências comunicacionais das crianças em tempos de pandemia poderão estar largamente condicionadas.

No entanto, como referem Plummer e Pulido-Dahal (2021) a pandemia providenciou também um maior tempo de interação entre as famílias, possibilitando aos pais um maior tempo em casa junto dos seus filhos². Assim, é necessário que este tempo acrescido vivido em família seja utilizado de forma profícua, focando-se no desenvolvimento da linguagem e no crescimento da literacia das crianças.

Para Yafie, Giavarini e Maulidia (2021, a) a aprendizagem da linguagem em contexto domiciliar, em tempos de pandemia, requer um trabalho efetivo por parte de todos os que fazem parte do ambiente envolvente da criança, sendo necessário encorajar os pais a encontrar estratégias que estimulem a linguagem. Yafie, Giavarini e Maulidia (2021, b) enunciam algumas estratégias para promover o desenvolvimento da linguagem da criança em tempos de COVID-19, e que podem ser transmitidos aos pais e educadores, para que sejam aplicadas de acordo com a idade da criança e o seu estágio de desenvolvimento. De forma geral, os autores referem que os pais de crianças entre 1 a 2 anos devem utilizar estratégias como bater palmas, cantar, interagir e comunicar durante os cuidados, treinar expressões faciais engraçadas, contar histórias simples, repetir o nome da criança e de familiares, fazer pequenas questões e brincar utilizando brinquedos com som, espelhos e livros com imagens ou puzzles. Relativamente a crianças entre 3 a 6 anos, os pais devem ser incentivados a aumentar a interação e comunicação com a criança, ler em voz alta, envolver a criança na narração de histórias e providenciar atividades lúdicas.

² A título de exemplo, Stallard, Pereira e Barros (2021) verificaram que, no contexto pandémico, as mães e pais cuidadores de crianças entre 6 e 12 anos, maioritariamente em teletrabalho e com crianças em ensino à distância, identificaram aspetos positivos relacionados com o confinamento no domicílio, como sejam: o melhoramento das relações familiares, uma maior valorização da vida, a descoberta e aceitação de novas possibilidades e uma mudança espiritual. Desta forma, os autores concluem que, pese embora os efeitos negativos da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos cuidadores, este contexto poderá ser também uma oportunidade positiva de crescimento pós-traumático.

A leitura é também apontada pela DGS, como uma ferramenta importante no desenvolvimento da linguagem da criança. No programa *Ler+ Dá Saúde* (DGS, 2019) estão enunciadas várias estratégias para a promoção da linguagem oral e escrita, com o objetivo de motivar as crianças dos 0 aos 6 anos para a leitura, tornando-a uma prática constante na vida das famílias, com a finalidade de promover práticas e hábitos de saúde familiar que influenciem o desenvolvimento de competências de literacia emergente.

Tendo em conta estas premissas, a elaboração de um manual para a promoção da linguagem na criança (Apêndice VIII) tornou-se uma atividade bastante pertinente, proporcionando conhecimentos e aprendizagens de habilidades especializadas às crianças e famílias, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde e doença.

O último objetivo estabelecido visou **implementar intervenções facilitadoras da gestão emocional dos pais em transição para a parentalidade, em contexto de pandemia por COVID-19**. Para isso foi fundamental utilizar técnicas de comunicação adequadas na relação com os pais, através da proximidade e do diálogo, com vista à valorização das emoções, dúvidas e preocupações dos pais, tendo em conta os seus conhecimentos, comportamentos e cultura. Foi necessário também conhecer alguma legislação no âmbito da intervenção precoce, bem como os organismos e a rede comunitária existente na área de abrangência do Hospital, por forma a garantir um acompanhamento efetivo da família e visando proporcionar o suporte e o apoio necessário sobretudo durante o período pandémico.

5.3 – Internamento de Pediatria

O terceiro ensino clínico que realizei decorreu ao longo dos meses de janeiro e fevereiro, no Serviço de Internamento de Pediatria de um Hospital da região de Lisboa, conforme o cronograma (Apêndice II). O primeiro objetivo específico estabelecido visou **analisar o contexto na sua vertente funcional, estrutural e organizacional** através da consulta dos documentos específicos do local de estágio, observação da dinâmica e métodos de trabalho, acompanhando e participando nas intervenções do enfermeiro orientador e refletindo sobre o papel do EEESIP no seio da equipa

multidisciplinar. A dinâmica organizacional, estrutural e funcional do Serviço de Internamento, em constante mudança fruto das necessárias adaptações à realidade pandémica, foi também objeto de observação e análise (Apêndice IVI).

O segundo objetivo estabelecido visou **prestar cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família** hospitalizados no Serviço de Internamento. Para isso foi necessário aprofundar e desenvolver conhecimentos no sentido de responder a situações clínicas complexas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados. A adaptação da criança à situação de internamento hospitalar, bem como a promoção da gestão e alívio da dor foram também foco da minha atenção, tendo utilizado estratégias como atividades, jogos e brincadeiras adequadas à idade e desenvolvimento da criança e do jovem, de modo a minimizar a dor e promover o bem-estar da criança no internamento.

A avaliação da dor iniciou-se sempre com a aplicação de escalas da dor conforme a idade pediátrica, prosseguindo para uma intervenção que contemplasse as terapias não farmacológicas de combate à dor mais adequadas para a idade, bem como as terapias farmacológicas existentes nos serviços e planeadas juntamente com a equipa multidisciplinar. O processo finalizou-se sempre com a avaliação da minha intervenção, com o objetivo de verificar o bem-estar da criança para manter ou repensar as medidas aplicadas.

Em todas as situações fiz um planeamento dos procedimentos invasivos que necessitava de realizar, tendo o cuidado de informar previamente as crianças e os jovens acerca do procedimento, utilizando uma linguagem adequada à idade, ao desenvolvimento e às suas próprias características individuais. Na maior parte dos casos recorri ao brincar como estratégia de controlo da dor na criança durante procedimentos dolorosos ou desconfortáveis, para preparação da criança para cirurgias ou procedimentos invasivos. Pereira, Nunes, Teixeira e Diogo (2010), afirmam que o brincar adaptado à prática de enfermagem pediátrica de modo intencional e sistemático promove a adaptação da criança à hospitalização originando uma experiência mais positiva, na medida em que promove o relaxamento, o sentimento de segurança, a expressão emocional, a distração e desmistifica medos.

Outro dos aspetos que tive em conta durante o planeamento dos procedimentos invasivos foi a preparação dos pais para os mesmos. Em todas as

situações foi promovida a presença e participação dos pais nos procedimentos, informando e instruindo-os sobre a conduta mais adequada a ter durante os procedimentos, para apoiar da melhor forma o seu filho na gestão da dor e do seu estado emocional.

O terceiro objetivo que defini para este estágio visou **promover o desenvolvimento das competências dos pais em transição para a parentalidade, em contexto de pandemia por COVID-19**. Para capacitar as crianças, jovens e famílias nos seus processos de transição em contexto de internamento hospitalar, a minha intervenção de enfermagem durante este ensino clínico focou-se na promoção do desenvolvimento das competências parentais. De facto, os pais são o principal sistema de apoio e segurança para a criança durante o internamento, razão pela qual são incentivados a permanecer junto dos filhos, devendo este momento constituir-se como uma ocasião de aprendizagem e desenvolvimento familiar, onde o enfermeiro desempenha uma intervenção primordial. Assim, desde a admissão no internamento, procurei promover as competências parentais através da realização do acolhimento da criança, jovem e família no serviço, do envolvimento da família nos cuidados pela prestação de cuidados em parceria, da transmissão de informações e orientações antecipatórias aos pais e da articulação com os recursos e rede comunitária para a continuação de cuidados, com vista à alta hospitalar.

Outro dos objetivos que defini para este estágio visou **implementar intervenções facilitadoras da gestão emocional dos pais em transição para a parentalidade, em contexto de pandemia por COVID-19**. Tal como refere Diogo (2015), os processos de saúde-doença e a hospitalização experienciados pelas crianças, jovens e famílias, estão repetidamente associados a uma emocionalidade intensa, uma vez que o indivíduo é retirado do seu ambiente familiar e afastado do seu núcleo de pessoas significativas, sendo necessária uma intervenção especializada do enfermeiro na gestão destes processos. Neste domínio, a minha intervenção foi alicerçada no Modelo TEEP (Diogo, 2019), que orientou e sustentou a minha prática, procurando promover um ambiente seguro e afetuoso, nutrir os cuidados com afeto, facilitar a gestão das emoções dos clientes, construir a estabilidade na relação, e regular a disposição emocional para cuidar (as 5 grandes categorias de intervenção deste modelo) (Apêndice IX). A minha intervenção pautou-se pelo estabelecimento de uma relação terapêutica através da proximidade e do

diálogo, com vista à valorização das emoções, dúvidas e preocupações dos pais, face à vivência da hospitalização da criança. A utilização de técnicas de comunicação adequadas na relação com a família, tendo em conta os conhecimentos, comportamentos e cultura foram fundamentais, principalmente no difícil e adverso contexto pandémico.

No último objetivo definido para este estágio, procurei **promover a reflexão crítica da equipa de enfermagem sobre a intervenção de enfermagem na transição para a parentalidade**. Para isso, realizei uma reunião com Enfermeira-Chefe no sentido de avaliar a pertinência da realização de uma sessão de formação em contexto de trabalho, relacionada com a gestão emocional dos pais em transição para a parentalidade, em contexto de pandemia por COVID-19. A realização da formação foi bem acolhida pela equipa de enfermagem que demonstrou interesse pelo tema, uma vez que, devido à reorganização dos serviços no hospital provocada pelo contexto pandémico, o internamento conjunto de recém-nascidos e famílias provenientes do Serviço de Neonatologia em fase de pré-alta, tornou-se mais frequente sendo necessário um aprofundamento sobre as questões em torno da transição para a parentalidade . A formação realizada foi objeto de planeamento, execução e avaliação, de acordo com os critérios do Gabinete de Formação (Apêndices X, XI), sendo contabilizada para efeitos de Formação em Serviço para os colegas do serviço.

5.4 – Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)

O contexto clínico de Urgência Pediátrica foi o quarto ensino clínico que realizei, tendo decorrido ao longo dos meses de fevereiro e março, num Hospital da região de Lisboa, conforme o cronograma (Apêndice II). À semelhança dos contextos anteriores, defini como primeiro objetivo **analisar o contexto na sua vertente funcional, estrutural e organizacional**, consultando documentação específica do local de estágio, observando a dinâmica, métodos de trabalho, filosofia de cuidados do serviço, e a intervenção do EEESIP no seio da equipa multidisciplinar (Apêndice IV).

Como segundo objetivo pretendi **prestar cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família** em situação urgente (Apêndice XII).

Assim, foi necessário identificar as situações mais comuns que motivam a procura do serviço de urgência em contexto pandémico, bem como, aprofundar conhecimentos sobre os novos diagnósticos que a pandemia trouxe para a esfera clínica, como por exemplo a Síndrome Inflamatória Multissistémica em Crianças³ (MISC). O aprofundamento de conhecimentos numa altura tão complexa como a atual, permitiu-me uma intervenção especializada nesta área, desde o momento inicial, facilitando o acompanhamento do enfermeiro orientador na realização da triagem, realizando a avaliação e priorização da gravidade das situações de urgência.

O enfermeiro da triagem é o primeiro profissional de saúde que o doente encontra quando entra num Serviço de Urgência, tendo por isso uma intervenção essencial na avaliação e determinação da prioridade dos cuidados da pessoa, necessitando de apresentar excelentes capacidades de comunicação, compaixão, conhecimento e pensamento crítico (Edwards, 2013). De facto, a comunicação na sala de triagem é essencial, uma vez que da capacidade de orientar a entrevista e recolher informações, depende a avaliação da gravidade da situação. Assim, nas situações de triagem, foi necessário incentivar o diálogo formulando perguntas abertas sobre a situação e também perguntas diretas para informações mais específicas; clarificar informações utilizando palavras-chave; resumir o que foi verbalizado pela pessoa; e atender às expressões faciais e à comunicação não verbal, demonstrando preocupação pela situação e acima de tudo ouvindo com empatia.

A prestação de cuidados especializados incidiu também na prestação de cuidados não traumáticos, uma preocupação constante desde o primeiro contacto, quer na triagem, quer na sala de tratamentos ou na sala de observações. Deste modo, a avaliação da dor da criança e do jovem foi sempre realizada através de escalas de avaliação da dor pediátricas existentes no serviço; e o alívio da dor foi realizada utilizando medidas não farmacológicas de controle da dor de acordo com a idade e estágio de desenvolvimento da criança ou jovem.

Como terceiro objetivo pretendi **promover o desenvolvimento das competências parentais**. Esta atividade foi realizada sempre que surgia a

³ A Síndrome Inflamatória Multissistémica em Crianças (do Inglês *Multisystem Inflammatory Syndrome in Children* - MISC) é uma situação clínica de inflamação generalizada que ocorre duas a seis semanas após uma infeção aguda por COVID-19, originando sintomas gastrointestinais, *rash* e sintomas e cardiovasculares que podem ser severos, tendo uma maior predominância em crianças a partir dos 6 anos (Guimarães, Pissarra, Reis-Melo, Guimarães, 2021).

oportunidade para tal, desde o momento da admissão na sala de triagem. Como refere Edwards (2013) embora o momento da triagem seja um momento de avaliação e decisão rápida, ele pode também constituir-se como um momento de eleição para realizar educação para a saúde, fazendo ensinamentos oportunos e clarificando dúvidas da família.

No contexto pandémico atual, em que muitas famílias se viram confrontadas com uma panóplia de informações diversas acerca da COVID-19, muitas vezes confusas e de difícil compreensão, foi essencial explicitar vários conceitos relacionados com o tema, realizando ensinamentos individualizados de acordo com as necessidades de cada família. Para além disso, na nova realidade pandémica que condicionou o acesso aos cuidados de saúde, o SUP foi para muitas famílias o único contacto com os profissionais de saúde, e por isso, a intervenção especializada do enfermeiro através da transmissão de informações e orientações aos pais, prestando cuidados em parceria com vista ao desenvolvimento das suas competências, tornou-se premente logo desde a chegada à sala de triagem.

Para Rehman e Ali (2016) a intervenção de enfermagem neste âmbito é determinante para a satisfação dos doentes que recorrem ao serviço de urgência, sendo que os autores identificam aspetos como as competências comunicacionais, as competências técnicas e humanas, a capacidade de avaliação e diagnóstico, a disponibilidade para responder a questões e fornecer informação de forma simples, como fatores essenciais na intervenção de enfermagem na triagem.

O quarto objetivo definido para este estágio visou **implementar intervenções facilitadoras da gestão emocional da criança e família em contexto de pandemia por COVID-19**. Para isso foi essencial utilizar técnicas de comunicação adequadas na relação com a criança, o jovem e a família, promovendo a relação terapêutica através da proximidade e do diálogo, valorizando as suas emoções, dúvidas e preocupações. A demonstração de preocupação pelo outro, a escuta ativa e a atenção à linguagem não verbal foram também pontos importantes na minha abordagem à família, tendo sempre em consideração os seus conhecimentos, comportamentos e cultura. De facto, neste contexto clínico verifiquei a existência de uma grande diversidade cultural, o que implicou a necessidade de adequar a minha observação e alargar a compreensão de algumas situações associadas a fatores culturais, religiosos e sociais do meio em que a criança, o jovem e a família se inserem.

A utilização de estratégias promotoras da gestão emocional das crianças no contexto da pandemia por COVID-19 no SUP mereceu uma especial atenção, tendo para isso desenvolvido o projeto “O teste dos Cavaleiros” (Apêndice XIII). Este projeto foi desenvolvido com o intuito de minimizar a dor e o medo associados à realização do teste de zaragatoa nasofaríngea para pesquisa do vírus SARS-COV-2, promovendo a regulação das emoções da criança. Para isso foi desenvolvido um pequeno conto para ser lido à criança (Apêndice XIV, XV) quer por via digital através de *código QR* existente no cartaz de divulgação, quer por via física, existindo um exemplar impresso e plastificado no serviço em língua inglesa e portuguesa. O projeto pretendeu também contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados, tendo sido enviado para a direção do Centro Hospitalar, com vista a ficar disponibilizada na página eletrónica do mesmo, com autorização do autor e ilustradora.

Este projeto foi muito gratificante uma vez que permitiu o envolvimento da comunidade escolar e a participação de vários colaboradores, permitindo alcançar de forma única e criativa o objetivo inicial proposto. Numa altura tão complexa como foi o confinamento imposto pela pandemia, este conto feito por crianças e para crianças, mostrou ser um desafio que cedo cativou todos, motivando alunos, professores e equipa de enfermagem, até à última etapa.

No último objetivo proposto para este estágio pretendi **promover a reflexão crítica da equipa de enfermagem sobre a intervenção de enfermagem na gestão emocional da criança e família**. Assim, realizei uma reunião com a Enfermeira-Gestora no sentido de avaliar a pertinência da realização de uma sessão de formação em contexto de trabalho, relacionada com a gestão emocional em contexto de pandemia. Deste modo, no seguimento do projeto “O teste dos cavaleiros” elaborei uma sessão de formação dirigida à equipa de enfermagem intitulada “Promoção da gestão emocional da criança e família, em contexto de pandemia, no SUP”, (Apêndice XVII) onde foi possível abordar diversas estratégias de regulação emocional, bem como apresentar o projeto “O teste dos caleiros”. O planeamento, execução e avaliação da sessão foi realizado conforme os parâmetros do gabinete de formação, sendo contabilizada para efeitos de formação de serviço dos elementos de enfermagem (Apêndice XVI). A formação foi bem acolhida pela equipa, tal como o projeto elaborado, tendo sido um momento enriquecedor de partilha de experiências

e conhecimentos, sensibilizando a equipa para esta temática e contribuindo para o desenvolvimento profissional.

5.5 – Serviço de Neonatologia

O quinto ensino clínico que realizei decorreu ao longo dos meses de março e abril, no Serviço de Neonatologia, numa Maternidade da Grande Lisboa, conforme o cronograma (Apêndice II). Sendo o contexto clínico onde diariamente exerço funções, a análise do **contexto na sua vertente funcional, estrutural e organizacional** torna-se facilitada pela familiaridade com o local e a equipa, a dinâmica e os métodos de trabalho (Apêndice IV). No entanto, a escolha de um local já conhecido trouxe novos desafios, nomeadamente pelo exercício de distanciamento das conceções prévias e construção de uma nova visão sobre a prática.

O segundo objetivo estabelecido para este estágio visou **prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e família**. A prestação de cuidados especializados ao recém-nascido e família visou promover o seu crescimento e desenvolvimento harmonioso durante o internamento na Unidade. Assim sendo, implementei medidas promotoras do bem-estar do recém-nascido, como sejam; o controle de estímulos ambientais perturbadoras e geradores de stress (luz, ruído, manipulação excessiva); o posicionamento adequado na incubadora através da utilização de “ninhos”, rolos, almofadas de gel e outros materiais existentes no serviço; a promoção do método Canguru; a estimulação do colo e do *swaddle*. Para além disso, a promoção e gestão do alívio da dor através da prestação de cuidados não traumáticos foi uma constante, utilizando para isso medidas não farmacológicas de controle da dor (colo, sucção não nutritiva, contenção), bem como a utilização autónoma de solução oral de sacarose a 5% previamente à realização de procedimentos dolorosos. A avaliação da dor do recém-nascido foi realizada mediante a aplicação da escala em vigor no serviço, e foi sempre registada em documento próprio em todos os turnos.

O terceiro objetivo definido para este contexto clínico visou **promover o desenvolvimento das competências dos pais em transição para a parentalidade**. Para a sua concretização foi essencial, primeiramente, realizar o acolhimento e admissão da família no serviço, dando as informações e orientações necessárias para

a integração da família no serviço e nos cuidados. Tendo em conta o contexto multicultural em que se insere a Unidade de Neonatologia, em muitos momentos foi necessário recorrer a ferramentas de tradução *online*, bem como a folhetos traduzidos para a língua inglesa, tão necessários para uma integração realizada com sucesso.

A prestação de cuidados em parceria com a família foi também sempre evidenciada, com vista ao envolvimento dos pais nos cuidados e ao desenvolvimento da vinculação. A participação dos pais em atividades como a higiene do bebé, o aleitamento materno, o colinho, a colocação do bebé pele-a-pele, foram sempre enfatizadas e incentivadas, durante as minhas intervenções. Além disso, outro tipo de informações relativa à situação clínica do bebé, à prematuridade ou outro tipo de patologias foram sempre objeto de explicitação e clarificação, transmitindo informações e orientações aos pais, validando os ensinamentos aos mesmos, visando o desenvolvimento das suas competências e por fim a alta hospitalar. Na preparação da alta foi essencial realizar uma correta articulação com os recursos e rede comunitária para a continuação de cuidados e apoio ao sistema familiar.

O quarto objetivo definido para este estágio visou **implementar intervenções facilitadoras da gestão emocional dos pais em transição para a parentalidade, em contexto de pandemia por COVID- 19**. Como descrito por Fernandes *et al.* (2014), os pais de recém-nascidos prematuros experienciam uma vasta panóplia de emoções que incluem angústia, sofrimento, insegurança, ansiedade, medo, stress, tristeza, sensação de culpa e insignificância, raiva e depressão. Assim, para uma intervenção de enfermagem que permita a gestão das emoções e dos sentimentos, é essencial a promoção dos cuidados centrados na família como meio de estimular o desenvolvimento das competências parentais e da vinculação, bem como o estabelecimento de uma comunicação eficaz.

Para a consecução deste objetivo foi necessário implementar momentos de partilha, (Apêndice XVIII) nos quais os pais pudessem exprimir as suas emoções, constituindo-se como ponto de partida para a reflexão acerca do impacto emocional do contexto pandémico em pais e mães de crianças internadas na UCIN. Nestes momentos de partilha tive sempre a preocupação de utilizar técnicas de comunicação adequadas na relação com os pais, tendo em conta os seus conhecimentos, comportamentos e cultura, visando o estabelecimento de uma relação terapêutica

através da proximidade e do diálogo, onde as emoções, dúvidas e preocupações pudessem ter lugar e ser valorizadas.

Simultaneamente, foi essencial promover os cuidados em parceria, bem como o contacto físico com o recém-nascido e a amamentação, com vista à facilitação da regulação emocional parental. Contudo, no caso das famílias em isolamento por COVID-19, estas estratégias tornaram-se inviáveis, motivo pelo qual surgiu a necessidade de implementar o “diário digital do bebé” (Apêndice XXI), bem como, os cartões “as minhas primeiras conquistas” (Apêndice XX), facilitando a proximidade dos pais ao recém-nascido durante os períodos de impedimento de permanência na Unidade. Esta atividade foi seguida da realização de uma instrução de trabalho sobre a abordagem da família em isolamento por COVID-19 na Unidade de Neonatologia (Apêndice XIX).

O último objetivo definido para este campo de estágio pretendeu **promover a reflexão crítica da equipa de enfermagem sobre a intervenção de enfermagem na transição para a parentalidade**. A primeira atividade relacionada com este objetivo relacionou-se com o convite para ser oradora num *Webinar* promovido pelo Grupo de Investigação Emoções em Saúde da ui&de/ESEL, apresentando o tema “Trabalho emocional em Enfermagem Pediátrica em tempos de COVID-19, no contexto da Neonatologia” (Apêndice XXII, Anexo I). Esta atividade foi realizada previamente ao período de estágio. Tendo sido a primeira atividade realizada numa plataforma de videoconferência, este seminário permitiu-me desenvolver competências no âmbito das tecnologias de comunicação tão necessárias no período pandémico, tendo contribuído grandemente para a partilha e reflexão crítica sobre a prática dos cuidados em tempos de COVID-19.

No decurso do presente ensino clínico tive também a oportunidade de formar um grupo de trabalho na Unidade de Neonatologia, destinado à implementação e desenvolvimento de intervenções facilitadoras da gestão emocional parental. No âmbito do grupo formado realizei uma *Revisão Integrativa da Literatura* intitulada “Impacto das medidas adotadas na UCIN durante a pandemia por COVID-19 na emocionalidade familiar”. Este trabalho foi apresentado sob a forma de Comunicação Livre (Apêndice XXIII) da qual fui preletora, no 1º Congresso de Enfermagem da Criança e do Adolescente da ESEL subordinado ao tema “Acesso à Saúde Qualidade e Promoção do Bem-estar” e integrou o *e-book* do mesmo sob a forma de resumo

(Apêndice XXIV, Anexo II). Esta atividade constitui-se como uma mais-valia para o desenvolvimento e aprofundamento das minhas competências no âmbito da investigação, e simultaneamente trouxe para debate um assunto de grande importância e pertinência nos dias de hoje, permitindo simultaneamente a divulgação do conhecimento bem como a reflexão sobre os cuidados praticados e as suas repercussões nas famílias.

6– DO PERCURSO EFETUADO NA PRÁTICA CLÍNICA À AQUISIÇÃO DE UM NOVO CORPO DE COMPETÊNCIAS

O meu percurso pessoal de desenvolvimento como estudante do CMEAEESIP iniciou-se com a apropriação dos saberes teóricos lecionados nas unidades curriculares da área científica, e, gradualmente, consubstanciou-se na prática clínica nos contextos de estágio escolhidos, por meio de um processo ativo de aprendizagem centrado na aquisição de competências.

Perrenoud (2000) define competência como a faculdade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos (conhecimentos e capacidades) para solucionar eficazmente uma série de situações. Isto implica a transferência e a mobilização dos conhecimentos e capacidades em situações reais. Assim não existe competência sem estes elementos, mas a competência recorre a eles e mobiliza-os.

A Ordem dos Enfermeiros definiu um conjunto de competências específicas para cada especialidade em enfermagem. Estas competências “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2019, p.4745).

Na área específica ESIP foram definidas, pela Ordem dos Enfermeiros (2018) três competências específicas que pretendi desenvolver ao longo de todo o curso. Para cada uma das competências foram definidas unidades de competência e critérios de avaliação que tive em consideração e que se constituíram como linhas orientadoras de todo o meu trabalho individual.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018) define a primeira competência do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem que consiste na assistência da criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. Esta competência constituiu-se como um dos eixos centrais de todo o meu percurso individual.

Com a realização do meu projeto de estágio centrado na temática da transição para a parentalidade, procurei implementar um plano de saúde promotor da parentalidade, em parceria com a família, em todos os contextos clínicos. Para isso, foi fundamental, em primeiro lugar, avaliar a estrutura e o contexto em que o sistema familiar se inseriam, para poder criar uma relação de confiança e segurança com o binómio criança/família. Depois de me inteirar das singularidades de cada binómio, procurei sistematicamente oportunidades para trabalhar com o sistema familiar no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde, tendo sido necessário desenvolver largamente as minhas capacidades comunicacionais. De forma gradual, com o decurso dos estágios em contextos clínico fui-me sentindo mais segura na comunicação com a criança, o jovem e a família, utilizando, cada vez mais, técnicas apropriadas à idade e fase de desenvolvimento, tendo sempre em atenção o contexto sociocultural do sistema familiar.

Ainda no plano da maximização da saúde da criança, do jovem e da família, foi fundamental aprofundar conhecimentos e desenvolver capacidades que me permitissem fazer um diagnóstico e intervir precocemente tanto nas situações clínicas mais comuns, como nas situações de risco para a qualidade de vida da criança e do jovem. Assim, ao longo deste meu percurso académico foi necessário procurar a informação mais relevante e atualizada sobre as situações clínicas mais comuns às várias idades, com o objetivo de implementar respostas de enfermagem apropriadas. Este trabalho revelou-se fundamental para todos os campos de estágio, uma vez que, a variabilidade de situações que ocorrem no âmbito da saúde infantil e pediátrica é muito extensa solicitando à enfermagem uma resposta eficaz e rápida.

A segunda competência definida pela Ordem dos Enfermeiros diz respeito ao cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, onde se espera que o enfermeiro seja capaz de mobilizar os recursos de forma adequada para cuidar da criança, do jovem e da família em situações difíceis e exigentes, socorrendo-se de um extenso leque de conhecimentos e habilidades na abordagem a cada situação particular.

Foram várias as situações de especial complexidade que identifiquei em cada campo de estágio, relacionadas com a instabilidade das funções vitais, a doença crónica, a doença oncológica ou ainda as doenças mais raras. Apesar da singularidade de cada condição, estas situações tinham em comum a necessidade de

ser feita uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem, com o objetivo de otimizar a resposta e diminuir o sofrimento.

Como é preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2008) o controlo eficaz da dor é um indicador da qualidade dos cuidados prestados, e por isso, avaliar, prevenir e tratar a dor deve ser uma prioridade em todos os serviços de saúde. No âmbito das suas competências específicas, o EESIP assume uma posição relevante para intervir na dor, devendo ser um motor de mudança em todos os serviços e instituições onde encontre barreiras ao controlo efetivo da dor na criança e no jovem.

A terceira competência específica definida pela Ordem dos Enfermeiros diz respeito à prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, onde é esperado que o enfermeiro responda eficazmente às especificidades e exigências de cada etapa do desenvolvimento infantil, potenciando-o desde o nascimento até à juventude.

Das unidades de competência definidas, saliento a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, bem como, a promoção da vinculação no recém-nascido. O projeto que elaborei, centrado na área da transição para a parentalidade, mais especificamente na promoção das competências parentais, foi disso mesmo um testemunho. Depois da avaliação das competências parentais a minha intervenção centrou-se na capacitação dos pais para cuidar do bebé através da promoção de uma transição para a parentalidade positiva, nomeadamente através das estratégias de promoção da vinculação (como sejam: a promoção do contacto físico, da amamentação, do envolvimento dos pais nos cuidados ao bebé), bem como através das estratégias rumo à maximização do potencial de desenvolvimento do sistema familiar (como sejam a informação acerca das características e competências do bebé, a transmissão de orientações antecipatórias às famílias, as singularidades de cada etapa de desenvolvimento infantil).

Para concretizar este meu projeto foi essencial ter presente modelos conceptuais centrados na criança e família, encarando sempre este binómio como o sujeito dos meus cuidados. A filosofia de Cuidados Centrados na Família (2001), o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey (1993), bem como o Modelo TEEP (Diogo, 2019) nortearam este trabalho, que tem como fim último, procurar responder

globalmente às necessidades da criança e da sua família, ajudando o sistema familiar a adaptar-se às mudanças que ocorrem na sua dinâmica.

O percurso individual efetuado ao longo deste CMEESIP possibilitaram a aquisição das competências específicas da especialidade de saúde infantil e pediátrica, e, simultaneamente, permitiram a aquisição de um conjunto de competências comuns. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), as competências comuns são competências partilhadas “por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”. Estas competências foram agrupadas em quatro domínios que são: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, procurei desenvolver uma prática segura, baseada num corpo de conhecimentos sólidos e que respeitasse os direitos das crianças e das famílias. A leitura e reflexão aprofundada do Código Deontológico, bem como a Carta da Criança Hospitalizada, foram fundamentais neste âmbito, uma vez que me possibilitaram rever e relembrar alguns conceitos confrontando-os com a minha prática.

No domínio da melhoria contínua da qualidade penso ter desempenhado um papel dinamizador nos contextos de estágio por onde passei, quer pela atualização teórica que trouxe aos serviços (em virtude dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares do curso, da minha pesquisa bibliográfica, e das ações de serviço efetuadas), quer pela criação e desenvolvimento de instrumentos de trabalho de gestão emocional da criança e família em contexto de pandemia por COVID-19, de que são exemplo o conto “o teste dos cavaleiros”, bem como o “diário digital do bebé” e as etiquetas comemorativas “as minhas primeiras conquistas”.

O terceiro domínio das competências comuns definidas para o enfermeiro especialista diz respeito à gestão de cuidados, onde é esperado que o enfermeiro otimize as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. Nos 5 contextos de estágio a minha intervenção

centrou-se, fundamentalmente, na observação da dinâmica, metodologia e organização dos cuidados de enfermagem de cada serviço. Conheci as funções da enfermeira-chefe e enfermeira especialista no âmbito da gestão, o método de racionalização dos recursos materiais e humanos e colaborei, sempre que possível, nas decisões relativamente à organização dos cuidados e gestão de situações complexas.

Ao longo do meu percurso em contexto de estágio, pude constatar que os enfermeiros especialistas têm uma intervenção fundamental na dinâmica de um serviço de pediatria. Por um lado, porque estes profissionais são aqueles a quem a restante equipa de enfermagem recorre para esclarecer dúvidas e procurar aconselhamento, por outro, porque apresentam amplos conhecimentos de gestão, o que se verifica na otimização da organização dos cuidados, supervisão e delegação de tarefas, bem como, nas capacidades de liderança, assegurando assim um bom clima organizacional entre profissionais. Por estas razões, o enfermeiro especialista é, muitas vezes, na ausência do enfermeiro chefe, quem assume o seu cargo, necessitando, por isso, de vastas competências no domínio da gestão.

A aquisição de conhecimentos e experiências no âmbito da gestão revelou-se fundamental para a minha construção, visto que me possibilitou obter uma visão diferente daquela que é proporcionada pela prática dos cuidados. Na minha opinião, no atual contexto socioeconómico, a área da gestão deve ser cada vez mais valorizada, visto que dela depende a vitalidade de uma instituição, o bem-estar dos profissionais e, acima de tudo, a qualidade dos cuidados que são prestados às crianças e às famílias.

O último conjunto de competências comuns do enfermeiro especialista, definido pela Ordem dos Enfermeiros diz respeito ao domínio do desenvolvimento e das aprendizagens profissionais, que compreende dois pontos: o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, e, o estabelecimento de uma prática especializada em sólidos padrões de conhecimento.

Os padrões de conhecimento em enfermagem foram identificados por Carper (1996), que considerou existirem quatro tipos de conhecimento: o conhecimento científico, o conhecimento ético, o conhecimento estético e o conhecimento pessoal. Neste âmbito, o meu percurso em contexto clínico primou pela procura e transmissão

de conhecimentos válidos, atuais e pertinentes com vista a uma melhoria na qualidade de cuidados prestados à criança e à família.

Para a construção deste novo corpo de competências foi necessário consolidar os conhecimentos científicos próprios da especialidade, mobilizando-os para os cuidados. Também o conhecimento ético foi essencial para a tomada de decisões fundamentadas no código deontológico e nos direitos da criança e da família. Por fim, foi fundamental desenvolver o conhecimento pessoal, central na prática de enfermagem, uma vez que o enfermeiro só é capaz de conhecer, compreender e cuidar do outro, na medida em que for capaz de se conhecer a si mesmo. No meu percurso pelos diferentes estágios, o autoconhecimento foi essencial, uma vez que me permitiu gerir a minha própria emocionalidade na relação terapêutica com as crianças e as famílias, bem como na relação com a equipa multidisciplinar. Em contexto de estágio revelou-se também fundamental conhecer-me como comunicadora procurando, em todas as situações, desenvolver a minha assertividade, com o objetivo de desenvolver uma intervenção eficaz e uma relação baseada na autenticidade.

O percurso formativo que realizei foi um processo de construção ativa que se centrou na aquisição e desenvolvimento de competências, onde mobilizei recursos individuais como pessoa e como profissional. Do confronto e diálogo entre teoria e prática surgiu a reflexão, que se constituiu como um instrumento fundamental para a minha aprendizagem, uma vez que, através da análise e exploração das diferentes situações clínicas, pude ter outro olhar sobre a minha própria prática. A capacidade de pensar e considerar experiências, ideias, perceções e crenças diferentes ou convergentes com as minhas permitiu-me adquirir um olhar interpretativo e crítico sobre mim e sobre a minha praxis, ajudando-me no meu próprio processo de consciência pessoal e profissional, o que certamente me irá orientar na ação futura.

Neste percurso formativo não poderia deixar de referir o desenvolvimento das competências de mestre, preconizadas e enunciadas no Diário da República (Decreto-Lei 107/2008). Deste modo, apliquei os conhecimentos e a minha capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas, em todos os contextos de ensino clínico, destacando a minha capacidade de lidar com questões complexas, desenvolvendo soluções originais, e simultaneamente, refletindo sobre as implicações e responsabilidade éticas e sociais que resultaram da minha intervenção. Esteve

também patente a minha capacidade de comunicar os meus raciocínios e conclusões não só na prática dos cuidados, mas também nas ações de formação continua desenvolvidas como preletora, bem como no domínio da investigação e divulgação da mesma. Desta forma, penso ter alcançado um conjunto de competências que me permitem uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

7 – PROJETOS FUTUROS

O manancial de oportunidades e experiências propiciadas pelos diferentes estágios permitiram-me concretizar os objetivos propostos através do desenvolvimento e implementação de diversas atividades procurando responder à problemática inicial.

Neste contexto, através da metodologia baseada na prática reflexiva, foi possível percorrer um caminho que me levou ao desenvolvimento de um novo corpo de competências, uma vez que, tal como refere Santos (2009), a prática reflexiva melhora a capacidade de aprender continuamente com a experiência, sendo determinante para a aprendizagem.

No entanto, o percurso formativo não poderá nunca terminar com o final de uma etapa, constituindo-se, antes de mais, como um ponto de partida para novos projetos e ambições, visando “descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (OE,2019, p..4744).

Este trabalho foi bastante pertinente, pretendendo ser um motor de mudança no meu serviço com vista a um apoio de excelência aos bebés e famílias em transição para a parentalidade, numa altura tão desafiante como a presente. Contudo muito mais há a fazer, e, por isso, pretendo continuar a dinamizar o grupo de trabalho dedicado à “Emocionalidade no Serviço de Neonatologia”, que em dezembro de 2021 elaborou um trabalho para as 3.^{as} jornadas de Saúde Materna e Obstetrícia da Maternidade Dr. Alfredo da costa, subordinado ao tema “A evolução dos Cuidados ao Recém-nascido e família na Unidade de Neonatologia”, do qual fui preletora (Anexo III). Além disso, gostaria também de continuar a estudar a aplicabilidade do Modelo TEEP em Neonatologia, e divulgá-lo através de ações de formação contínua no serviço. Pretendo também realizar uma *scoping review* dando continuidade ao *Protocolo de Revisão Scoping* já elaborado na Unidade Curricular *Opção II* do CMEAEESIP. Por fim, gostaria de continuar o meu percurso académico, e deste modo continuar a estudar e investigar os fenómenos relacionados com as emoções e a saúde, contribuindo para o desenvolvimento da Ciência de Enfermagem.

8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente relatório pretendeu retratar o meu percurso formativo ao longo do CMEESIP. Este caminho iniciou-se com a apropriação de conhecimentos teóricos no âmbito da especialidade, seguindo-se o planeamento do projeto de estágio e a execução do mesmo em contexto clínico, visando o meu desenvolvimento pessoal e profissional, rumo à aquisição e desenvolvimento das competências necessárias para cuidar da criança, do jovem e da família com excelência.

O problema identificado neste trabalho, para o qual procurei encontrar estratégias resolutivas, relacionou-se com a emocionalidade intensa experienciada pelos pais em processo de transição para a parentalidade, no decurso da pandemia por COVID-19. A escolha do tema prendeu-se com o interesse pessoal, com as necessidades que identifiquei na equipa, e principalmente, com as necessidades das famílias que acompanho diariamente e que vivenciam a transição para a parentalidade num contexto extraordinariamente adverso. Deste modo, ao longo dos estágios, pretendi implementar intervenções de enfermagem facilitadoras da gestão da emocionalidade parental em contexto de pandemia por COVID-19 constituindo assim o meu objeto de estudo. A experiência de aprendizagem resultante do estágio permitiu-me responder aos dois objetivos gerais que estabeleci para este percurso, tais como: desenvolver competências de EEESIP nos diversos contextos da prática clínica; e desenvolver competências de EEESIP promotoras da transição para a parentalidade, em contexto de pandemia por COVID-19.

Por via das atividades desenvolvidas ao longo dos contextos clínicos, creio ter conseguido atingir os objetivos específicos definidos para cada local, com benefícios para as crianças, jovens e famílias pelo desenvolvimento de estratégias que promovem a maximização da saúde; bem como para a equipa de enfermagem, pela elaboração de recursos que auxiliam a prática de cuidados e também pela formação disponibilizada.

Apesar de todas as limitações impostas pela pandemia, as dificuldades sentidas ao longo deste percurso foram compreendidas como um desafio, tendo sido contornadas e geridas com criatividade e superação.

Embora a experiência de aprendizagem realizada no contexto atípico da pandemia tenha sido geradora de emoções intensas, quer pelas respostas emocionais das equipas quer pelas próprias crianças e famílias com quem contactei, penso que foi simultaneamente uma oportunidade de desenvolvimento positiva. Neste sentido, gostaria de salientar a solidariedade e resiliência de todos os intervenientes, contribuindo para o sucesso deste trabalho. A experiência, o exemplo e a competência dos profissionais com quem contactei foram decisivos e inspiradores, tendo contribuído, indubitavelmente, para o desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à criança, ao jovem e à família nos diferentes contextos.

A elaboração deste relatório pretendeu consolidar as aprendizagens por meio da escrita e simultaneamente espelhar o percurso efetuado com vista ao desenvolvimento de competências. Considero que o caminho realizado até ao momento foi bastante enriquecedor porque potenciou o meu desenvolvimento pessoal e profissional, conduzindo-me à aquisição de um novo corpo de competências. Concomitantemente, este relatório é também sinónimo e garantia do meu compromisso na prossecução do desenvolvimento da área de especialização, ambicionando contribuir de forma ativa e pró-ativa para a disseminação futura do conhecimento em enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I.; Rua, M (2005). Interdisciplinariadade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto contexto – enfermagem*. Vol.14, n.3, pp.373-382. ISSN 1980-265X. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/DYhM34cLHw3zSjvQTR63nj/?format=pdf&lang=pt>
- American Academy of Pediatrics & Institute For Family Centered Care (2003) *Family-Centered Care and the Pediatrician's Role*. Pediatrics 112 (3): 691 -696, Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/281611362_Family-centred_care_and_the_pediatrician's_role
- Araújo, L. A., Veloso, C. F., Souza, M. C., Azevedo, J., & Tarro, G. (2021). The potential impact of the COVID-19 pandemic on child growth and development: a systematic review. *Jornal de pediatria*, 97(4), 369–377. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755720302096?via%3Dihub>
- Bainter, J.; Fry, M.; Miller, B.; Miller, T.; Nyberg, A.; O'Dell, A.; Shaffer, G. & Vernon, L. (2020). Family Presence in the NICU: Constraints and Opportunities in the COVID-19 Era. *Pediatric Nursing*, 46(5), 256–259. Disponível em: http://www.pediatricnursing.net/news/FamilyMatters_SO_20.pdf
- Bambich, S., Tripani, A., Mastromarino, S., Di Risio, G., Castelpietra, E., & Risso, F. M. (2021). Parents experiencing NICU visit restrictions due to COVID-19 pandemic. *Acta paediatrica*, 110(3), 940–941 Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/apa.15620>
- Barros, L. (2006) – A Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia como Unidade Promotora do Desenvolvimento. In Canavarro, Maria Cristina, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (2ª edição - pp. 235-254). Coimbra: Quarteto
- Brazelton, B. & Cramer B. (2004). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa. Terramar.

- Casey, A. (1993). Development and Use of the Partnership Model of Nursing . In E. Glasper, & A. Tucker, *Avances in Child Health Nursing* (pp. 183-193). London: Scutari Press
- Cena, L.; Biban. P.; Janos, J.; Lavelli, M.; Langfus, J.; Tsai, A.; Youngstrom, E. A. & Stefana, A. (2021). The collateral impact of COVID-19 emergency on Neonatal Intensive Care Units and Family-Centers Care: Challeneges and Opportunities. *Frontiers in Psychology*. Vol 12. (1-10). Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.630594/full>
- Charney, S.; Camarata, S. & Chern, A. (2020). Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Communication and Language Skills in Children. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. Vol. 165(1) 1–2 Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0194599820978247>
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel. ISBN: 9789727571093
- Damásio, A. (2017). *A estranha ordem das coisas: a vida, os sentimentos, e as culturas humanas*. Lisboa. Círculo de Leitores. ISBN 978-989-644-344-4
- Damásio, A. (2020). *Sentir e saber: a caminho da consciência*. Lisboa Círculo de Leitores. ISBN 978-989-644-540-9
- Decreto-lei n.º 107/2008 (2008). Diário da República, 1.ª série — N.º 121 — 25 de Junho de 2008
- DGS (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>
- DGS (2019). Informação nº 004/2019 de 14/05/2019. Disponível em: [https://www.pnl2027.gov.pt/np4/%7B\\$clientServletPath%7D/?newsId=1034&file=Name=Circular_Informativa_DGS.pdf](https://www.pnl2027.gov.pt/np4/%7B$clientServletPath%7D/?newsId=1034&file=Name=Circular_Informativa_DGS.pdf)
- DGS (2020). Plano nacional de resposta à doença pelo novo coronavírus (COVID-19). Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional->

[de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx](#)

Diogo (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (2ªed)*. Loures. Lusodidacta. ISBN: 9789898075468

Diogo, Martins e Fernandes (2017). Validação do trabalho emocional em enfermagem numa unidade de neonatologia. *Revista Referência*, suplemento ao nº13 - série IV. (Atas do I congresso internacional de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Investigação, Prática e Conhecimento). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324080758_Validacao_do_trabalho_emocional_em_enfermagem_numa_unidade_de_neonatologia

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

Diogo, P.; Sousa, M.; Rodrigues, J.; Silva, T. & Santos, M. (2021). Trabalho Emocional dos enfermeiros na linha de frente do combate à pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 74. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gGvSvWDpB8Hb7rqhJFLmqHn/?lang=en>

Diogo, P.; Freitas, B.; Costa, A. & Gaíva, M. (2021) O cuidar em enfermagem pediátrica na perspetiva das emoções: de Nightingale à atualidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74 (4) (1-5). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SM96vYJ9xw5by4SGrh9NQJS/?format=pdf&lang=pt>

Edwards, T. A. (2013). *The art of triage*. New York: Nova Science Publishers, Inc.

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. *Revista Pensar Enfermagem* Vol. 18 N.º 2 2º Semestre de 2014

- Figueiredo, B.; Costa, R.; Pacheco, A & Pais, A. (2008). Mother to infant emotional involvement at birth. *Maternal and Child Health Journal* 13(4):539-549. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/5534148_Mother-to-Infant_Emotional_Involvement_at_Birth
- Günes, F. (2021) The Effect of Masked Education on Language Skills. *The Journal of Limitless Education and Research*, 6 (3), 337 – 370. Disponível em: <https://dergipark.org.tr/en/pub/sead/issue/65797/985768>
- Guimarães D, Pissarra R, Reis-Melo A, Guimarães H. Multisystem inflammatory syndrome in children (MISC): A systematic review. *Int J Clin Pract*. 75(11):e14450. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34105843/>
- Hockenberry, M & Wilson, D. (2016) - Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9ª Edição. Loures. Lusociência. ISBN: 9789897480041
- ICN (2011). Classificação Internacional para a prática de enfermagem. Versão 2.0. Genebra.: ICN
- Kerouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F., Duquette, A.; & Major, F. (2002). *El pensamiento enfermero (3ªed.)*. Barcelona. Masson. Elsevier España.
- Kuo, D. Z.; Houtrow, A. J.; Arango, P.; Kuhlthau, K. A.; Simmons, J. M.; & Neff, J. M. (2012). Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and child health journal*, 16(2), 297–305. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7>
- Latva, R.; Lehtonen, L.; Salmelin, R.K.; & Tamminen, T.(2004) Visiting less than every day: a marker for later behavioral problems in Finnish preterm infants. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 158(12):1153-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15583100/>
- Lemmon, M., Chapman, I., Malcolm, W., Kelley, K., Shaw, R., Milazzo, A., Cotten, C., & Hintz, S. (2020) Beyond the First Wave: Consequences of COVID-19 on High-Risk Infants and Families. *American Journal of Perinatology* (37):. Disponível através de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32911555/>

- Mahoney, D. A., White, R. D., Velasquez, A., Barrett, T. S., Clark, R. H., & Ahmad, K. A. (2020). Impact of restrictions on parental presence in neonatal intensive care units related to coronavirus disease 2019. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 40(Suppl 1), 36–46. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41372-020-0753-7.pdf>
- Martinho, L. & Diogo, P. (2020). Gestão recíproca das emoções e da informação no cuidado à criança e família: proposta de um algoritmo de atuação em enfermagem. *Revista Pensar Enfermagem*. Vol.24. nº1(7-15)
- Mendelson, T., Cluxton-Keller, F., Vullo, G. C., Tandon, S. D., & Noazin, S. (2017). NICU-based Interventions To Reduce Maternal Depressive and Anxiety Symptoms: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 139(3), e20161870. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1870>
- Meleis, A. I. & Trangenstein, P. (2010). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6
- Meleis, A.I.; Sawyer, L.M.; Im, E.; Messias, D.K. & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. In: A. I. Meleis. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Mercer, R. (2010). Becoming a mother versus maternal role attainment. In A. Meleis, *Transitions Theory: Middle Rang and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. NY: Springer Publishing. ISBN 978-0-8261-0535-6
- Miles, M. S., Holditch-Davis, D., Schwartz, T. A., & Scher, M. (2007). Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*: 28(1), 36–44. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17353730/>
- Montes, M. & Herranz-Rubia, N. (2020) Neonatal nursing in the COVID-19 pandemic: can we improve the future, ? *Journal of neonatal nursing*. 26 (247-251). Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/342859796 Neonatal nursing in the COVID-19 pandemic can we improve the future](https://www.researchgate.net/publication/342859796_Neonatal_nursing_in_the_COVID-19_pandemic_can_we_improve_the_future)

Muniraman, H., Ali, M., Cawley, P., Hillyer, J., Heathcote, A., Ponnusamy, V., Coleman, Z., Hammonds, K., Raiyani, C., Gait-Carr, E., Myers, S., Hunt, K., Govande, V., Jain, A., Clark, R., Doherty, C., Raju, V., & Clarke, P. (2020). Parental perceptions of the impact of neonatal unit visitation policies during COVID-19 pandemic. *BMJ Paediatrics Open*, 4(1). Disponível através de: <https://bmjpaedsopen.bmj.com/content/4/1/e000899>

Murray, P. & Swanson, J. (2020). Visitation restrictions: is it right and how do we support families in the NICU during COVID-19? *Journal of Perinatology*, 40 (1576-1581) Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41372-020-00781-1>

Obeidat H.M.; Bond, E.A.; Callister, L.C. (2009) The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *The Journal of perinatal education*, 18(3), 23–29. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2730907/>

OE (2013). *Estratégias não farmacológicas do controle da dor na criança. Guia Orientador de boa prática*. Cadernos OE, Série 1, n6.

OE (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Diário da República, 2.ª série — N.º 133 — 12 de julho de 2018

OE (2019) Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019

Perrenoud, P. (2000) *Dez novas competências para ensinar*. Porto Alegre. Artmed Editora. ISBN 9788573076370

Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através de atividades de brincar: analisando o

cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. *Pensar enfermagem*. 14. (1). 24-38.

Plummer & Pulido-Dahal (2021) Building Toddlers' Language/Literacy Proficiency Through Parental Interventions During the Pandemic: Strategies to Transition From Casual Talk (CT) to Academic Talk (AT). *Educational Recovery for PK-12 Education During and After a Pandemic* Disponível em: <https://www.igi-global.com/chapter/building-toddlers-languageliteracy-proficiency-through-parental-interventions-during-the-pandemic/281818>.

Porto Editora (2020). *Dicionário da Língua Portuguesa: acordo ortográfico*. Porto Editora. ISBN 978-972-0-01866-3

Rehman, S. A., & Ali, P. A. (2016). A review of factors affecting patient satisfaction with nurse led triage in emergency departments. *International Emergency Nursing*, 29, 38– 44. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.11.002>

Reynolds, L. C., Duncan, M. M., Smith, G. C., Mathur, A., Neil, J., Inder, T., & Pineda, R. G. (2013). Parental presence and holding in the neonatal intensive care unit and associations with early neurobehavior. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 33(8), 636–641. <https://doi.org/10.1038/jp.2013.4>

Santos, E. M. M. (2009) - A aprendizagem pela reflexão em ensino clínico. Estudo qualitativo na formação inicial em enfermagem. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de doutoramento. Disponível em: <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2009001173>

Schumacher, K. & Meleis, A. (2010). Transitions: A Central Concept in Nursing. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

Shields, L.; Pratt, J.& Hunter, J. (2006) - Family centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 15, nº 10, p. 1317–1323.

- Shin, H.& White-Traut, R. (2010).The conceptual structure of transition to motherhood in the Neonatal Intensive Care. In A. I. Meleis, Transitions Theory (p. 641). NY: Springer Publishing Company, inc.
- Silva, E. & Apóstolo, J. (2021) Presença dos pais nas Unidades de Neonatologia Portuguesas durante a pandemia COVID-19. *Revista de Investigação em Enfermagem* nº34, 2ªa série (39-459).
- Stallard, P.; Pereira A.I.; Barros, L. (2021). Post-traumatic growth during the COVID-19 pandemic in carers of children in Portugal and the UK: cross-sectional online survey. *BJPsych Open* 7, 37, (1–5). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33468270/>
- Tscherning, Sizun & Kuhn (2020). Promoting attachment between parents and neonates despite the COVID-19 pandemic. *Acta Paediatrica*. 2020;109: (1937–1943). Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.15455>
- Wang, G.; Zhang, Y.; Zhao, J.; Zhang, J. & Jiang, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet*. 395(10228):945-947. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32145186/>
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência
- WHO (2020). Timeline of WHO's response to COVID-19. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
- Yafie, E.; Giavarini, M.; & Qaddoura, M. (2021) The role and strategy to stimulate language development in early childhood during COVID-19. *International Webinar Series – Educational Revolution in Post Covid Era "Teaching and Evaluation for Children in Covid Era"*. 73-81. Faculty of Education, University Negeri Malang. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/345214576_Proceeding_International_Webinar_Series_Educational_Revolution_in_Post_Covid_Era_Teaching_and_Evaluation_for_Children_in_Covid_Era_Faculty_of_Education_Universitas

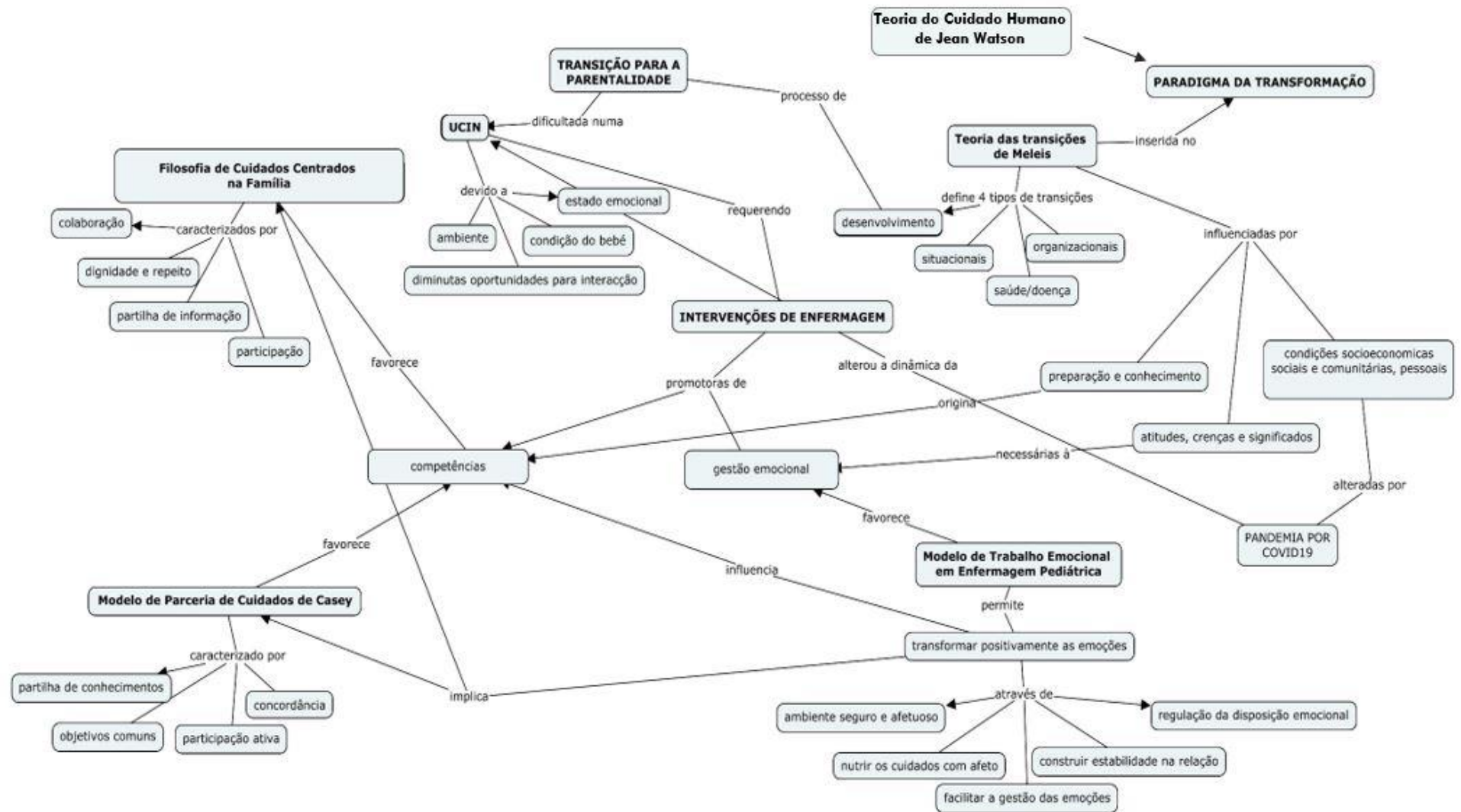
[Negeri Malang THE ROLE AND STRATEGY/link/5fa208bba6fdccfd7b9b6f7e/download](#)

Yafie, E.; Giavarini, I.; & Maulidia, L. (2021) Stimulating Strategy Children Experiencing Late Language Emergence (LLE) During Pandemic Covid-19. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, vol.48 (193-197). Disponivel em: <https://www.atlantis-press.com/proceedings/ecpe-20/125946143>

Zante, B., Camenisch, S. A., Jeitziner, M. M., Jenni-Moser, B., and Schefold, J. C. (2020). Fighting a family tragedy: family-centred care in times of the COVID-19 pandemic. *Anaesthesiol. Intens. Ther.* 52, 336–338. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33165884/>

APÊNDICES

APÊNDICE I – MAPA TEÓRICO- CONCEPTUAL



APÊNDICE II – Cronograma das Atividades de Estágio

Anos	2020					2021															
Meses	Nov.	Dez.				Jan.				Fev.				Mar.				Abr.		Mai.	
Semana	23 - 28	29 - 05	06 - 12	13 - 19		03 - 09	10 - 16	17 - 23	24 - 30	31 - 06	07 - 13	14 - 20	21 - 27	28 - 06	07 - 13	14 - 20	21 - 27		04 - 10	11 - 17	até 10
Locais																					

Legenda:



Unidade de Cuidados de Saúde Primários

Consulta de desenvolvimento de Pediatria

Serviço de Internamento de Pediatria

Serviço Urgência Pediátrica



Unidade de Neonatologia

Elaboração do relatório de estágio

Interrupção para férias letivas

APÊNDICE III – Guia Orientador das Atividades de Estágio



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

11º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM NA

ÁREA DE ESPECIALIDADE DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Discente: Ana Lúcia Duarte Marques (aluno nº4006)

Lisboa, 2020/2021

NOTA INTRODUTÓRIA

A realização do Guia Orientador das Atividades de Estágio surge no âmbito da realização do estágio, previsto na Unidade Curricular *Estágio com Relatório*, integrada no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, constituindo-se como um instrumento de apoio e orientação das atividades a desempenhar.

O presente documento apresenta inicialmente um breve enquadramento teórico sobre a temática, problema e objeto de estudo, seguindo-se uma apresentação esquemática dos objetivos definidos e atividades planeadas.

1. BREVE ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A transição é definida por Meleis e Trangenstein (2010) como a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro, referindo-se, tanto ao processo, como ao resultado de um complexo de interações entre a pessoa e o ambiente. Todas as transições envolvem mudança, contudo nem todas as mudanças são transições. As transições são despoletadas por uma mudança no estado de saúde, no papel no âmbito das relações, nas expectativas ou nas capacidades e requerem que a pessoa incorpore novos conhecimentos, altere comportamentos, e assim, altere o conceito de si num contexto social.

Para Schumacher e Meleis (2010) existem vários tipos de transições: as transições de desenvolvimento ao nível individual (como a adolescência, a gravidez, a parentalidade), e ao nível familiar (as relações mãe-filha, a fertilidade); as transições situacionais (tais como mudanças de papéis profissionais, viuvez, imigração); as transições de saúde/doença (tais como o diagnóstico de doença, a hospitalização, a recuperação); bem como transições organizacionais (mudanças na liderança, nas políticas e nas comunidades).

Embora todas as transições sejam responsáveis por alterações nas vidas dos indivíduos e tenham implicações importantes na sua saúde e bem-estar, a transição para a parentalidade é uma transição especialmente crítica, não só porque tem implicações na saúde dos próprios pais como também na saúde e desenvolvimento das crianças (Martins 2009).

A transição para a parentalidade, de acordo com Mercer (2010), pode ser definida como o processo pelo qual alguém se torna mãe ou pai, implicando uma transferência da realidade atual conhecida para uma nova e desconhecida realidade. Esta transição requer a reestruturação de objetivos, comportamentos e responsabilidades que permitam alcançar uma nova concepção de si próprio e de uma identidade.

O contexto de pandemia por COVID-19, pode constituir-se como um fator perturbador da transição para a parentalidade, uma vez que adiciona novas variáveis a um processo emocionalmente intenso (Montes & Herranz-Rubia, 2020; Murray & Swanson, 2020; Tscherning, Sizun & Kuhn, 2020). Assim sendo, é particularmente importante que os enfermeiros procurem implementar intervenções promotoras da gestão emocional parental, adotando estratégias e modelos de intervenção que o possibilitem.

De facto, compreender como os pais vivenciam transições ao nível da sua parentalidade durante a situação excecional de pandemia, torna-se pertinente para a Enfermagem, na medida em que os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e suas famílias que estão a passar por processos de transição, assistindo às mudanças e exigências que as mesmas provocam nas suas vidas (Meleis *et al.*, 2000).

Fernandes *et al.* (2014) sugerem algumas intervenções para promover a gestão da emocionalidade dos pais em transição para a parentalidade, como sejam: a facilitação da expressão das emoções, a comunicação eficaz, a facilitação da vinculação, e a promoção das competências.

Também Diogo (2019), no seu Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica, identifica cinco categorias de intervenção de enfermagem, tais como: promover um ambiente seguro e afetuoso; nutrir os cuidados com afeto; facilitar a gestão das emoções do cliente; construir a estabilidade na relação; regular a sua disposição emocional para cuidar. Este modelo constitui-se como um instrumento de enfermagem orientador da

prática, representando uma orientação conceptual e prática para os cuidados à criança e família, e enfatizando a transformação das experiências negativas em experiências positivas e de crescimento pessoal, contribuindo para o cuidado humanizado na prática de enfermagem.

Neste sentido, o EEESIP desempenha uma função fundamental na gestão das emoções, contribuindo, através do trabalho emocional, para a transformação das emoções negativas em estados de bem-estar emocional, possibilitando aos pais adquirir uma perceção positiva da experiência vivida. Tendo em conta estes pressupostos, este projeto tem como tema, problema e objeto de estudo, os seguintes:

- Tema: Transição para a parentalidade em contexto de COVID-19.
- Problema: Emocionalidade intensa experienciada pelos pais em processo de transição, no decurso da pandemia por COVID-19.
- Objeto de estudo: Intervenções de enfermagem facilitadoras da promoção de competências e gestão da emocionalidade dos pais em contexto de pandemia de COVID- 19.

2. OBJETIVOS, COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES A DESENVOLVER

Para este percurso formativo, com vista à aquisição e desenvolvimento de um corpo de competências em ESIP, foram definidos os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências de EEESIP nos diversos contextos da prática clínica.
- Desenvolver competências de EEESIP promotoras da transição para a parentalidade, em contexto da pandemia de COVID-19.

Como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

- Analisar o contexto na sua vertente funcional, estrutural e organizacional.
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e família.
- Promover o desenvolvimento das competências dos pais em transição para a parentalidade, em contexto de pandemia por COVID-19.

- Implementar intervenções facilitadoras da gestão emocional dos pais em transição para a parentalidade, em contexto de pandemia por COVID-19.
- Promover a reflexão crítica da equipa da equipa sobre a intervenção de enfermagem na transição para a parentalidade.

Com a realização deste estágio pretendo desenvolver competências comuns de Enfermeiro Especialista, relacionadas com: (a) Responsabilidade profissional, ética e legal; (b) melhoria contínua da qualidade; (c) Gestão dos cuidados; (d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Pretendo também desenvolver as seguintes competências de EEESIP: (1) assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; (2) cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; (3) presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE,2018).

2.1 CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Objetivos específicos	Atividades	Competências
Analisar o contexto na sua vertente funcional, estrutural e organizacional.	• Consulta de documentos específicos do local de estágio. • Observação da dinâmica, métodos de trabalho e filosofia de cuidados do serviço. • Observação e análise da intervenção do EEESIP no seio da equipa multidisciplinar. • Reflexão sobre o domínio ético-legal das intervenções de enfermagem.	A1.1- Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada
Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família.	• Prestação de cuidados especializados à criança e jovem no âmbito das consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil. • Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, através da recolha de dados antropométricos e de escalas de avaliação do desenvolvimento, respetivamente. • Avaliação dos parâmetros considerados no boletim de saúde infantil e juvenil. • Observação e colaboração na vacinação infantil/juvenil. • Promoção da gestão e alívio da dor, através da prestação de cuidados não traumáticos, utilizando medidas não farmacológicas de controle da dor. • Elaboração de uma síntese reflexiva relativa ao percurso formativo.	E1- Assiste a criança/jovem na maximização da sua saúde. E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. E3.1. – Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento E3.1.2 – Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E2.2 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.

Objetivos específicos	Atividades	Competências
Promover o desenvolvimento das competências dos pais em transição para a parentalidade, em contexto de COVID-19.	▪ Transmissão de informações e orientações aos pais, validando os ensinamentos aos mesmos, com vista ao desenvolvimento das suas competências. ▪ Promoção do crescimento e desenvolvimento infantil através da ênfase de orientações e cuidados antecipatórios de acordo com a etapa de desenvolvimento da criança. ▪ Educação para a saúde através do esclarecimento de dúvidas relativas aos cuidados à criança em contexto de pandemia por COVID-19.	E1.1-Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. E1.1.4- 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. E1.2.8 – Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.
Implementar intervenções facilitadoras da gestão emocional dos pais em transição para a parentalidade, em contexto de pandemia de COVID-19.	▪ Utilização de técnicas de comunicação adequadas na relação com os pais, tendo em conta os seus conhecimentos, comportamentos e cultura. ▪ Promover a relação terapêutica através da proximidade e do diálogo, com vista à valorização das emoções, dúvidas e preocupações dos pais, face à vivência de uma experiência emocionalmente intensa como é a transição para a parentalidade em contexto de pandemia.	D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. E 3.3 – Comunica com a criança e a família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. E3.3 - Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.

Objetivos	Atividades	Competências
Promover a reflexão crítica da equipa de enfermagem sobre a intervenção de enfermagem na transição para a parentalidade.	▪ Realização de uma entrevista com a EEESIP do NACJR no sentido de refletir sobre a intervenção de enfermagem no âmbito da visitação domiciliária à criança e família, em contexto de pandemia por COVID-19.	D2.1 –Responsabiliza-se por ser facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade. D2.2 – Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.

Recursos	Materiais: computador e internet para investigação de bases de dados científicas, documentos da instituição. Humanos: equipa multidisciplinar, equipa de enfermagem, enfermeiros de referência e professora orientadora.
-----------------	--

2.2 CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO DE PEDIATRIA

Objetivos específicos	Atividades	Competências
Analisar o contexto na sua vertente funcional, estrutural e organizacional.	• Consulta de documentos específicos do local de estágio. • Observação da dinâmica, métodos de trabalho e filosofia de cuidados do serviço. • Observação e análise da intervenção do EEESIP no seio da equipa multidisciplinar. • Reflexão sobre o domínio ético-legal das intervenções de enfermagem.	A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A1.1 - Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada
Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família.	• Prestação de cuidados especializados à criança e jovem no âmbito das consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil. • Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, através da recolha de dados antropométricos e de escalas de avaliação do desenvolvimento, respetivamente. • Promoção da gestão e alívio da dor, através da prestação de cuidados não traumáticos, utilizando medidas não farmacológicas de controle da dor. • Elaboração de uma síntese reflexiva relativa ao percurso formativo.	E1 - Assiste a criança/jovem na maximização da sua saúde. E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. E3.1. – Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento E3.1.2 – Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E2.2 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.

Objetivos específicos	Atividades	Competências
Promover o desenvolvimento das competências dos pais em transição para a parentalidade, em contexto de pandemia de COVID-19.	• Transmissão de informações e orientações aos pais, validando os ensinamentos aos mesmos, com vista ao desenvolvimento das suas competências. • Promoção do crescimento e desenvolvimento infantil através da ênfase de orientações e cuidados antecipatórios de acordo com a etapa de desenvolvimento da criança. • Educação para a saúde através do esclarecimento de dúvidas relativas aos cuidados da criança em contexto de pandemia por COVID-19. • Elaboração de Manual para a promoção do desenvolvimento da linguagem na criança.	E1.1-Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. E1.1.4- 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. E1.2.8 – Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.
Implementar intervenções facilitadoras da gestão emocional dos pais em transição para a parentalidade, em contexto de pandemia por COVID-19.	• Utilização de técnicas de comunicação adequadas na relação com os pais, tendo em conta os seus conhecimentos, comportamentos e cultura. • Promover a relação terapêutica através da proximidade e do diálogo, com vista à valorização das emoções, dúvidas e preocupações dos pais, face à vivência de uma experiência emocionalmente intensa como é a transição para a parentalidade em contexto de pandemia.	D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. E 3.3 – Comunica com a criança e a família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. E3.3 - Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.
Recursos	Materiais: computador e internet para investigação de bases de dados científicas, documentos da instituição, impressora. Humanos: equipa multidisciplinar, equipa de enfermagem, enfermeiros de referência e professora orientadora.	

2.3 - INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Objetivos específicos	Atividades	Competências
Analisar o contexto na sua vertente funcional, estrutural e organizacional.	• Consulta de documentos específicos do local de estágio. • Observação da dinâmica, métodos de trabalho e filosofia de cuidados do serviço. • Observação e análise da intervenção do EEESIP no seio da equipa multidisciplinar. • Reflexão sobre o domínio ético-legal das intervenções de enfermagem.	A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A1.1- Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada
Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família.	• Prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e jovem, no sentido responder a situações clínicas complexas. • Promoção da adaptação da criança à situação de internamento hospitalar através da implementação de atividades, jogos e brincadeiras adequadas à sua idade e facilitadoras do seu desenvolvimento. • Promoção da gestão e alívio da dor, através da prestação de cuidados não traumáticos, utilizando medidas não farmacológicas de controle da dor. • Elaboração de uma síntese reflexiva relativa ao percurso formativo.	E2- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. E2.5- Promove a adaptação da criança/jovem à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade. E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.1 – Promove o crescimento e desenvolvimento infantil. B3.1 – Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro. E2.2 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.

Objetivos específicos	Atividades	Competências
Promover o desenvolvimento das competências dos pais em transição para a parentalidade, em contexto de pandemia de COVID-19.	• Realização de acolhimento e admissão da criança, jovem e família no serviço de internamento. • Prestação de cuidados em parceria com vista ao envolvimento dos pais nos cuidados. • Transmissão de informações e orientações aos pais, validando os ensinamentos aos mesmos, visando a preparação para a alta hospitalar e o desenvolvimento das suas competências. • Preparação da alta hospitalar através da articulação com os recursos e rede comunitária para a continuidade dos cuidados.	E1.1-Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. E1.1.4- 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. E1.1.10- Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde. E1.2.8 – Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.
Implementar intervenções facilitadoras da gestão emocional dos pais em transição para a parentalidade, em contexto de pandemia de COVID-19	• Utilização de técnicas de comunicação adequadas na relação com os pais, tendo em conta os seus conhecimentos, comportamentos e cultura. • Promover a relação terapêutica através da proximidade e do diálogo, com vista à valorização das emoções, dúvidas e preocupações dos pais, face à vivência de uma experiência emocionalmente intensa como é a transição para a parentalidade em contexto de pandemia.	D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. E 3.3 – Comunica com a criança e a família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. E3.3 - Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.

Objetivos específicos	Atividades	Competências
Promover a reflexão crítica da equipa de enfermagem sobre a intervenção de enfermagem na transição para a parentalidade.	• Realização de uma reunião com a equipa de enfermagem no sentido de avaliar a pertinência da realização de uma sessão de formação em contexto de trabalho, relacionada com a gestão emocional dos pais durante a hospitalização da criança como intervenção de enfermagem, em contexto de pandemia por COVID-19. • Planeamento, execução e avaliação da sessão.	D2.1 –Responsabiliza-se por ser facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade. D2.2 – Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.

Recursos	Materiais: computador e internet para investigação de bases de dados científicas, documentos da instituição, <i>data show</i> Humanos: equipa multidisciplinar, equipa de enfermagem, enfermeiros de referência e professora orientadora.
-----------------	---

2.4 - SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Objetivos específicos	Atividades	Competências
Analisar o contexto na sua vertente funcional, estrutural e organizacional.	• Consulta de documentos específicos do local de estágio. • Observação da dinâmica, métodos de trabalho e filosofia de cuidados do serviço. • Observação e análise da intervenção do EEEESIP no seio da equipa multidisciplinar • Reflexão sobre o domínio ético-legal das intervenções de enfermagem.	A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A1.1- Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada
Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família.	• Prestação de cuidados especializados à criança e jovem em situação urgente. • Identificação das situações mais comuns que motivam a procura do serviço de urgência. • Avaliação e priorização da gravidade das situações de urgência, através da prática da triagem. • Promoção da gestão e alívio da dor, através da prestação de cuidados não traumáticos, utilizando medidas não farmacológicas de controle da dor. • Elaboração de uma síntese reflexiva relativa ao percurso formativo.	E1.2.1- Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas. E2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. E2.1- Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem adequados. E2.2 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.

Objetivos específicos	Atividades	Competências
Promover o desenvolvimento das competências parentais em contexto de pandemia de COVID-19.	• Prestação de cuidados em parceria com vista ao envolvimento dos pais no processo de cuidar no SU • Transmissão de informações e orientações aos pais, validando os ensinamentos aos mesmos, com vista ao desenvolvimento das suas competências. • Educação para a saúde através do esclarecimento de dúvidas relativas aos cuidados à criança em contexto de pandemia por COVID-19.	E1.1-Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. E1.1.4- 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. E1.2.8 – Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.
Implementar intervenções facilitadoras da gestão emocional da criança e família em contexto de pandemia por COVID- 19	• Utilização de técnicas de comunicação adequadas na relação com a criança, jovem e família, tendo em conta os seus conhecimentos, comportamentos e cultura. • Promover a relação terapêutica através da proximidade e do diálogo, com vista à valorização das emoções, dúvidas e preocupações. • Elaboração do conto “O teste dos cavaleiros” como estratégia de gestão emocional das crianças, no contexto da pandemia por COVID-19.	D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. E 3.3 – Comunica com a criança e a família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento à cultura. E3.3 - Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.

Objetivos específicos	Atividades	Competências
Promover a reflexão crítica da equipa de enfermagem sobre a intervenção de enfermagem na gestão emocional no SUP	▪ Realização de uma reunião com equipa de enfermagem no sentido de avaliar a pertinência da realização de uma sessão de formação em contexto de trabalho, relacionada com a gestão emocional em contexto de pandemia no SUP. ▪ Planeamento, execução e avaliação da sessão.	D2.1 –Responsabiliza-se por ser facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho. D2.2 – Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.

Recursos	Materiais: computador e internet para investigação de bases de dados científicas, documentos da instituição, <i>data show</i>, impressora. Humanos: equipa multidisciplinar, equipa de enfermagem, enfermeiros de referência e professora orientadora, alunos e professores da ESAG, ilustradora.
-----------------	---

2.5- UNIDADE DE NEONATOLOGIA

Objetivos específicos	Atividades	Competências
Analisar o contexto na sua vertente funcional, estrutural e organizacional.	• Consulta de documentos específicos do local de estágio. • Observação da dinâmica, métodos de trabalho e filosofia de cuidados do serviço. • Observação e análise da intervenção do EEESIP no seio da equipa multidisciplinar • Reflexão sobre o domínio ético-legal das intervenções de enfermagem.	A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A1.1- Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada
Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família.	• Prestação de cuidados especializados ao RN e família, visando o seu crescimento e desenvolvimento harmonioso durante o internamento na Unidade de Neonatologia. • Implementação de medidas promotoras do bem-estar do RN (controlo de estímulos ambientais perturbadores e geradores de stress no RN, posicionamento terapêutico adequado na incubadora, promoção do método Canguru, estimulação do colo e swadle). • Promoção da gestão e alívio da dor, através da prestação de cuidados não traumáticos, utilizando medidas não farmacológicas de controle da dor. • Elaboração de uma síntese reflexiva relativa ao percurso formativo e sua relação com o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.	E2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. E2.1- Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem adequados. E2.2 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. E3-Presta cuidados específicos e resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.1-Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. B3.1 – Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro.

Objetivos específicos	Atividades	Competências
Promover o desenvolvimento das competências dos pais em transição para a parentalidade	• Realização de acolhimento e admissão da família no serviço neonatologia. • Prestação de cuidados em parceria com vista ao envolvimento dos pais nos cuidados. • Promoção da amamentação e da recolha e armazenamento de leite materno. • Transmissão de informações e orientações aos pais, validando os ensinamentos aos mesmos, visando a preparação para a alta hospitalar e o desenvolvimento das suas competências. • Preparação da alta hospitalar através da articulação com os recursos e rede comunitária para a continuidade dos cuidados.	E1.1-Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. E1.1- Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. 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. E.3.2.5 – Promove a amamentação. 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. E1.1.10- Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.

Objetivos específicos	Atividades	Competências
Implementar intervenções facilitadoras da gestão emocional dos pais em transição para a parentalidade, em contexto de pandemia em Covid 19	▪ Utilização de técnicas de comunicação adequadas na relação com os pais, tendo em conta os seus conhecimentos, comportamentos e cultura. ▪ Promover a relação terapêutica através da proximidade e do diálogo, com vista à valorização das emoções, dúvidas e preocupações dos pais, face à vivência de uma experiência emocionalmente intensa como é a transição para a parentalidade em contexto de pandemia. ▪ Promoção dos cuidados em parceria, do contacto físico e da amamentação, como instrumentos facilitadores da regulação emocional parental. ▪ Implementação de momentos de partilha, nos quais os pais possam exprimir as suas emoções, constituindo-se como ponto de partida para a reflexão acerca do impacto emocional do contexto pandémico em pais e mães de crianças internadas na UCIN. ▪ Implementação de um <i>diário digital do bebé</i>, bem como, dos cartões “as minhas primeiras conquistas” como instrumento de gestão emocional, facilitando a proximidade dos pais ao RN durante os períodos em que estão impedidos de permanecer na Unidade. ▪ Realização de instrução de trabalho sobre a abordagem na Unidade de Neonatologia da família em isolamento por COVID-19.	D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. E 3.3 – Comunica com a criança e a família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. E3.3 - Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. E1.1-Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. E3.2.4 – Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN. E3.2.5 – Promove a amamentação.

Objetivos específicos	Atividades	Competências
Promover a reflexão crítica da equipa de enfermagem sobre a intervenção de enfermagem na transição para a parentalidade.	• Criação de um grupo de trabalho para implementar e desenvolver intervenções facilitadoras da gestão emocional dos pais. • Realização de Revisão Integrativa da Literatura relacionada com o impacto das medidas de contingência na emocionalidade familiar. • Realização de Poster/Comunicação livre para apresentação da RIL em Congresso. • Participação em Webinar como prelectora, subordinado ao tema: “Trabalho emocional em Enfermagem Pediátrica em tempos de COVID-19.	D2.1 –Responsabiliza-se por ser facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho. D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica. D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação.
Recursos	Materiais: computador e internet para investigação de bases de dados científicas, documentos da instituição, telemóvel da instituição com aplicação <i>wattsap</i>, <i>tablet</i>, <i>data show</i>. Humanos: equipa multidisciplinar, equipa de enfermagem, enfermeiros de referência e professora orientadora.	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um modelo orientador da prática (2ª versão revista) Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista
- 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. *Revista Pensar Enfermagem* Vol. 18 N.º 2 2º Semestre de 2014
- Martins, C. (2009). Transição para a parentalidade: Uma revisão sistemática da literatura. In M. C. Barbieri, M. M. Martins, M. H. Figueiredo, M. J. Martinho, L. M. Andrade, P. C. Oliveira, ... M. R. Santos (Coords.), *Da investigação à prática de enfermagem de família* (pp. 115-128). Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Meleis, A. I.& Trangenstein, P. (2010). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6
- Meleis, A. I.& Trangenstein, P. (2010). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6
- Mercer, R. (2010). Becoming a mother versus maternal role attainment. In A. Meleis, *Transitions Theory: Middle Rang and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing. ISBN 978-0-8261-0535-6
- Montes,M. & Herranz-Rubia, N. (2020) Neonatal nursing in the COVID-19 pandemic: can we improve the future, ? *Journal of neonatal nursing*. 26 (247-251). Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/342859796 Neonatal nursing in the COVID-19 pandemic can we improve the future](https://www.researchgate.net/publication/342859796_Neonatal_nursing_in_the_COVID-19_pandemic_can_we_improve_the_future)

Murray, P. & Swanson, J. (2020). Visitation restrictions: is it right and how do we support families in the NICU during COVID-19? *Journal of Perinatology*, 40 (1576-1581) Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41372-020-00781-1>

OE (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Diário da República, 2.ª série — N.º 133 — 12 de julho de 2018

OE (2019) Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019

Schumacher, K. & Meleis, A. (2010). Transitions: A Central Concept in Nursing. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

Tscherning, Sizun & Kuhn (2020). Promoting attachment between parents and neonates despite the COVID-19 pandemic. *Acta Paediatrica*. 2020;109: (1937–1943). Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.15455>

APÊNDICE IV – Caracterização dos Contextos de Estágio



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

11º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM NA

ÁREA DE ESPECIALIDADE DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Caracterização dos contextos de estágio

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Discente: Ana Lúcia Duarte Marques (aluno nº4006)

Lisboa, 2021

1. Justificação da atividade

O presente documento visa apresentar contextos de estágio deste percurso formativo, sendo que se fará uma breve descrição de acordo com o seu ordenamento cronológico.

2. Caracterização dos contextos de estágio

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)

A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) é uma unidade integrante de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa abrangendo uma comunidade com cerca de 30 mil utentes inscritos. Da equipa multidisciplinar fazem parte 17 médicos, 23 enfermeiros, 7 secretários clínicos, 1 técnico de Serviço Social e 1 técnico de Terapia Ocupacional (SPMS,2020, a). O espaço físico destinado à Saúde Infantil apresenta um ambiente agradável e adequado à criança e é composto por gabinetes de consulta médica e de enfermagem, sala de vacinação e sala de amamentação. Nesta Unidade, no que respeita aos serviços para a infância, existe ainda um gabinete destinado à equipa do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), um gabinete destinado à equipa de saúde escolar, e ainda, a Unidade Móvel, veículo que transporta a equipa de intervenção na comunidade.

A consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil funciona por marcação, previamente à consulta médica, sendo conduzida de acordo com a orientação da DGS, através do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). Genericamente, o plano consiste na calendarização periódica das consultas correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança e do adolescente, como sejam as etapas do desenvolvimento psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade.

As consultas de saúde infantil são efetuadas maioritariamente por uma das três enfermeiras especialistas em ESIP, contando também, esporadicamente, com o apoio da enfermeira especialista em ESIP, que está afeta ao NACJR. O papel da enfermeira especialista assume uma relevância primordial nas consultas de saúde infantil e

juvenil. De facto, é ela que efetua a primeira avaliação da criança e do jovem, em termos de crescimento antropométrico, de desenvolvimento cognitivo e socioemocional, e de hábitos e estilos de vida. A avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte social e familiar são também preocupações constantes da enfermeira especialista, com vista à deteção precoce e encaminhamento de situações potenciadoras de mal-estar para a criança e o jovem. Em todas as consultas é dada uma posição de destaque e valorização aos cuidados antecipatórios, visto que estes cuidados atuam como fator de promoção da saúde e prevenção da doença, facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental.

Os registos de enfermagem são realizados no boletim de saúde infantil e juvenil, e simultaneamente, no programa SClínico®, que consiste num sistema informático desenvolvido no ano de 2013, pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) para as instituições do Serviço Nacional de Saúde, tendo como objetivo principal a uniformização do registo clínico eletrónico, de forma a normalizar a informação recolhida nas várias instituições de saúde.

A criação deste sistema informático permitiu a agregação dos 2 sistemas previamente existentes: o Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). O SClínico® dispõe atualmente de duas versões, o *SClínico Hospitalar* e o *SClínico Cuidados de Saúde Primários* que funciona sob a base de dados "Sonho-CSP" (SPMS,b,2020). O programa SClínico® tem como base o PNSIJ. Neste sistema são registados aspetos como o crescimento antropométrico, o desenvolvimento baseado na escala de Mary Sheridan modificada, os cuidados antecipatórios, a avaliação de risco, e os encaminhamentos para o NACJR e para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).

O SNIPI é um sistema que resulta da atuação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Educação e da Saúde, mobilizando também as famílias e a comunidade. O seu objetivo é garantir a intervenção precoce na infância, implementando um conjunto de medidas de natureza preventiva e reabilitativa de apoio à criança e família, no âmbito da educação, da saúde e da ação social. O SNIPI dirige-se a famílias de crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações limitativas das funções ou estruturas do corpo, ou em contexto social de risco grave para o desenvolvimento. A operacionalização do SNIPI pressupõe assegurar um

sistema de interação entre as famílias e as instituições e, na primeira linha, as da saúde, para que todos os casos sejam devidamente identificados e sinalizados tão rapidamente quanto possível. Depois da identificação dos casos, é definido um plano individual de intervenção precoce, elaborado por equipas locais de intervenção multidisciplinares, visando potenciar o desenvolvimento da criança, bem como, introduzir alterações no meio ambiente que o possibilitem. Para isso são envolvidos os serviços de saúde, creches, jardins de infância, escola, entre outros organismos da comunidade (DGS,2020, a).

No decurso da pandemia por COVID-19 o espaço físico da Consulta de Saúde Infantil da UCSP Lumiar sofreu algumas alterações. De forma geral foram reforçadas as medidas para evitar o contágio das crianças, jovens e famílias que se deslocam ao serviço de saúde, de acordo com as orientações emanadas pela DGS (2020, b). Assim sendo, cada criança ou jovem deverá ser acompanhada por um só cuidador; deverá ser evitada a acumulação de utentes na sala de espera cumprindo as normas de distanciamento e higienização pessoal; deverão ser retirados os brinquedos e material didático dos espaços comuns que possam ser fontes de transmissão, e deverão ser encaminhados para uma sala de isolamento os casos suspeitos de infeção por COVID-19, sendo, neste caso, a sala de amamentação.

Para além da alteração do espaço físico, a organização da marcação de consultas sofreu também transformações. Assim, a linha telefónica do gabinete de enfermagem está aberta para o exterior, o que permite aos utentes e profissionais a possibilidade de um contacto mútuo, facilitando a marcação de consultas, o esclarecimento de dúvidas e a comunicação, em geral. A deslocação da criança e jovem é programada em consonância com a família, tentando harmonizar o horário da consulta com o horário da vacinação, para evitar, quanto possível, a deslocação à Unidade.

Apesar dos constrangimentos impostos pela pandemia, a equipa de enfermagem desenvolve todos os esforços para cumprir o esquema previsto no PNSIJ, recorrendo a formas alternativas de contacto, na impossibilidade de contacto presencial, utilizando o contacto telefónico para monitorização da saúde das crianças, jovens e da dinâmica familiar. Isto porque, o contexto pandémico atual, poderá constituir-se como um fator de agravamento de desigualdades no acesso aos serviços de saúde, bem como no eventual desequilíbrio das dinâmicas familiares.

Consulta de Desenvolvimento de Pediatria

A Consulta de Desenvolvimento de Pediatria funciona nas instalações de um hospital da região de Lisboa, destinando-se ao atendimento em regime de ambulatório a todas as crianças, adolescentes e jovens até completarem 18 anos. As crianças e jovem são referenciadas pelos Cuidados de Saúde Primários, pelo Serviço de Urgência Pediátrica, ou outros serviços do Hospital, ou por outras estruturas da comunidade.

A equipa multidisciplinar é constituída por duas enfermeiras, médico, psicólogos, dietistas, terapeutas da fala, assistentes técnicos e assistentes operacionais. O espaço é constituído por gabinetes médicos, gabinetes de enfermagem, sala de tratamentos e colheitas, sala de testes de alergologia e sala de reuniões, entre outros. O ambiente físico apresenta uma decoração em sintonia com o mundo infantil, com a possibilidade de manipulação de alguns brinquedos por parte das crianças.

As consultas realizadas estão organizadas de acordo com as especialidades médicas (como por exemplo as consultas de imunoalergologia, neonatologia, urologia e nefrologia) ou de acordo com a patologia subjacente (como por exemplo a consulta de diabetes e obesidade). As consultas de enfermagem decorrem entre as 8h e as 18h e precedem a consulta de enfermagem. Os registos de enfermagem são efetuados na plataforma *Glintt*® utilizando a linguagem classificada para a prática da enfermagem (CIPE).

No decurso da pandemia por COVID-19, a Consulta de Desenvolvimento não sofreu alterações na sua organização e dinâmica, tendo mantido todos os serviços. A equipa de enfermagem por vezes é reduzida para apenas 1 elemento, sendo que o segundo elemento é realocado à Urgência Pediátrica, conforme necessidades do Hospital, em virtude do contexto pandémico.

Internamento de Pediatria

O Serviço de Internamento de Pediatria funciona num Hospital da região de Lisboa e é destinado à hospitalização de crianças e jovens até completarem 18 anos.

Este serviço é constituído por duas alas: ala A, destinada a crianças submetidas a cirurgia pediátrica; e a ala B, destinada a crianças com patologias do foro médico. Os quartos habitualmente têm duas camas, sendo que alguns destes quartos são destinados a isolamento (respiratório, contacto e gotículas). Existe ainda uma sala destinada ao estudo das doenças do sono, e uma sala de cuidados intermédios com 6 camas para monitorização cardio-respiratória, na ala B.

Do serviço fazem parte gabinetes da direção, sala de material, sala de atividades e sala de estar comum, cantinho de amamentação, e sala de tratamentos. Na sala de tratamentos existe um armário destinado ao *Kit sem dor*, onde se podem encontrar rocas, bolas de sabão, fantoches, óculos de realidade virtual e outros brinquedos que ajudam a criança na regulação de emoções negativas intrínsecas aos procedimentos dolorosos.

A equipa multidisciplinar é constituída pela equipa de enfermagem, equipa médica, assistentes operacionais, técnicos de serviço social, educadoras de infância e pessoal administrativo. O método de trabalho de enfermagem é o método individual. Os turnos são assegurados por 4 enfermeiros em todos os turnos, tendo sido reduzido o número de enfermeiros no turno da tarde e turno da noite para 3 enfermeiros. Estes enfermeiros foram redirecionados para reforçar as enfermarias COVID-19 de adultos.

Com o surgimento da pandemia, como forma de evitar a propagação da COVID-19, algumas instalações foram desativadas como por exemplo a sala de jogos onde os jovens podiam visualizar filmes, jogar *playstation*®, jogos multimédia, jogos de tabuleiro ou puzzles. O refeitório comum de crianças e jovens, que simultaneamente funcionava como sala de ginástica, foi também desativado, dando origem a uma sala de refeições para profissionais. A iniciativa “Dr. Palhaço” foi suspensa, sendo que as crianças poderiam apenas ter contacto com os palhaços, via *tablet*, às 3^{as} feiras e 5^{as} feiras, denominando-se esta iniciativa por “palhaços em linha”. A utilização dos 3 “carrinhos de transporte” para deslocação da criança até ao bloco operatório foi também suspensa temporariamente. Relativamente às visitas, não foram autorizadas as visitas de pessoas externas ao núcleo familiar da criança, sendo apenas permitida a presença de um dos pais, durante o internamento. O serviço de Internamento de Pediatria prevê o acompanhamento⁴ da mãe ou do pai durante as

⁴ Em Portugal, bem como nos restantes países europeus, a partir dos anos 80, em virtude dos numerosos estudos sobre as consequências da separação da criança e da família por via da hospitalização, surgiu a preocupação de legislar os direitos da

24h do internamento, mediante apresentação de teste COVID-19 negativo, sendo disponibilizados aos pais cadeirões reclináveis, roupa de cama, e o acesso a instalações sanitárias.

Os registos de enfermagem são realizados na plataforma *Soarian®*, onde são registados: o plano de cuidados, as prescrições de enfermagem, vigilância, monitorização, e intervenções de enfermagem.

Serviço de Urgência Pediátrica

O SUP faz parte de um Centro Hospitalar da região de Lisboa e tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde emergentes e urgentes às crianças e jovens com idade inferior a 18 anos.

Desde o início da pandemia o SUP foi subdividido em duas alas, sendo que uma das alas é destinada às doenças respiratórias, e a outra é destinada à urgência pediátrica geral. Ambas as alas são constituídas pela sala de triagem, gabinetes médicos, sala de pequena cirurgia, sala de tratamentos, sala de aerossóis, sala de reanimação, e sala de observação (SO), entre outros. O espaço físico é adequado ao mundo infantil, estando repleto de desenhos de cores vivas pintados nas paredes, alusivos às viagens pela história e pelo mundo. A equipa multidisciplinar é formada essencialmente pela equipa médica, equipa de enfermagem, assistentes operacionais e pessoal administrativo, entre outros, que se subdivide entre as duas alas.

O percurso da criança e jovem inicia-se no balcão de admissões, onde depois da inscrição administrativa o utente é encaminhado para a sala de triagem. A triagem é assegurada pela equipa de enfermagem, que após a identificação sumária das principais queixas, sinais e sintomas do utente, realiza a avaliação e classificação da situação e do seu grau de gravidade, utilizando o Método de Triagem Canadiana. Para esse efeito são atribuídas pulseiras a cada criança ou jovem consoante o seu grau de

criança hospitalizada e concretizar medidas de apoio à família (Jorge, 2004), tendo sido previsto o acompanhamento familiar da criança hospitalizada, como está patente no decreto-lei nº 21/81 de 19 de agosto e no decreto-lei nº 26/87 de 13 de Janeiro. Posteriormente foi também elaborada a Carta da Criança Hospitalizada (1988), onde foi salientada a importância do acompanhamento familiar das crianças internadas, bem como a participação dos pais nos cuidados que lhe são prestados, com vista a um internamento o menos traumático possível.

gravidade. Em casos de emergência, as crianças ou jovens entram diretamente para a sala de reanimação, sem passar na sala de triagem, onde são de imediato atendidos pela equipa de enfermagem e médica.

Depois de realizada a triagem o utente pediátrico é encaminhado para os gabinetes de consulta médica, de onde pode sair com alta clínica ou ser encaminhado para a sala de tratamentos, para a realização de técnicas e procedimentos de enfermagem. Em algumas situações, e para esclarecimento do diagnóstico ou estabilização do quadro clínico, pode ser necessário a criança ou jovem ficar em vigilância, sendo por isso necessário proceder-se ao internamento na sala de observações (SO), para monitorização. O SO é uma unidade de internamento de curta duração, sendo que o tempo de internamento máximo preconizado é de 48h. Depois deste período, e se a situação clínica for impeditiva a uma alta para o domicílio, a criança ou o jovem são encaminhados para outros serviços pediátricos da instituição

Os registos de enfermagem são realizados na plataforma *SClínico*®, onde são registados os problemas de enfermagem e principais intervenções. Devido ao contexto pandémico, a permanência da família foi reduzida para apenas o pai, mãe ou outro acompanhante, e em caso de internamento, é requerido o teste para despiste de COVID-19.

Unidade de Neonatologia

A Unidade de Neonatologia é uma unidade de apoio neonatal, que recebe todos os recém-nascidos e famílias que necessitem de cuidados neonatais altamente diferenciados. Esta Unidade subdivide-se em dois sectores: a Unidade de Cuidados Intensivos ao Recém-Nascido e a Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais. O espaço físico apresenta tons calmos e suaves, que permitem um ambiente tranquilo. Este serviço possui ainda uma copa de leites, e uma “sala de pais” para descanso e convívio, sala de pausa, sala de preparação de medicação e sala de preparação de leites.

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais é composta por 13 vagas, destinadas a apoio ventilatório invasivo, sendo que três dessas vagas são destinadas ao isolamento do recém-nascido por COVID-19. A Unidade de Cuidados Intermédios

é constituída por 3 salas principais: duas delas são constituídas por 6 incubadoras, e a última sala é destinada a bebés em fase de pré-alta, sendo constituída por 8 berços. Existe ainda uma pequena sala destinada a bebés que necessitem de isolamento composta por uma incubadora. Num total a Unidade tem capacidade para receber 34 recém-nascidos.

Os recém-nascidos internados provêm do Serviço de Puerpério, do Bloco de Partos ou do Bloco Operatório da instituição, ou ainda de outros hospitais do INEM pediátrico ou do domicílio.

A equipa multidisciplinar deste serviço é constituída pela equipa médica, equipa de enfermagem, assistentes operacionais, fisioterapeuta, terapeuta da fala, e assistentes administrativos. O método de trabalho é o método individual, sendo que os cuidados prestados pela equipa de enfermagem deste serviço regem-se pelos princípios da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que privilegiam a prestação de cuidados não traumáticos, em parceria com a família e centrados nas suas necessidades.

Com a necessidade de implementação dos planos de contingência para a COVID-19, a política de visitas foi alterada, sendo que apenas um dos pais pode visitar o recém-nascido, mediante a apresentação de teste COVID-19, que deverá realizar de 10 em 10 dias, no Centro Hospitalar. O serviço possui um *tablet* para realização de videochamadas com os pais em isolamento profilático por COVID-19.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DGS, (2020, a). *Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*. Disponível através: <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia.aspx>

DGS, (2020, b) *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e epidemia de Covid-19*. Informação nº 008/2020 de 26/03/2020. Disponível através de: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/informacoes/informacao-n-0082020-de-26032020-pdf.aspx>

Jorge, A.M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança – (Re) Pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-79-7.

SPMS, (2020, a). *Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários*. Disponível através de: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30028/3112100/Pages/default.aspx>

SPMS, (2020, b) *Sclinico: cuidados de saúde primários*. Disponível através de: <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-cuidados-de-saude-primarios-csp/>

**APÊNDICE V – Síntese reflexiva: Ensino clínico nos
Cuidados de Saúde Primários**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

11º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM NA

ÁREA DE ESPECIALIDADE DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

-Síntese reflexiva-

Ensino clínico nos Cuidados de Saúde Primários

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Discente: Ana Lúcia Duarte Marques (aluno nº4006)

Lisboa, 2021

1. Justificação da atividade

O presente trabalho, realizado no âmbito do Ensino Clínico nos Cuidados de Saúde Primários, pretende partilhar as experiências mais relevantes neste contexto, sendo uma ferramenta fundamental para o desenvolvimento das aprendizagens. Deste modo, segue-se uma reflexão sobre algumas situações de cuidados, visando a compreensão da intervenção do EEESIP.

2. Reflexão

O primeiro estágio que realizei no âmbito do MEESIP decorreu nos meses de novembro e dezembro numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. Durante este estágio realizei várias consultas a crianças, jovens e famílias, tendo sempre presente as linhas orientadoras do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS,2013). No âmbito das minhas consultas, a minha intervenção caracterizou-se por encarar a criança e a família como um todo, observando a sua dinâmica e atendendo às suas especificidades e processos de transição específicos, e de modo particular, estive atenta às situações relacionadas com a transição para a parentalidade.

Como pude observar, muitas famílias estavam a experienciar várias transições em simultâneo, como por exemplo a mudança de residência, o desemprego, a ocorrência de internamentos hospitalares de familiares próximos por COVID-19, o que, representa um maior risco para as famílias em transição para a parentalidade. Além disso, as famílias mais vulneráveis viram muitas vezes o suporte providenciado pela rede comunitária limitado, devido às imposições da pandemia, o que originou alguma angústia e incerteza no futuro, dificultando ainda mais o processo de desenvolvimento da identidade parental e a adaptação ao seu filho.

O inquérito *Diários de uma Pandemia* realizado pelo Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, citado pelo relatório *Portugal, Balanço Social 2020* (Peralta, Carvalho & Esteves, 2021) avaliou os sentimentos mais presentes entre os portugueses, nos durante os meses de março a maio e concluiu que as pessoas desempregadas ou com rendimentos insuficientes reportaram mais frequentemente medo ou preocupação, dificuldade em adormecer e pesadelos, durante os meses de

confinamento. São também esses grupos, juntamente com os estudantes e as pessoas em formação profissional ou estágio, que mais reportaram sentimentos negativos, como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão, e sentimento de falta de controlo, sendo que a esperança em relação ao futuro era maior entre os que reportaram ter rendimentos confortáveis e os empregados a tempo inteiro ou parcial.

Reportando-se aos dados fornecidos pelo *Instituto de Formação e Emprego*, Peralta, Carvalho e Esteves (2021) apontam ainda o aumento do número de inscritos nos centros de emprego ao longo do ano de 2020, em contraste com o período homólogo, o que evidencia o impacto que a pandemia teve no emprego. Os autores acrescentam que os impactos da pandemia no trabalho foram múltiplos, contudo, não foram homogêneos entre a população, sendo que, os mais vulneráveis, com menos rendimentos, com menos escolaridade ou em situações laborais mais precárias foram os mais afetados pelos efeitos da pandemia no mercado de trabalho.

De acordo com os resultados do estudo realizado em Portugal sobre o impacto social da pandemia (Magalhães, Gouveia, Lopes, & Silva; 2020), para além dos problemas económicos e da situação de desempregado que estão fortemente associados a maiores dificuldades em lidar com as restrições pandémicas, há também escalões etários onde essas dificuldades são sentidas mais fortemente, nomeadamente os inquiridos entre os 35 e os 44 anos com agregados familiares mais numerosos e filhos menores, que mencionam frequentemente a dificuldade em conciliar, no espaço doméstico, o trabalho, a vida familiar e a educação dos filhos. Finalmente, encontra-se em todas as idades e condições uma preocupação recorrente com vários aspetos da saúde mental (estados depressivos, stress e ansiedade).

Estes estudos vêm corroborar aquilo que observei no decurso da realização das consultas de saúde infantil e juvenil. De facto, da minha observação, pude constatar que são os agregados mais numerosos, com crianças menores e com maiores dificuldades financeiras, aqueles que apresentaram uma intensidade emocional mais elevada, com manifestação de sentimentos negativos. Tendo em conta esta realidade, na realização das consultas de saúde infantil e juvenil, as questões relacionadas com o bem-estar emocional das crianças e das famílias foram uma constante dos meus cuidados.

Tal como considera Watson (2002) a dimensão relacional no cuidar centrado na pessoa deve abordar o ser humano como um todo, possibilitando a compreensão de todas as dimensões humanas, incluindo as emocionais. De acordo com Diogo (2015) as emoções dão sentido ao cuidar, sendo o trabalho emocional essencial na relação de cuidados. Para a autora, o trabalho emocional é uma dimensão da prática dos enfermeiros permitindo mostrar sensibilidade afetiva e compreensão pelo cliente, lidando simultaneamente com a influência das próprias emoções.

Diogo (2019) desenvolveu o Modelo TEEP que se constitui como um instrumento orientador da prática dos cuidados pediátricos, que identifica 5 componentes do trabalho emocional em enfermagem pediátrica, nomeadamente: *promover um ambiente seguro e afetivo, nutrir os cuidados com afeto, gerir as emoções dos clientes, construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional para cuidar*. Este instrumento foi muito útil na prática dos cuidados no decurso das consultas, uma vez que guiou a minha intervenção, permitindo efetuar um trabalho emocional não de forma intuitiva e informal, mas com intencionalidade terapêutica.

Assim, ao longo do estágio na UCSP, desloquei-me sempre à sala de espera para cumprimentar e receber a criança e a sua família, dirigindo-me de forma terna e afetiva, minimizando o desconforto do ambiente estranho, chamando a criança pelo nome e fazendo comentários que pudessem fazê-la sentir-se acarinhada: “gosto muito da tua camisola do homem aranha”, “tens uns lindos caracóis” promovendo assim um *ambiente seguro e afetivo*. Esta ação era acompanhada de expressões de afeto, utilizando o sorriso, a voz embalada e suave, a terminação em “inho”, e o brincar com a criança: “o teu ursinho pode ir ao meu colo?”, permitindo *nutrir os cuidados com afeto*. No decurso da consulta, desde os procedimentos mais simples (como a avaliação estado-ponderal) aos mais dolorosos (como a vacinação) tentei sempre *facilitar a gestão das emoções*, através de informações dadas à criança e família. Estas informações são consideradas por Martinho e Diogo (2020) estratégias de gestão emocional de antecipação e a gestão das emoções reativas. Relativamente às primeiras, tentei sempre explicar, de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança, o procedimento que iria fazer: “agora vou ver o tamanho da cabeça do teu ursinho para lhe fazermos um chapéu... e depois vemos a tua, pode ser?”. Relativamente às segundas, tentei sempre proporcionar o desvio do foco de atenção utilizando por exemplo um brinquedo ou simulando uma história “depois da vacina o

teu bracinho vai ficar com superpoderes!” As estratégias utilizadas permitem tranquilizar a criança e promover a sua regulação emocional, minimizando a ansiedade e os medos intrínsecos a este tipo de procedimento.

No desenvolvimento das consultas procurei também *construir a estabilidade na relação*, demonstrando empatia e envolvimento emocional, evitando episódios conflituosos com a família e equilibrando poderes, o que inclui a partilha de informações, decisões partilhadas e colaboração. Neste campo foi particularmente importante a implementação de momentos de partilha, nos quais as famílias pudessem falar livremente acerca da situação que estavam a experienciar. Na minha intervenção utilizei a escuta ativa, sem fazer juízos de valor, tentando mobilizar estratégias para solucionar os problemas da família, dando simultaneamente tempo e espaço para a expressão dos seus sentimentos e preocupações, exacerbados pelos difíceis contextos de vida, e situação pandémica

Para cuidar das famílias neste contexto extraordinariamente adverso foi essencial também *regular a disposição emocional para cuidar*. Assim foi essencial analisar as experiências vividas e partilhar sentimentos com a equipa de enfermagem, no sentido de compreender algumas respostas emocionais observadas nas famílias. Esta reflexão permitiu-me atenuar e transformar algumas emoções perturbadoras, permitindo manter o trabalho emocional

3. Conclusão

O estágio realizado no âmbito dos cuidados de saúde primários foi uma experiência de aprendizagem e desenvolvimento muito enriquecedora na medida em que me permitiu contactar com uma pluralidade de famílias a vivenciar várias transições simultâneas, num contexto extraordinariamente adverso. Como referido nos estudos citados, os pais com filhos pequenos, com dificuldades económicas e empregos precários, apresentaram uma maior vulnerabilidade à situação pandémica, mostrando perturbações emocionais. Neste contexto, o cuidar com afeto em pediatria torna-se fundamental, sendo por isso essencial uma intervenção especializada do enfermeiro, com recurso ao trabalho emocional. Em todas as consultas de saúde infantil realizadas, o recurso ao Modelo TEEP (Diogo, 2019) foi uma constante permitindo-me promover a gestão emocional das crianças e famílias na UCSP.

Referências bibliográficas

- Diogo (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (2ªed)*. Loures. Lusodidacta. ISBN: 9789898075468
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um modelo orientador da prática (2ª versão revista) Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_e_m_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista
- DGS (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>
- Peralta, S.; Carvalho, B.; & Esteves, M. (2021). Portugal, Balanço Social 2020: Um retrato do país e dos efeitos da pandemia. NOVA School of business and economics. Disponível em: <https://www2.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Reports/Portugal%2C%20Balanço%20Social%202020-Relatorio.pdf>
- Magalhães, P.; Gouveia, R.; Lopes, R.; & Silva (2020). *O impacto Social da Pandemia*. Universidade de Lisboa. Instituto de Ciências Sociais. Instituto Universitário de Lisboa. Disponível em: <https://www.ics.ulisboa.pt/docs/RelatorioInqueritoICSISCTE.pdf>
- Martinho, L. & Diogo, P. (2020). Gestão recíproca das emoções e da informação no cuidado à criança e família: proposta de um algoritmo de atuação em enfermagem. *Revista Pensar Enfermagem*. Vol.24. nº1(7-15)
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência

**APÊNDICE VI – Síntese reflexiva: Entrevista à EEESIP no
contexto do NACJR**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

11º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM NA

ÁREA DE ESPECIALIDADE DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

-Síntese reflexiva-

Entrevista à EEESIP no contexto do NACJR

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Discente: Ana Lúcia Duarte Marques (aluno nº4006)

Lisboa, 2021

1. Justificação da atividade

O presente trabalho, realizado no âmbito do estágio no Ensino Clínico nos Cuidados de Saúde Primários, pretende sintetizar a entrevista realizada à EEESIP que exerce funções no NACJR, no âmbito da visita domiciliária ao recém-nascido, contribuindo para uma reflexão sobre a prática, com vista ao desenvolvimento de novas aprendizagens.

2. Entrevista à EEESIP no contexto do NACJR

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil menciona que “importa desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância e da promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de famílias ou situações identificadas como «de risco»” (DGS, 2013, p.7).

Uma das atividades que gostaria de ter desenvolvido neste estágio prendia-se com a visita domiciliária ao recém-nascido e família. Infelizmente, pelas condicionantes do contexto pandémico, tal não foi possível, sendo que, na tentativa de evitar a propagação da COVID-19, as visitas foram suspensas e realizadas apenas em casos muito específicos. Apesar desta limitação, propus uma reunião com a EEESIP que exerce funções no NACJR e que realiza as visitas domiciliárias ao recém-nascido e família de risco, com o objetivo de compreender de que forma as dinâmicas foram alteradas e qual o impacto destas alterações nas famílias.

Assim, as primeiras questões colocadas à EEESIP prenderam-se com o funcionamento do NACJR: “como funciona o NACJR?”; “como é constituída a equipa?”; “quando são realizadas as visitas?”. Como me informou a EEESIP a visita domiciliária é feita no âmbito da calendarização das atividades do NACJR. O NACJR foi criado em 2007 e é constituído por uma equipa multidisciplinar interna, de que faz parte a EEESIP, em constante articulação com as instituições locais e que tem como objetivo a deteção e orientação de negligências e maus-tratos de crianças

e jovens na sua comunidade. O NACJR realiza a visitação domiciliária todas as semanas, dispondo para o efeito do veículo automóvel designado por Unidade Móvel. Contudo, no atual contexto pandémico, a sua atividade foi reduzida, apenas sendo realizada em casos muito particulares, e com recurso a equipamento de proteção individual próprio, que tem de ser racionado.

Outro grupo de questões que coloquei relacionaram-se com o desenvolvimento da visitação domiciliária: “como são sinalizados os recém-nascidos para a visitação domiciliária”, “qual a intervenção do EEESIP na visitação domiciliária?”. Tal como explicou a EEESIP, os recém-nascidos visitados são previamente sinalizados pelo NACJR, para que se faça uma avaliação da família nos primeiros dias de pós-parto. Habitualmente a visita é realizada entre a primeira e segunda semanas de vida do recém-nascido, com o objetivo de avaliar a adaptação do sistema familiar à nova realidade. A visitação domiciliária a estas famílias reveste-se de uma importância crucial, uma vez que permite identificar as suas necessidades, no seu ambiente natural, tentando encontrar soluções para as dificuldades apresentadas, com o objetivo último de providenciar a saúde e o bem-estar do bebé. De forma geral, a intervenção com estas famílias consiste em promover a vinculação mãe-pai-bebé, promover o aleitamento materno, melhorar a ligação da família à UCSP, alertar para a necessidade de fazer uma vigilância de saúde adequada, e acima de tudo, discutir dúvidas e promover as competências dos pais através da educação para a saúde.

O terceiro grupo de questões que coloquei relacionou-se com as transições familiares em contextos de risco: “que transições são experienciadas por estas famílias?”; “como é vivida a transição para a parentalidade?”; “como se desenvolve o acompanhamento a estas famílias?” Na perspetiva da EEESIP, para além da transição para a parentalidade, a maior parte das famílias experienciam outro tipo de transições, como as transições de desenvolvimento individual, transições situacionais ou até transições de saúde-doença. Nas situações acompanhadas verifica-se a existência de grupos bastante desfavorecidos, com famílias em forte risco de exclusão social, com diversas carências sociais e financeiras, e onde as competências parentais para cuidar do recém-nascido poderão não ser verificadas de forma satisfatória. Assim, no contexto pandémico, o acompanhamento é feito através do contacto telefónico nos primeiros dias após a alta hospitalar, para aferir as principais dúvidas e preocupações dos pais, mostrando disponibilidade e interesse pela situação da família, despistando situações de risco, e simultaneamente, agendando a consulta

presencial na UCSP, que permitirá conhecer a família e adequar a intervenção de enfermagem.

O último grupo de questões que coloquei relacionou-se com o impacto da pandemia nas famílias consideradas em risco: “que dificuldades acrescidas identifica face à transição para a parentalidade nas famílias sinalizadas?”; “qual a intervenção do EEESIP na gestão da emocionalidade destas famílias?”. Na perspectiva da EEESIP, a pandemia por COVID-19 tem sido um acontecimento muito impactante nas famílias acompanhadas pelo NACJR. A maior parte das famílias acompanhadas possui uma rede de apoio muito frágil e dependente das estruturas sociais, como por exemplo as famílias migrantes oriundas da Ásia meridional, que na sua maioria são muito jovens, possuem uma rede familiar escassa, condições de habitação degradadas, empregos precários, o que no seu conjunto, representa uma dificuldade acrescida na transição para a parentalidade, exacerbada pela pandemia. Para além disso, o acesso aos serviços de saúde está limitado, desta forma o fluxo de consultas quer em meio hospitalar, quer nos cuidados de saúde primários diminuiu, sendo que muitas famílias acabam por vivenciar este processo de forma muito solitária, com poucos recursos pessoais, originando uma maior ansiedade e preocupação no processo de cuidar do seu filho. A intervenção do EEESIP neste âmbito visa prestar apoio educacional e emocional a estas famílias, sendo fundamental a visita domiciliária, pelo que é desejável a manutenção das visitas, alargando o número de elementos de enfermagem na equipa, o que, no contexto pandémico, é um verdadeiro desafio.

3. Reflexão

Para Graça (2010) a visita domiciliária a recém-nascidos é fundamental para as famílias, uma vez que permite a individualização dos cuidados no seu ambiente natural, diminuindo a tensão quanto à revelação de preocupações e necessidades, constituindo um excelente modelo de intervenção no aconselhamento, orientação e ajuda às famílias. Para além disso, a visita domiciliária a famílias de risco permite providenciar suporte social adicional e melhorar a dinâmica familiar, constituindo-se como meio ideal para múltiplas intervenções. De facto, conhecer as particularidades de cada sistema familiar no seu ambiente natural reveste-se de uma especial importância para o EEESIP, que desta forma, poderá adequar da melhor forma a sua

intervenção, tendo em conta as distintas realidades com que é defrontado. A intervenção do EESIP é essencial, quer pela promoção das competências parentais e familiares, quer pela prevenção da ocorrência de situações de risco, assegurando os direitos do recém-nascido. E, fundamentalmente, a visitação domiciliária é essencial também porque permite “o cuidado à saúde de forma mais humana, acolhedora, estabelecendo laços de confiança entre os profissionais e os usuários, a família e a comunidade” (Andrade, Guimarães, Costa e Gois 2014, p.165)

Também a OMS e a UNICEF recomendam visitas domiciliárias na primeira semana de vida do bebé, com o objetivo de diminuir a mortalidade e morbilidade dos recém-nascidos, já que é neste período que se verifica o maior número de problemas materno-infantis (OMS/UNICEF, 2009). De acordo com o parecer nº 12/2011 do Conselho de Enfermagem da OE (OE, 2011) a visitação domiciliária deve constituir-se como um dos pilares dos cuidados materno-infantis, assegurando a redução da mortalidade infantil e melhorando a qualidade de vida das crianças. Assim, seria desejável encontrar estratégias para realizar a visitação domiciliária a um maior número de recém-nascidos da UCSP, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados, o que se irá refletir positivamente na vida das crianças e famílias a longo prazo.

4. Conclusão

A presente atividade permitiu-me desenvolver competências relativamente à técnica da entrevista, com o intuito de promover a reflexão sobre as práticas. A partilha das principais conclusões com a restante equipa de enfermagem foi realizada em contexto de trabalho, de forma informal, uma vez que pelo contexto pandémico, não foi possível reunir os elementos para a realização de uma ação de formação sobre o tema.

Em jeito de síntese, posso afirmar que o desenvolvimento desta atividade constituiu uma experiência de aprendizagem e desenvolvimento muito enriquecedores, na medida em que me permitiu refletir sobre a intervenção do EESIP no âmbito da visitação domiciliária em contextos de risco, bem como compreender o impacto adicional que a pandemia por COVID-19 representa para as famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade

Referências bibliográficas

DGS (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

Andrade, A.; Guimarães, A.; Costa, D.; Gois, C. (2014). Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 23(1):165-175. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/273428562_Visita_domiciliar_validacao_de_um_instrumento_para_registro_e_acompanhamento_dos_individuos_e_das_familias

Graça, L. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno – estudo quasi-experimental*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tese de Doutoramento. Disponível em:

<https://repositorio.ul.pt/handle/10451/3710?locale=en>

Ordem dos Enfermeiros (2011). Competências dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Familiar, Saúde Infantil e Pediátrica e Saúde Materna e Obstétrica para o exercício da visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido. Conselho de Enfermagem. Parecer n.º 12 / 2011.

OMS/UNICEF (2009). Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia. Ginebra. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70002?locale-attribute=es&mode=full>

**APÊNDICE VII – Síntese reflexiva: Ensino Clínico na
Consulta de Desenvolvimento de Pediatria**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

11º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM NA

ÁREA DE ESPECIALIDADE DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

-Síntese reflexiva-

**Ensino clínico na Consulta de Desenvolvimento de
Pediatria**

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Discente: Ana Lúcia Duarte Marques (aluno nº4006)

Lisboa, 2021

1. Justificação da atividade

O presente trabalho, realizado no âmbito do estágio na Consulta de Desenvolvimento de Pediatria, pretende partilhar as experiências mais relevantes neste contexto, sendo uma ferramenta fundamental para o desenvolvimento das aprendizagens. Deste modo, segue-se uma reflexão sobre algumas situações de cuidados, visando a compreensão da intervenção do EESIP na gestão da emocionalidade da criança, jovem e família.

2. Reflexão

O estágio realizado na Consulta de desenvolvimento de Pediatria decorreu no mês de janeiro de 2021 e teve a duração de duas semanas. Neste estágio tive a oportunidade de observar as dinâmicas e métodos de trabalho da equipa multidisciplinar, bem como observar e colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família que recorrem à Consulta de Desenvolvimento, refletindo sobre a intervenção do EEESIP neste âmbito.

Neste período pude constatar que grande parte das crianças e adolescentes que frequentam a Consulta de Desenvolvimento apresentam doenças crónicas (como asma ou diabetes, cardiopatias, entre outras) ou perturbações do neurodesenvolvimento (relacionadas com as perturbações motoras, do desenvolvimento intelectual, do sono, da linguagem, da atenção, do espectro do autismo, entre outras), sendo habitual a sua presença naquele serviço. Apesar de ser grande a complexidade das situações vividas por estas famílias, verifica-se que a elevada recorrência a esta Unidade permite o desenvolvimento de uma relação terapêutica dinâmica entre o sistema familiar e o enfermeiro, pautada pelo conhecimento e confiança mútuos, muitas vezes de largos anos, facilitando o processo do cuidar.

A adaptação às mudanças na saúde da criança e do jovem exigem uma alteração na dinâmica familiar que pode ser bastante complexa, exigindo novos padrões de resposta ao nível das capacidades, relações e papéis. Em todo este processo, a intervenção do EEESIP na avaliação e resposta às necessidades do sistema familiar são decisivas para alcançar uma transição com sucesso. Como

salientam Schumacher e Meleis (2010) as transições ocorrem devido a um evento significativo que dá origem a um processo complexo e multidimensional. Neste sentido, a vivência de uma transição saúde/doença crónica na infância, impele a criança e a família para um conjunto de alterações na dinâmica familiar, o que implica um novo conjunto de comportamentos e atitudes relativos ao autocuidado, à reorganização de papéis, à gestão da doença e do regime terapêutico.

Nas consultas relacionadas com a doença crónica ou com o neurodesenvolvimento da criança, pode observar que existe um plano de saúde que é implementado e gerido pelo enfermeiro e pela família, em parceria constante ao longo do tempo, no sentido de procurar maximizar a saúde da criança e do jovem. De forma geral, este plano pretende promover a adaptação do sistema familiar à doença crónica no sentido da adoção de comportamentos que beneficiem a sua saúde.

Nas primeiras consultas, o enfermeiro faz uma primeira apreciação do sistema familiar onde são abordadas as preocupações dos pais, os conhecimentos que têm sobre o problema de saúde da criança e o modo como a situação tem alterado a vida quotidiana. É avaliada, juntamente com a criança e a família, a forma como é vivenciada a doença, a comunicação interna no sistema familiar, a existência de problemas relacionais, as dificuldades no autocuidado e a existência de sistemas de suporte na comunidade. Para além disso são avaliados aspetos mais técnicos como a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, entre outros parâmetros.

Nas consultas seguintes, o enfermeiro avalia as necessidades do sistema familiar elaborando, em parceria com a criança e família, um contrato educativo onde são definidos objetivos que visam a aprendizagem de habilidades e o desenvolvimento de competências na gestão do processo específico de saúde/doença. Nas consultas posteriores o contrato educativo vai sendo avaliado e ajustado, de acordo com as necessidades da criança e da família e o desenvolvimento das suas capacidades.

Durante este estágio tive a oportunidade de participar também na consulta de obesidade infantil e juvenil. Esta consulta é dirigida principalmente a adolescentes, sendo que o acompanhamento é realizado de 3 em 3 meses, alternando a consulta médica com a consulta de enfermagem.

À semelhança das outras consultas, nesta consulta pretende-se implementar um plano de saúde, em parceria com o adolescente e a família, capaz de potenciar o desenvolvimento harmonioso do adolescente. Para isso foi fundamental, em primeiro lugar, inteirar-me sobre a estrutura, funcionamento e contexto do sistema familiar, a fim de conhecer o jovem e a família, alvos da minha intervenção. Durante todas as consultas procurei sistematicamente a participação do jovem, utilizando técnicas de comunicação adequadas ao seu estado de desenvolvimento. Assim, procurei saber as motivações que levavam o adolescente a ter recorrido à consulta com questões como “o teu peso é um problema para ti?”, “de que forma a tua imagem constitui um problema no teu dia-a-dia?”, “o que achas que podes fazer para alterar esta situação?”. Todas estas questões visavam facilitar a comunicação expressiva das emoções por parte do adolescente permitindo, ao mesmo tempo, avaliar as suas necessidades e reforçar a relação terapêutica.

Depois desta primeira abordagem, a minha intervenção pretendeu capacitar o adolescente e a família para a adoção de um estilo de vida saudável, salientando a importância do exercício físico e de uma alimentação saudável. Para esse efeito foi necessário transmitir informações ao adolescente sobre a roda dos alimentos, a composição de uma refeição saudável, a forma de leitura dos rótulos das embalagens, os exercícios físicos mais adequados para o seu estilo de vida, entre outros aspetos. Relativamente aos pais, a minha intervenção visou o reforço das suas competências, procurando que transmitam um modelo de comportamento alimentar saudável, sensibilizando-os para a promoção das refeições em família com o estabelecimento de um correto horário das refeições, limitação das porções servidas em cada prato, limitação do comportamento sedentário do adolescente, estimulação para as atividades ao ar livre, entre outros aspetos.

Por fim, era negociado com o adolescente um contrato de saúde, com objetivos faseados, a fim de o responsabilizar pelas suas decisões e compromissos, reforçando sempre a sua autoimagem, a sua autoestima e a sua autodeterminação nas escolhas de saúde.

Durante este estágio tive também a oportunidade de realizar a consulta de enfermagem de neonatologia. Esta consulta é direcionada para todos os recém-nascidos com idade gestacional inferior a 32 semanas de gestação, peso neonatal inferior a 1500g, ou ainda recém-nascidos que necessitem de acompanhamento por

outras especialidades pediátricas. Nesta consulta, à semelhança das anteriores, a função do EESIP visa promover o crescimento e desenvolvimento infantil e promover a transição para a parentalidade, no sentido de maximizar o potencial da criança.

Assim sendo, nas consultas de neonatologia que realizei, a minha intervenção centrou-se no desenvolvimento das competências parentais. Para isso, foi necessário avaliar as competências dos pais, orientando a minha intervenção para as suas dificuldades e para o reforço dos conhecimentos, capacidades e habilidades, a fim de promover uma transição para a parentalidade com sucesso.

No decurso das minhas consultas foram reforçados os conhecimentos acerca relativas da alimentação, higiene, segurança e vigilância de saúde do recém-nascido, bem como aspetos relacionados com a vinculação ao recém-nascido. De facto, como tem vindo a ser apontado pela literatura, no caso dos recém-nascidos prematuros ou com necessidades especiais que estiveram internados numa UCIN, o processo da vinculação está particularmente dificultado, podendo originar uma transição para a parentalidade tardia (Shin & White-Traut, 2010). Tendo em conta esta realidade, procurei encontrar sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família os aspetos relacionados com a interação na tríade, o que passou pela utilização de estratégias como: a promoção de contacto físico e da amamentação; a promoção do envolvimento nos cuidados ao bebé; e, a sensibilização para as suas competências.

A intervenção do EESIP no âmbito da consulta de desenvolvimento requer a capacitação das crianças e das famílias para lidar com os seus processos de saúde-doença, e simultaneamente, requer competências emocionais na gestão das transições dos processos de saúde-doença das crianças e famílias. De facto, Martinho e Diogo (2020) parafraseando Joyce e Barros (2005), referem que quando o enfermeiro assegura informação ao cliente está a fornecer-lhe recursos que possibilitam atenuar a intensa emocionalidade experienciada.

Contudo, os estados emocionais negativos poderão comprometer o entendimento e assimilação da informação, e por outro lado, a informação insuficiente poderá conduzir à falta de sentimentos de controle e emocionalidade negativa (Martinho Digo, 2020). Assim sendo, a gestão recíproca das emoções e da informação no cuidado à criança e família tornam-se fundamentais na intervenção do EESIP.

No seu algoritmo de gestão recíproca das emoções e da informação, Martinho e Diogo (2020) enumeram algumas estratégias para potenciar o controle emocional da criança e família, como sejam: estratégias de comunicação (comunicar através do brincar, usar linguagem simples, escutar e perceber o outro, ser empático e facilitar a expressão de sentimentos); estratégias não farmacológicas para o 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) e estratégias de antecipação (postura calma e carinhosa, fornecer explicações) bem como estratégias reativas (como por exemplo desviar o foco da atenção).

Este algoritmo é bastante pertinente para a intervenção do EESIP na prática dos cuidados na consulta de desenvolvimento, uma vez que promove uma intervenção holística de enfermagem, promovendo bem-estar, sentimento de controlo e capacitação da criança e família (Martinho & Diogo, 2020).

3. Conclusão

A realização do estágio na Consulta de Desenvolvimento de Pediatria permitiu-me contactar com diferentes crianças e famílias a vivenciar diferentes transições, relacionadas com processos de adaptação à doença crónica, perturbações do neurodesenvolvimento, transição para a adolescência ou para a parentalidade. Isto permitiu-me desenvolver conhecimentos, habilidades, técnicas e estratégias de comunicação exigindo um investimento aprofundado nas referidas áreas, o que me permitiu sistematizar conhecimentos e adaptar a minha intervenção, construindo um plano promotor da saúde em parceria com a família.

Neste contexto, penso que intervenção do EEESIP no âmbito das consultas externas de pediatria é primordial, por diversos fatores como sejam: a avaliação que realiza do sistema familiar e das suas necessidades; a orientação antecipatória que providencia às famílias; assim como, a gestão que faz do bem-estar emocional da criança em parceria com a criança e a família. Estes fatores permitem ao enfermeiro implementar um plano de saúde promotor de uma transição saúde/doença próspera, caracterizada pelo desenvolvimento das competências familiares que potenciem o desenvolvimento da criança.

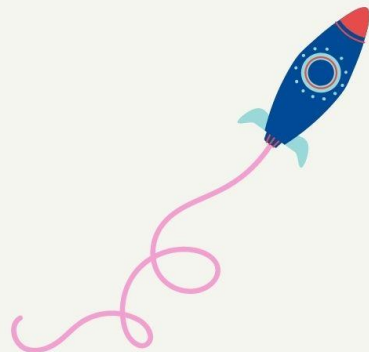
Referências Bibliográficas

- Martinho, L. & Diogo, P. (2020). Gestão recíproca das emoções e da informação no cuidado à criança e família: proposta de um algoritmo de atuação em enfermagem. *Revista Pensar Enfermagem*. Vol.24. nº1(7-15)
- Schumacher, K. & Meleis, A. (2010). Transitions: A Central Concept in Nursing. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Shin, H.& White-Traut, R. (2010).The conceptual structure of transition to motherhood in the Neonatal Intensive Care. In A. I. Meleis, *Transitions Theory* (p. 641). NY: Springer Publishing Company, inc.

**APÊNDICE VIII – Manual para a promoção do
desenvolvimento da linguagem na criança**

A evolução da linguagem e da fala é um indicador do desenvolvimento cognitivo da criança que pode influenciar o desempenho escolar futuro.

É essencial que os cuidadores saibam utilizar estratégias que estimulem o desenvolvimento da linguagem de acordo com cada etapa de desenvolvimento.



Elaborado por Ana Lúcia Marques, no âmbito do 11º Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação da Prof. Dr. Paula Diogo e Enfermeira Patrícia Pereira.

Bibliografia:

Fundação Aga Khan (2019). Ler+ dá saúde: Ler em família (1ª edição)
Fundação Aga Khan Portugal. ISBN 978 989 9979581

Fundação Aga Khan (2019). Ler+ dá saúde: Promover atitudes e comportamentos das famílias que favoreçam a literacia, (1ª edição).
Fundação Aga Khan Portugal. ISBN 978 989 9979581



**Como estimular a
linguagem da
criança?**

0-3 meses

Fale com voz suave e sorria durante as atividades que realiza com o bebê (troca da fralda, amamentação, banho, etc.).

Mantenha o contacto ocular com o bebê durante os cuidados.

Repita os sons emitidos pelo bebê.

Mantenha a amamentação, uma vez que estimula o crescimento e desenvolvimento da musculatura da face e boca, contribuindo futuramente para a correta pronúncia das palavras.



3-6 meses

Conte histórias simples, curtas e imite o barulho dos animais com diferentes tons de voz.

Cante músicas alegres e ritmos variados, faça expressões faciais exageradas.

Aproveite os momentos do banho para nomear as partes do corpo.

Brinque ao "cucu, onde estás tu?" Tape o rosto com um pano ou com as mãos e peça ao bebê para o encontrar.



9-12 meses

Estimule o bebê a manter o diálogo demonstrando interesse em conversar com ele.

Nomeie os objetos quando o bebê pedir ou apontar com o dedo.

Ensine palavras novas e faça perguntas simples: "onde está a bola?"



6-9 meses

Mostre livros e aponte para as figuras.

Ensine os sons de objetos (o carro e o comboio) e sons do ambiente (chuva, vento).

Coloque o bebê e frente a um espelho, aponte e diga o nome do bebê, e em seguida o seu próprio nome.

Ensine gestos como: bater palmas, mandar beijinhos e dizer "adeus".

12-18 meses

Conte histórias e interprete.

Pergunte o nome da criança.

Peça que lhe aponte as suas partes do corpo: "onde está o nariz?"

Quando a criança pedir algo por gestos, questione, de forma a incentiva-la a explicar-se.

Peça para executar pequenas tarefas: "dá a bola".



18-24 meses

Passeie com a criança e fale sobre as coisas que veem. Descreva o que está a fazer, sentir e ouvir.

Fale de forma correta.

Evite usar palavras no diminutivo que se tornam mais difíceis de reproduzir pela criança.



24 meses

Estimule a criança a dar vida aos personagens das histórias

Utilize fantoches ou outros brinquedos para simular um diálogo.

Ensine a cumprimentar, despedir, agradecer e pedir desculpas.

Descreva as atividades que fazem em conjunto, acrescentando novas palavras e frases.

Mantenha o hábito da leitura, escolhendo livros com figuras grandes e coloridas.



3 anos

Estimule o hábito de leitura e continue a contar histórias.

Peça à criança para recontar a história que ouviu.

Ensine músicas, rimas e lenga-lengas.

Questione a criança estimulando-o a falar sobre as suas brincadeiras: "como se chama o teu ursinho?"



4 anos

Leia histórias cada vez maiores.

Estimule a criança a inventar e contar as suas próprias histórias.

Incentive a criança a falar do seu dia: o que almoçou, como foi o passeio, o que brincou, o que desenhou.

Ensine conceitos como os tamanhos, consistências, temperatura, entre outros.

5 anos

Incentive a criança a falar dos seus sentimentos, ideias, sonhos, desejos e medos.

Ajude a criança a utilizar cada vez mais vocábulos para se expressar.

Questione e peça detalhes.

Leia contos mais complexos.

Ensine novas canções rimas e lenga-lengas.

6 anos

Mantenha o estímulo do gosto pela leitura.

Estimule a imaginação e peça para criar novas histórias.

Responda a todas as questões colocadas pela criança aproveitando para introduzir novos conceitos e vocabulário.



**APÊNDICE IX– Jornal de aprendizagem: Serviço de
Internamento Pediátrico**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

11º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM NA

ÁREA DE ESPECIALIDADE DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Jornal de Aprendizagem

- Serviço de Internamento Pediátrico-

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Discente: Ana Lúcia Duarte Marques (aluno nº4006)

Lisboa, 2021

1- Justificação da atividade

O presente trabalho, realizado no âmbito do estágio no Serviço de Internamento de Pediatria, pretende partilhar as experiências mais relevantes neste contexto, sendo uma ferramenta fundamental para o desenvolvimento das aprendizagens. Deste modo, segue-se uma reflexão estruturada de algumas situações concretas de cuidados, utilizando o Ciclo de Gibbs.

2- Reflexão

O estágio no serviço de internamento de pediatria foi para mim bastante enriquecedor na medida em que me permitiu contactar com diversas crianças, jovens e famílias, em situações distintas, como por exemplo, o internamento por diagnóstico de infeção respiratória, urinária ou gastro-intestinal; internamento em pré ou pós-operatório, ou ainda internamento por problemas de origem psiquiátrica ou social. O contacto com esta pluralidade de situações, crianças e famílias permitiu-me adquirir uma nova visão sobre as necessidades destes utentes em contexto de internamento, e, ao mesmo tempo, refletir sobre a intervenção do EESIP para a promoção de uma experiência de hospitalização o mais positiva possível.

As alterações provocadas pela hospitalização na vida da criança e da família, fazem com que esta situação seja encarada como um verdadeiro evento crítico, obrigando crianças e famílias a incorporar as mudanças, alterar o seu comportamento e redefinir a sua identidade, para se adaptar à nova realidade. Para Meleis (2010) este processo corresponde aquilo a que a autora designa como transição. A transição é definida por Meleis e Trangenstein (2010) como a passagem de uma fase da vida, condição, ou estado para outro, referindo-se tanto ao processo, como ao resultado de complexas interações entre a pessoa e o ambiente.

A hospitalização num serviço de internamento pediátrico é um evento extremamente perturbador não só para a criança, como também para a família, podendo ser gerador de stress, ansiedade e, em alguns casos, trauma. Para a criança a alteração das rotinas quotidianas, a separação do meio familiar, o ambiente altamente tecnológico e por vezes assustador, e a necessidade de realizar exames

complementares de diagnóstico ou tratamentos dolorosos, entre outros, podem ter efeitos bastante negativos para o seu desenvolvimento (Salmela, Salanterä & Aronen, 2009; Hockenberry & Wilson, 2014; Vilelas, Diogo, Rodrigues & Almeida, 2017;). No caso dos pais, a hospitalização de um filho constitui-se também como um evento perturbador pela mudança de ambiente, a separação dos restantes familiares, interrupção das atividades quotidianas, sentimento de perda da normalidade, insegurança no papel parental, alterações financeiras e dor pelo sofrimento do filho (Magalhães, 2011).

Ao longo deste estágio pude aperceber-me que, de facto, a hospitalização da criança constitui-se como verdadeiro evento crítico, dando origem a um processo de transição, que, necessariamente, implica uma mudança no estado de saúde, nas relações e nos comportamentos, tal como afirmam Meleis *et al.* (2010). E se por um lado a hospitalização da criança pode ser considerada uma transição situacional, relacionada com a mudança de papéis e de contexto do sistema familiar, por outro, pode ser considerada como uma transição saúde-doença, já que implica alterações de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica, que inclui o conhecimento de um diagnóstico, a intervenção cirúrgica em alguns casos, a reabilitação e a recuperação. Este processo de transição vai implicar, uma adaptação às mudanças decorrentes da doença e da hospitalização, exigindo, da família e da criança, novas formas de organização, requerendo o desenvolvimento de capacidades para lidar com o stress, a ansiedade, as dificuldades e as incertezas existentes.

Para capacitar as crianças, jovens e famílias nos seus processos de transição em contexto de internamento hospitalar, a minha intervenção de enfermagem durante este ensino clínico focou-se na promoção do desenvolvimento das competências parentais. De facto, os pais são o principal sistema de apoio e segurança para a criança durante o internamento, podendo este período constituir-se como uma ocasião de aprendizagem e desenvolvimento familiar, onde o enfermeiro tem uma intervenção primordial.

Como referem Meleis *et al.* (2010), o conhecimento constitui-se como uma das propriedades da experiência de transição, sendo que a preparação antecipada, a consciencialização dos problemas, das dúvidas e também das necessidades, são um meio facilitador da vivência de todo o processo. Contudo, tal como afirmam Martinho

e Diogo (2020) a experiência de hospitalização na criança e família poderá despoletar estados emocionais perturbadores e impeditivos ao entendimento e assimilação da informação transmitida no internamento. Por outro lado, a informação insuficiente também poderá conduzir à falta de sentimento de controlo e emocionalidade negativa.

De facto, Lopes (2006) parafraseado por Martinho e Diogo (2020) considera que a gestão dos sentimentos está intimamente relacionada com a gestão da informação, tendo a última uma relação intrínseca com a gestão do bem-estar. Assim, “para que esta informação cumpra o seu papel precisa de ser contextualizada, repetida e garantida, facilitando a diminuição da angústia, ansiedade e medo” (Martinho e Diogo, 2020, p.10).

Deste modo, neste estágio foi essencial implementar intervenções que visassem dois eixos: a promoção das competências da criança e família e simultaneamente a promoção da sua gestão emocional. Assim sendo, durante este estágio, transmiti informações aos pais sobre os cuidados antecipatórios em relação a situações comuns e específicas; os cuidados para a recuperação e reabilitação da criança e do jovem; bem como o desenvolvimento saudável da criança e formas de o promover. Para além disso, a minha intervenção neste âmbito passou também por ajudar os pais a lidar com o período da hospitalização da criança, promovendo a sua regulação emocional, encontrando com eles estratégias de *coping* para lidar com o stress inerente às transições vividas, negociando cuidados em parceria, e encontrando estratégias para que pudessem ajudar a criança no seu processo de transição.

É claro que, as crianças podem passar por processos de transição distintos e, por isso, mais do que centrar-se num só tipo específico de transição, pais e enfermeiros necessitam de ter em conta os padrões de todas as transições significativas na vida da criança e do jovem. De facto, Meleis *et al.* (2010), referem que os indivíduos podem viver mais do que uma transição simultaneamente e que estas podem estar relacionadas. É, por isso, fundamental considerarmos se as transições são sequenciais ou simultâneas, a extensão da sobreposição entre transições, já que isso terá implicações na saúde e bem-estar da criança e da família, e por isso também, na intervenção de enfermagem com a criança e com a família, como na situação que se descreve em seguida.

Descrição

Uma jovem adolescente de 13 anos, com o diagnóstico de anorexia nervosa e depressão nervosa graves, com 15 anos, cerca de 30 Kg e uma IMC inferior a 17, estava internada no serviço há cerca de três semanas para vigilância da ingestão alimentar, acompanhamento nutricional, ganho de peso e massa muscular, bem como para avaliação endócrina, neurológica e pedopsiquiátrica.

Ao contrário dos outros jovens e crianças, a jovem tinha algumas indicações particulares nas rotinas do internamento que incluíam a deambulação mínima requerendo o mínimo esforço físico possível, refeições observadas presencialmente e a ida à casa de banho acompanhada, o que por vezes gerava algum conflito com a própria família e com a equipa. Para além disso a sala de videojogos, bem como o refeitório dedicado aos adolescentes estavam encerrados para evitar a transmissão de Sars-Cov-2, o que significava um maior isolamento da adolescente.

A família tentava estar presente a maior parte do tempo, no entanto, devido às limitações impostas pela COVID-19 em meio hospitalar, apenas era permitido um acompanhante no quarto. E se antes era incentivada a vinda de outros familiares e amigos próximos ao serviço, em contexto pandémico as visitas foram abolidas, deixando a adolescente com uma menor rede presencial que possibilitasse a expressão das suas emoções e dos seus sentimentos, sentindo de modo mais negativo os efeitos do isolamento no internamento.

Sentimentos

A situação vivida por esta jovem e família exigiu de mim uma especial atenção, tendo sido um processo algo exigente, na medida em que, no meu trabalho quotidiano não é habitual contactar com jovens desta faixa etária de especial complexidade. Assim foi necessário revisitar a minha própria adolescência, e simultaneamente analisar e compreender os comportamentos, atitudes, e sentimentos dos jovens de hoje. Como referido no Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2010), recordar a nossa própria adolescência pode ajudar a comunicar com os jovens, no entanto é importante não projetar os seus próprios conflitos da adolescência na interação com o adolescente.

Na minha prática reflexiva questioneei-me: Como é vivida a adolescência pelos jovens atualmente? Que necessidades têm os jovens nesta transição? Que emoções experienciam os jovens durante a pandemia? Como posso ajudar esta jovem e a família a viver as múltiplas transições em que estão implicadas?

A complexidade do internamento desta jovem torna-se ainda mais evidente pelas limitações hospitalares impostas pela pandemia, o que implica uma emocionalidade mais intensa e simultaneamente um menor apoio de outros membros da família e dos pares. De facto, muitas vezes esta jovem encontrava-se num silêncio e numa solidão profunda difíceis de gerir, o que me levava a dirigir-me com maior frequência ao seu quarto, para lhe fazer companhia, mas com intencionalidade terapêutica, levando-a a partilhar os seus pensamentos, expressar sentimentos, com objetivo de promover a regulação emocional e transformar positivamente a experiência vivida.

Partilho da opinião de Diogo e Baltar (2015) que referem que no desempenho do trabalho emocional, os enfermeiros imprimem afeto em cada ação e interação, ajudam a gerir as emoções da criança e do adolescente e "tornam-se pais num plano mental quando estão disponíveis para dar afeto e carinho" (Diogo & Baltar, 2015, p.159). E de facto este foi um sentimento constante na minha intervenção com a jovem, principalmente quando não dispunha da presença de uma figura afetivamente significativa, tendo assumido muitas vezes o papel de figura de referência, o que exigiu o desempenho do trabalho emocional.

Avaliação

Para promover a gestão das emoções da adolescente no contexto do internamento recorri ao Modelo TEEP (Diogo, 2019), que constitui uma orientação para a prática dos cuidados de enfermagem em pediatria no que se refere à gestão da emocionalidade, contribuindo para transformar as experiências stressantes e potencialmente traumáticas em momentos positivos e de crescimento pessoal. Este modelo inclui um conjunto de intervenções de enfermagem que se agrupam em cinco categorias de intervenção: promover um ambiente seguro e afetivo; nutrir os cuidados com afeto; facilitar a gestão das emoções dos clientes; construir a estabilidade na relação; e, regular a disposição emocional para cuidar; que no seu

conjunto, promovem a afetividade dos cuidados e a transformação positiva das emoções (Diogo, 2019).

No que se refere à primeira categoria, “promover um ambiente seguro e afetivo”, foi essencial o momento da apresentação à jovem e família, o acolhimento de forma cordial e compreensiva, demonstrando uma atitude de simpatia, afetiva e de disponibilidade com o outro, preservando a sua intimidade e segurança no quarto. Na apresentação à adolescente e família tive o cuidado de apresentar-me, em primeiro lugar, à adolescente, referindo o seu nome e validando como preferia ser chamada, dando uma mensagem clara de que ela era a pessoa principal, só depois se seguia a apresentação à mãe ou pai.

Quanto à segunda categoria, “nutrir os cuidados com afeto”, foi necessário manter sempre uma postura calma, serena, utilizando uma voz suave e afetuosa, utilizando o sorriso e o carinho como forma de promover uma interação positiva e conquistar a confiança da adolescente e família.

Relativamente à terceira categoria “facilitar a gestão das emoções dos clientes”, foi fundamental apostar no diálogo, utilizando uma linguagem simples e realista, evitando induzir respostas, pressionar ou criticar, sem juízos de valor. A promoção da escuta foi também essencial para a adolescente se sentir confortável na verbalização de dúvidas, e preocupações, considerando seriamente e com respeito, os comentários e questões colocadas. Foi também essencial valorizar as mensagens não verbais (silêncios, pausas, choro, expressões faciais, tom de voz), dando apoio e compreensão, mostrando empatia com as suas emoções: “imagino que isto é muito difícil para ti!”

No que respeita à quarta categoria “construir a estabilidade na relação”, foi necessário realizar intervenções de três tipos: envolvimento emocional, gestão de episódios conflituosos e equilíbrio de poderes. Assim, em alguns momentos, e principalmente na hora das refeições, foi necessário manter a harmonia e a serenidade da relação até então estabelecida, negociando metas de curto prazo de forma a evitar conflitos, sugerindo estratégias para a concretização das mesmas: “se preferires podes telefonar aos teus amigos...e quando terminares...se concordares...terminas de almoçar”.

Em relação à última categoria “regular a disposição emocional para cuidar”, foi necessário conseguir gerir as minhas próprias emoções para ajudar a adolescente, sendo fundamental analisar toda a experiência, partilhar e refletir conjuntamente com a equipa as situações vividas, tentando compreender e aceitar as reações da adolescente enquadrando-as à luz das transições, impregnadas em emoções, que estaria a viver.

Análise

Esta jovem estava a passar por vários processos de transição: transição de desenvolvimento (relacionada com a adolescência e a transformação da imagem corporal); transição de saúde-doença (relacionada com o processo de recuperação da patologia) e uma transição situacional (relacionada com a hospitalização). Ao mesmo tempo, também os pais se encontravam em transições distintas: a vivência do papel parental na fase da adolescência dos filhos; a vivência do papel parental como cuidador no processo de saúde-doença; e a vivência da situação da hospitalização da filha.

A acrescentar a esta problemática a pandemia por COVID-19 vem assumir-se como um fator possivelmente disruptivo, alterando condições sociais, socioeconómicas e comunitárias, com potencial impacto na saúde mental dos adolescentes. O estudo de O’Sullivan *et al.* (2021) verificou que, durante a pandemia, os adolescentes reportaram maiores níveis de isolamento social, depressão, ansiedade e um aumento de comportamento não adaptativo. Também o estudo de Whatelet *et al* (2020) verificou uma prevalência de ideação suicida, stress, ansiedade e depressão nos jovens estudantes do ensino superior durante este período.

É necessário conhecer as propriedades e as condições inerentes aos processos de transição para assim desenvolver intervenções de enfermagem que promovam respostas positivas (Meleis, *et al*, 2010). Neste sentido, é necessário compreender que a adolescência é uma fase da vida em que o jovem está face a um conjunto de tarefas que envolvem mudanças e transformações a nível físico, cognitivo e social, numa verdadeira transição de desenvolvimento, repleta de emocionalidade.

Neste campo, a minha intervenção de enfermagem centrou-se, antes de mais, na gestão da emocionalidade da jovem, através do estabelecimento de uma relação terapêutica onde a escuta ativa teve um papel fundamental. De facto, é fundamental ouvir o adolescente, respeitando os seus pontos de vista e liberdade de escolha, levando-o a refletir sobre o seu problema, ao mesmo tempo que se transmite informação. Contudo, a informação por si só não é suficiente para provocar mudanças. O desejo de mudança para alterar comportamentos não saudáveis depende da motivação intrínseca, do controlo pessoal de decisões, da autoestima e da autoconfiança, entre outros fatores (OE,2010).

Por este motivo, a minha intervenção com esta adolescente procurou centrar-se na expressão dos seus valores, conhecimentos, comportamentos, dificuldades e interesses, promovendo a partilha e a reflexão, com vista a favorecer o controlo e a responsabilidade pela sua própria vida. Já com a família, a minha intervenção passou por promover o desenvolvimento das competências parentais, sensibilizando os pais para as características específicas desta fase de desenvolvimento dos jovens, alertando-os para a necessidade de promover a autoconfiança, a autoestima e a autonomia da jovem, através do apoio e incentivo para fazer escolhas de forma responsável, com vista a uma mudança de atitude e adoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis.

Conclusão e Plano de Ação

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento caracterizada pelo desenvolvimento de competências sociais, do autoconceito, da autoestima e da gestão de emoções (Martins & Pereira, 2015). O afeto e o envolvimento emocional são atributos essenciais para cuidar (Diogo, Baltar, Santiago, & Prudêncio, 2017), tornando-se essenciais na relação com o adolescente. De facto, na interação com o adolescente o estabelecimento de uma relação de confiança que favoreça a vinculação é essencial para que “o adolescente seja capaz de se sentir beneficiado com esta relação e a convicção de não ser prejudicado” (OE, 2010, p.23).

Para o adolescente hospitalizado o contexto pandémico assume-se como um elemento de perturbação adicional, uma vez que isola socialmente os adolescentes, podendo agravar o seu estado emocional. Tendo em conta as limitações impostas

pela pandemia no contexto hospitalar, que mergulham o adolescente num maior isolamento durante o internamento, é necessária uma intervenção efetiva e afetiva por parte do enfermeiro especialista, onde o trabalho emocional seja valorizado, com o objetivo de transformar positivamente as emoções experienciadas, gerando uma maior confiança, menos conflitos e uma maior sensação de bem-estar em ambos os intervenientes da relação. Para além disso, seria essencial as instituições hospitalares reconsiderarem os seus planos de contingência, retomando a normalidade nos serviços de internamento.

Referências bibliográficas

- Diogo, P. & Baltar, P. (2015). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante. *E-book IV Congresso Internacional ASPESM: Padrões de qualidade em saúde mental Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. ISBN 978-989-96144-5-1. Disponível através de: https://www.researchgate.net/publication/275518304_Padrees_de_qualidade_e_m_saude_mental
- Diogo, P., Baltar, P., Santiago, D., & Prudêncio, A. (2017). Afeto na prática de cuidados à criança hospitalizada sem acompanhante: determinante da relação enfermeiro-cliente. Em P. Diogo, investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem (pp. 1-43). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um modelo orientador da prática (2ª versão revista) Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_e_m_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista
- Hockenberry, M. (2014). A Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). Wong: Enfermagem da criança e do adolescente. 49 –71. Loures: Lusociência.
- Magalhães, S. (2011) – A vivência de transições para a parentalidade face ao evento de hospitalização da criança. Dissertação de mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/1784>
- Martinho, L. & Diogo, P. (2020). Gestão recíproca das emoções e da informação no cuidado à criança e família: proposta de um algoritmo de atuação em enfermagem. *Revista Pensar Enfermagem*. Vol.24. nº1(7-15)
- Martins, C. & Pereira, M. (2015). Promover a saúde mental entre adolescentes...o desafio! *E-book IV Congresso Internacional ASPESM: Padrões de qualidade em saúde mental Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. ISBN

https://www.researchgate.net/publication/275518304_Padroles_de_qualidade_e_m_saude_mental

- Meleis, A. I. & Trangenstein, P. (2010). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6
- Meleis, A.I.; Sawyer, L.M.; Im, E.; Messias, D.K. & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. In: A. I. Meleis. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- O'Sullivan, K., Clark, S., McGrane, A., Rock, N., Burke, L., Boyle, N., Joksimovic, N., & Marshall, K. (2021). A Qualitative Study of Child and Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic in Ireland. *International journal of environmental research and public health*, 18(3), 1062. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/3/1062>
- Ordem dos Enfermeiros (2010) - Guia orientador das boas práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. A entrevista ao adolescente. *Cadernos da OE*, Serie I, nº.3, vol.1, 11-61
- Salmela, M., Salanterä, S., & Aronen, E. (2009). Child-reported hospital fears in 4 to 6-year-old children. *Pediatric nursing*, 35(5), 269–303.
- Vilelas, J., Diogo, P., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2017). Medos das Crianças dos 6-12 anos em Contexto de Urgência Pediátrica: O Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. In P., Diogo (coords). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. (p. 45-76). Loures: LUSODIDACTA
- Wathelet, M., Duhem, S., Vaiva, G., Baubet, T., Habran, E., Veerapa, E., Debien, C., Molenda, S., Horn, M., Grandgenèvre, P., Notredame, C. E., & D'Hondt, F. (2020). Factors Associated With Mental Health Disorders Among University Students in France Confined During the COVID-19 Pandemic. *JAMA network open*, 3(10), e2025591. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.25591>

**APÊNDICE X – Formulário de planejamento para formação
Interna**

Formulário de Planeamento de Formação Interna

Serviço	Pediatria
Designação da Ação de Formação	Transição para a parentalidade em contexto de pandemia: Intervenção de enfermagem na gestão da emocionalidade parental no serviço de internamento de pediatria.
Objetivos	• Analisar o impacto da pandemia na gestão da emocionalidade parental. • Sensibilizar para o trabalho emocional realizado pelos enfermeiros à luz do modelo TEEP. • Refletir sobre as estratégias de gestão emocional promotoras da parentalidade no decurso da pandemia.
Competências a adquirir	• Implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade. • Implementar intervenções facilitadoras da gestão emocional parental, em contexto de pandemia de COVID-19. • Desenvolver competências relacionadas com o trabalho emocional em enfermagem pediátrica. • Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a família. • Desenvolver um pensamento reflexivo sobre o domínio ético-legal das intervenções de enfermagem no contexto de pandemia.
Conteúdo programático	• Conceito de parentalidade • Fatores que influenciam a transição para a parentalidade • Transição para a parentalidade e hospitalização • Impacto da pandemia ao nível hospitalar

	• Impacto da pandemia na emocionalidade parental • Intervenções de enfermagem promotoras da gestão emocional parental no internamento de Pediatria.		
Destinatários (Grupo Profissional, Nº por Ação)	Enfermeiros do Serviço de Internamento de Pediatria		
Equipa Pedagógica	Enfermeiro João Esteves e estudante de MESIP Ana Lúcia Marques		
Coordenação	Enfermeira Helena Ribeiro da Silva		
Método (s) / Meio (s) Pedagógicos	Expositivo e participativo com análise das práticas.		
Tipo de Avaliação (Quantitativa ou Qualitativa)	Qualitativa		
Data (s)	13 de fevereiro de 2021		
Horário		Nº Total Horas	00h30min
Local	Sala de trabalho dos Enfermeiros		

Nota: O Formulário deve ser entregue na UFE com pelo menos **duas semanas de antecedência** da Ação de Formação a planear

APÊNDICE XI - Ação de Formação no Internamento de
Pediatria



Transição para a parentalidade em contexto de pandemia

Intervenção de Enfermagem na gestão da emocionalidade parental no serviço de
Internamento de Pediatria

Discente: Ana Lúcia Duarte Marques

Docente: Professora Doutora Paula Diogo

Enfermeiro Orientador: Enfermeiro Especialista em ESIP João Esteves

Objetivos



Analisar

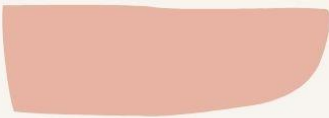
Analisar o impacto da pandemia na gestão da emocionalidade parental no âmbito da hospitalização.

Sensibilizar

Sensibilizar para o trabalho emocional realizado pelos enfermeiros à luz do Modelo TEEP.

Refletir

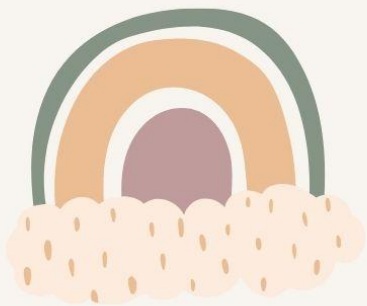
Refletir sobre estratégias de gestão emocional promotoras da parentalidade no decurso da pandemia.



Parentalidade

O conceito de Parentalidade é definido, pela CIPE, como a ação de tomar conta com as características específicas: assumir as responsabilidades de ser mãe ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto ao comportamentos de papel parental adequado ou não.

ICN (2011)



Transição para a parentalidade

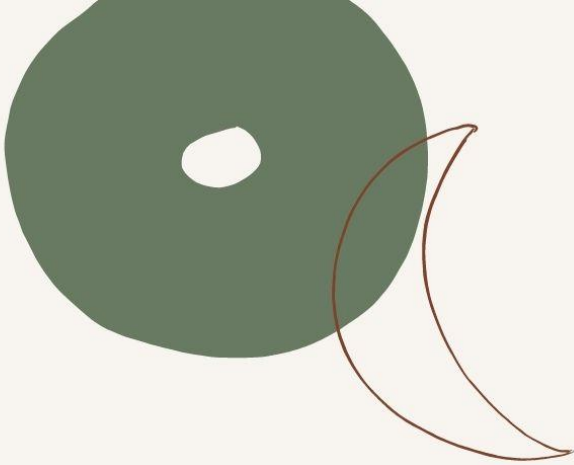
Processo pelo qual alguém se torna mãe ou pai, implicando uma transferência da realidade atual conhecida para uma nova e desconhecida realidade. Requer a reestruturação de objetivos, comportamentos e responsabilidades que permitem alcançar uma nova concepção de si próprio e de uma identidade.

Mercer (2010)

Identidade parental

- Fase antecipatória: início da experimentação de papel, mudanças sociais e psicológicas;
- Fase formal: nascimento do bebê e adaptação ao que é socialmente esperado;
- Fase informal: desempenho de papel de forma única e singular;
- Identidade de papel: confiança percebida no desempenho do seu papel

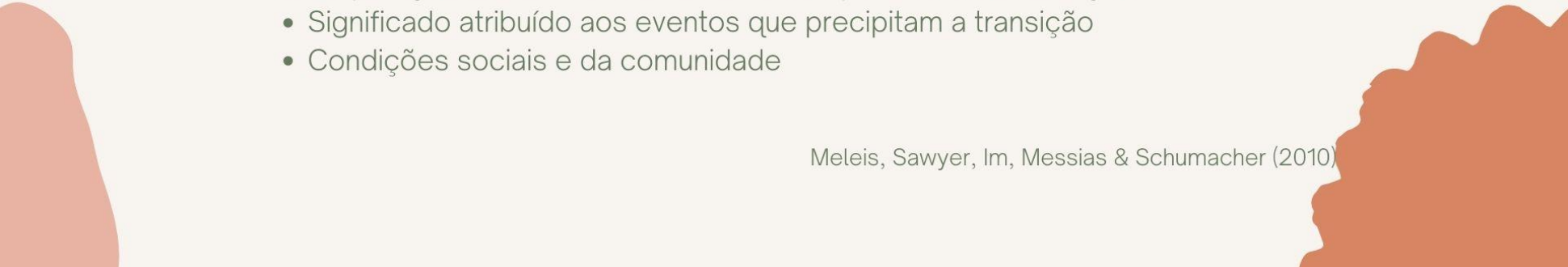
Mercer (2010)



Fatores que influenciam a transição para a parentalidade

- Condições pessoais
- Atitudes e crenças
- Condição socioeconómica
- Preparação ou conhecimento acerca do processo de transição
- Significado atribuído aos eventos que precipitam a transição
- Condições sociais e da comunidade

Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010)



Quando o bebé nasce prematuro...

- transição inesperada para a parentalidade
- consciencialização do estado vulnerável do bebé
- separação física da tríade

Shin & White-traut (2010)

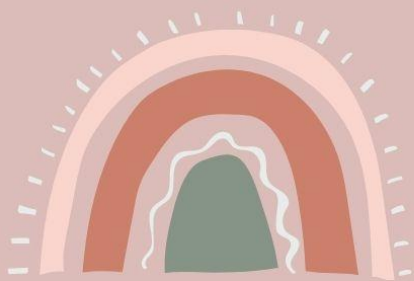
... originando...

- perturbação emocional
- dificuldade no comprometimento do papel parental

... devido a...

- ambiente hospitalar
- estado emocional parental
- condição do bebé
- diminutas oportunidades de interacção

Shin & White-traut (2010)





Pandemia por COVID-19

Alteração da organização e dinâmica dos serviços

medidas restritivas e limitações no acesso livre aos pais; eliminação das visitas para outros familiares.

Alteração dos cuidados neonatais e perinatais

limitações no contacto pele-a-pele; limitações no aleitamento materno.

Alteração da comunicação da família com a equipa de enfermagem

limitações no tempo disponibilizado aos pais para permanecerem na UCIN; uso de máscaras impeditivos da comunicação não-verbal; Insatisfação dos pais com o plano de contingência.

Impacto dos planos de contingência hospitalares na emocionalidade parental

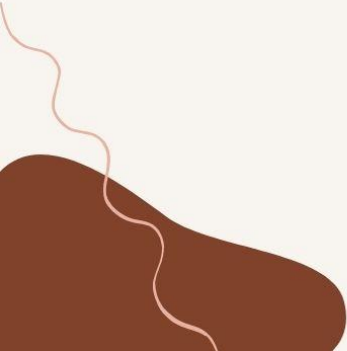
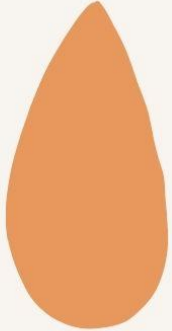


Maiores níveis de
ansiedade/stress e medo

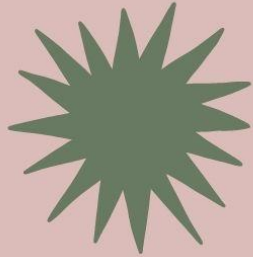
Menor autonomia nas
decisões e nos cuidados

Menor apoio diferenciado

Bainter *et al.*, (2020); Brown *et al.* (2020); Mahoney *et al.* (2020); Erdei & Liu (2020); Murray & Swanson, (2020).



Que intervenções de
enfermagem podemos
desenvolver na gestão da
emocionalidade parental, no
contexto da pandemia por
COVID-19?



*Parceria de
Cuidados*

Cuidar em Enfermagem Pediátrica

*Cuidados Centrados
na Família*

*Cuidados não
traumáticos*

Modelo de Trabalho Emocional em Pediatria

Integra os princípios da Enfermagem Pediátrica.

Facilita a gestão da emocionalidade da criança, família e do enfermeiro associada a situações de cuidados.

Contribui para a transformação das experiências negativas em momentos positivos e de crescimento pessoal, através da prestação de cuidados holísticos e humanizados, que promovem a compreensão do indivíduo e a relação terapêutica enfermeiro-utente



Diogo (2015, 2019)



Promover um ambiente seguro e afetivo



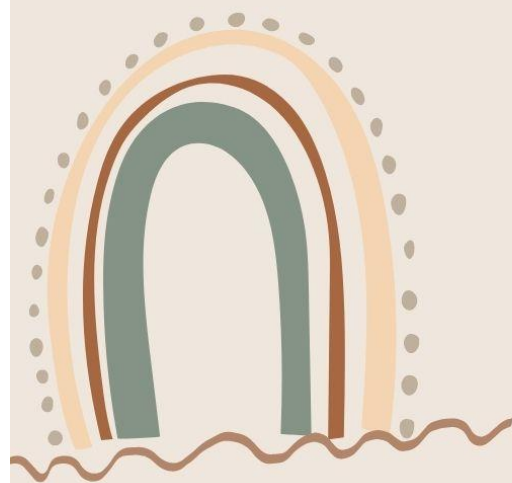
Acolhimento da família

Expressão de afeto

Geração de um ambiente
familiar e em sintonia com o mundo infantil

Afixação de Fotografias

Despedidas calorosas



Sorriso e olhar meigo

Tom de voz calmo

Falar animado

Expressões de carinho

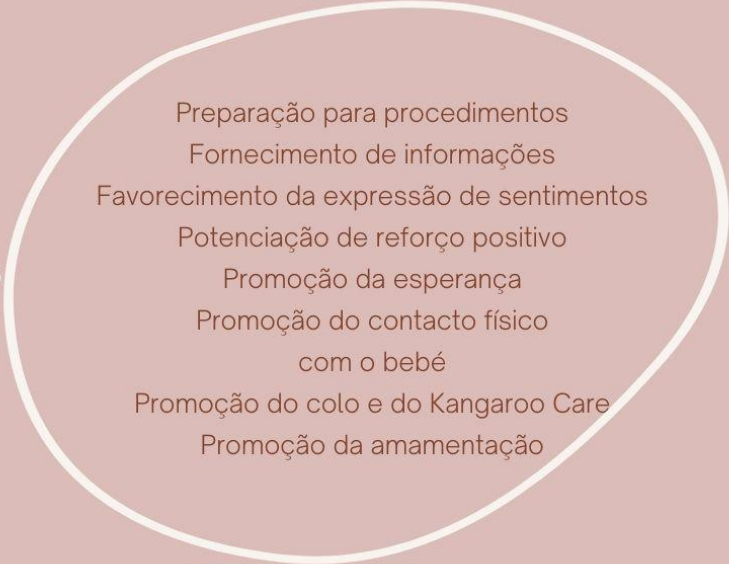
Dar colo e embalar

**Nutrir os
cuidados com
afeto**



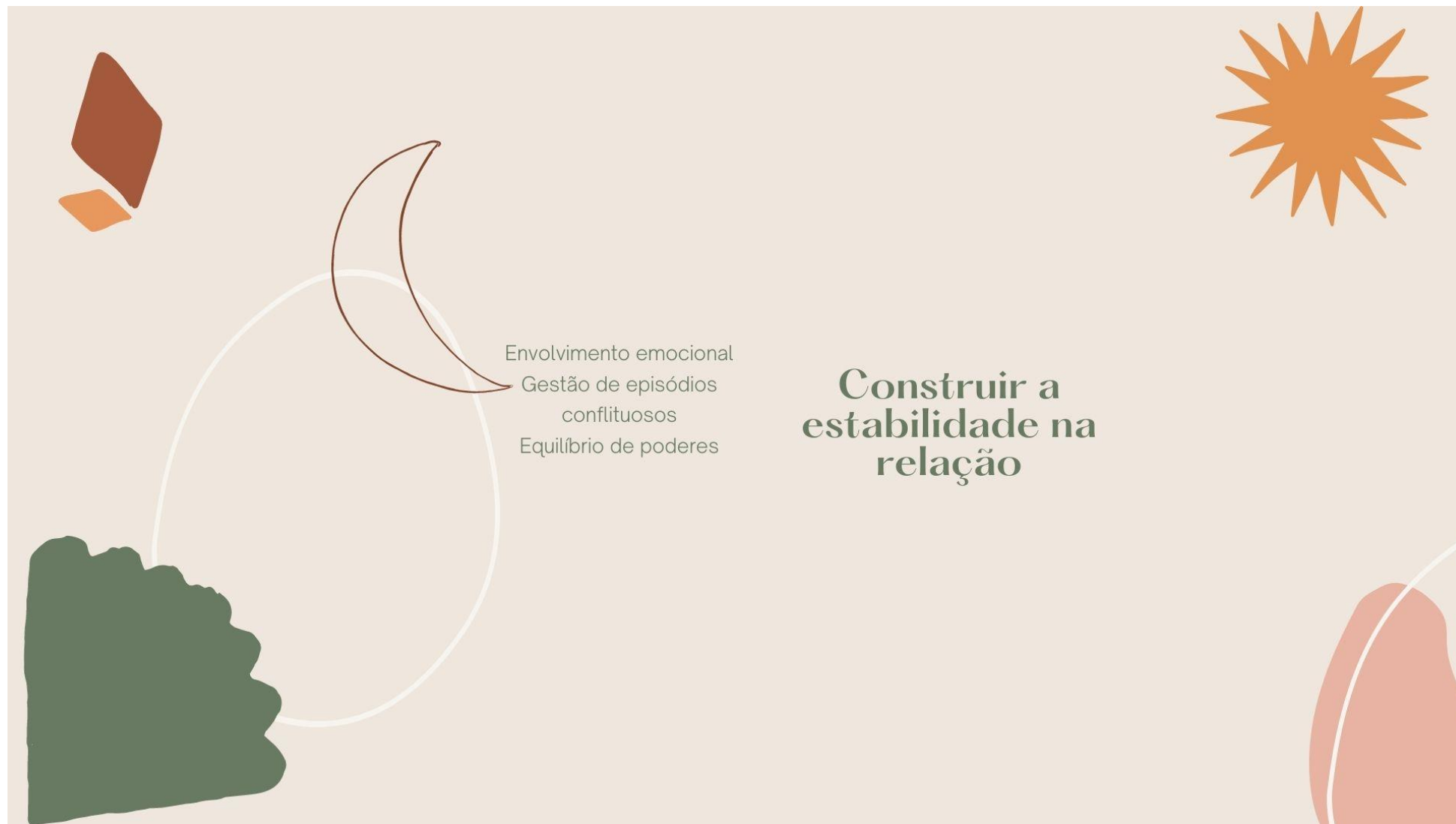


Facilitar a gestão das emoções dos clientes



- Preparação para procedimentos
- Fornecimento de informações
- Favorecimento da expressão de sentimentos
- Potenciação de reforço positivo
- Promoção da esperança
- Promoção do contacto físico
com o bebé
- Promoção do colo e do Kangaroo Care
- Promoção da amamentação

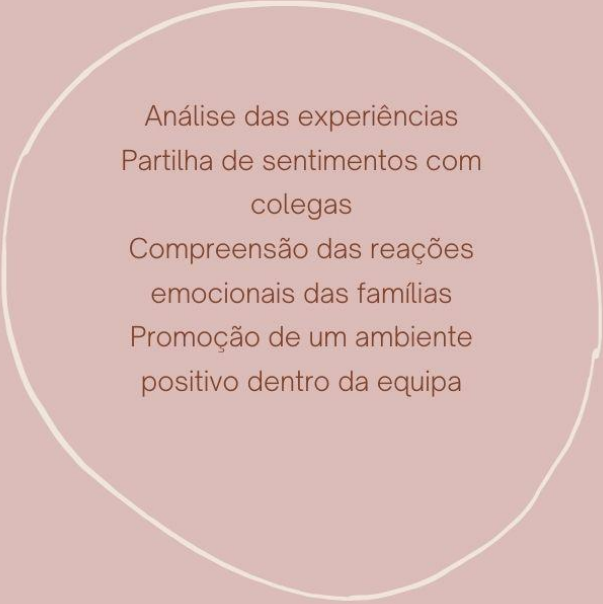




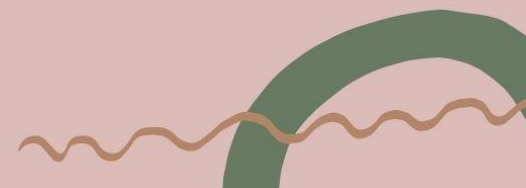
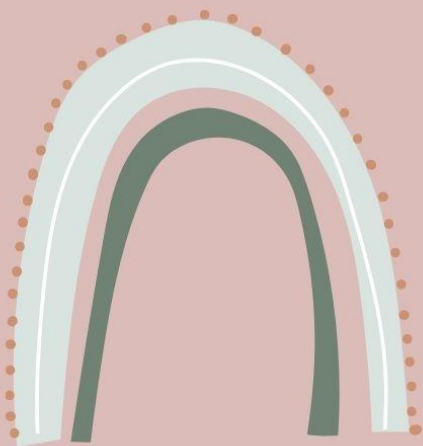
Construir a estabilidade na relação



Regular a disposição emocional para cuidar



- Análise das experiências
- Partilha de sentimentos com colegas
- Compreensão das reações emocionais das famílias
- Promoção de um ambiente positivo dentro da equipa





Que estratégias adicionais podemos desenvolver?



Promover a expressão de emoções parentais por meio da escrita no internamento

Incentivar o contacto com familiares por meio de videochamadas

Disponibilizar tempo para momentos de partilha

Enfatizar o trabalho emocional realizado nos registos de enfermagem

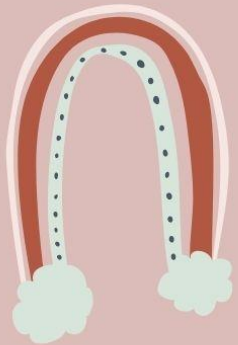




Partilha de experiências e análise conjunta



- Qual o impacto da pandemia na organização do Serviço de Internamento de Pediatria?
- De que forma a alteração da dinâmica dos cuidados influenciou a emocionalidade dos pais e crianças internadas no serviço?
- De que forma utilizo o trabalho emocional na prática dos cuidados?
- Que estratégias de gestão emocional promotoras da parentalidade podemos utilizar no serviço ? O que podemos melhorar no contexto atual?
- Como giro as minhas próprias emoções enquanto enfermeiro na prática dos cuidados?



Obrigada!

Referências bibliográficas

- Bainter *et al* (2020). Family Presence in the NICU: Constraints and Oportuniies in the Covid-19 era. *Pediatric Nursing*, 46, (256-259)
- Brown S., *et al* (2020). Stress and parenting during the global COVID-19 Pandemic. *Child Abuse & Neglect*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104699>
- Diogo (2015). Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (2ªed). Loures. Lusodidacta. ISBN: 9789898075468
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um modelo orientador da prática (2ª versão revista) Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista
- Erdei C, & Liu C. (2020). The downstream effects of COVID-19: a call for supporting family wellbeing in the NICU. *Journal of Perinatology*, 40 (1283–1285)
- ICN (2011). Classificação Internacional para a prática de enfermagem. Versão 2.0. Genebra.: ICN
- Mahoney,A. *et al.* (2020). Impact of restrictions on parental presence in neonatal intensive care units related to coronavirus disease 2019.*Journal of Perinatology* 40 (36–46)
- Meleis, A.I.; Sawyer, L.M.; Im, E.; Messias, D.K. & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. In: A. I. Meleis. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Mercer, R. (2010). Becoming a mother versus maternal role attainment. In A. Meleis, *Transitions Theory: Middle Rang and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing. ISBN 978-0-8261-0535-6
- Montes et al (2020) Neonatal nursing in the COVID-19 pandemic: can we improve the future? *Journal of neonatal nursing*. 26 (247-251). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/342859796_Neonatal_nursing_in_the_COVID-19_pandemic_can_we_improve_the_future
- Murray, P. & Swanson, J. (2020). Visitation restrictions: is it right and how do we support families inthe NICU during COVID-19? *Journal of Perinatology*, 40 (1576-1581) Disponível em <https://www.nature.com/articles/s41372-020-00781-1>
- Shin, H.& White-Traut, R. (2010).The conceptual structure of transition to motherhood in the Neonatal Intensive Care. In A. I. Meleis, *Transitions Theory* (p. 641). NY: Springer Publishing Company, inc.

**APÊNDICE XII– Síntese reflexiva: Ensino clínico na
Urgência Pediátrica**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

11º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM NA

ÁREA DE ESPECIALIDADE DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

-Síntese reflexiva-

Ensino clínico no Serviço de Urgência Pediátrico

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Discente: Ana Lúcia Duarte Marques (aluno nº4006)

Lisboa, 2021

1. Justificação da atividade

O presente trabalho, realizado no âmbito do Ensino Clínico no SUP pretende partilhar as experiências mais relevantes neste contexto sendo, uma ferramenta fundamental para o desenvolvimento das aprendizagens. Deste modo, segue-se uma reflexão sobre algumas situações de cuidados, visando a compreensão da intervenção do EEESIP.

2. Reflexão

Durante este estágio tive a oportunidade de cuidar de crianças e famílias na **sala de triagem**. Esta área mereceu um especial investimento da minha parte, visto ser uma área totalmente nova que requereu o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e habilidades que ainda não tinha explorado. De facto, a identificação dos sinais, sintomas e necessidades das crianças ou jovens em situação de urgência, constitui uma atividade de grande responsabilidade, exigindo ao EEESIP a mobilização de um vasto corpo de conhecimentos científicos e competências, que lhe permitam fazer a classificação e encaminhamento adequado a cada caso, num curto período de tempo.

Durante a triagem pude contactar com várias crianças, jovens e famílias com uma pluralidade de situações (crianças com agravamento de patologias crónicas, jovens com agravamento de situação psiquiátrica, crianças vítimas de traumatismos por acidentes ou quedas, entre outras). No entanto, verifiquei que a maior parte das crianças que triei apresentavam quadros benignos de infeção respiratória (com sinais e sintomas como febre, tosse, odinofagia, entre outros), ou quadros sugestivos de gastroenterite (com náuseas, dor abdominal, vómitos, entre outros). Numa grande parte dos casos as situações não apresentavam carácter urgente, podendo ser atendidas no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Esta constatação foi também verificada por Caldeira, Santos, Pontes, Dourado e Rodrigues (2006), num estudo realizado com 231 crianças num hospital pediátrico da região do Grande Porto. Os autores concluíram que a mediana de idades das crianças que recorreram ao Serviço de Urgência era de 3 anos, com diagnósticos frequentes de infeção ou dificuldade respiratória, concluindo que em 58,4% dos casos

não existiam critérios de urgência hospitalar, sendo que a procura ao serviço foi considerada inadequada. Os autores consideraram haver uma elevada proporção de situações não urgentes ou que constituíam urgências extra-hospitalares, o que denota a necessidade de sensibilizar a população para recorrer aos Cuidados de Saúde Primários por forma a otimizar a utilização dos SUP. Também Rodrigues (2012) num estudo realizado num hospital pediátrico de Lisboa com 115 participantes, concluiu que a recorrência inapropriada das crianças a um SUP está relacionada com as crenças dos acompanhantes nomeadamente com a confiança e segurança nos cuidados prestados e com a fácil acessibilidade a cuidados e recursos diagnósticos numa instituição hospitalar.

Estes estudos vêm corroborar aquilo que presenciei no meu percurso neste campo de estágio. De facto, durante a minha estadia na sala de triagem verifiquei que, muitas vezes, os pais recorriam ao SUP por preocupação, medo e insegurança relativamente à saúde do seu filho, atribuindo uma gravidade não justificada ao quadro clínico da criança. Esta situação fez-me refletir sobre o papel que o EEESIP pode desempenhar enquanto agente promotor da modificação de crenças e comportamentos, mesmo no contexto de uma triagem de urgência pediátrica.

De facto, e depois de observar o trabalho da equipa de enfermagem na sala de triagem, pude constatar que o primeiro contacto com a criança e a família para além de cumprir a sua função principal (seleção e classificação dos casos de acordo com o seu grau de gravidade), pode constituir também um momento privilegiado para educar para a saúde, dotando e reforçando as competências dos pais.

A título de exemplo posso referir o caso de um menino de 30 meses, que vem ao SUP por dor abdominal. Durante a entrevista, na triagem, a mãe refere que a criança não tem dejeções há cerca de 10 dias e que tem tentado administrar laxantes, mas que não têm surtido efeito. Perguntei qual era o tipo de alimentação da criança, e se estava habituada a comer sopa, ao que a mãe respondeu que a criança não gostava de sopa e por isso não comia. Este momento foi então aproveitado para informar a mãe acerca da adoção de uma alimentação saudável para a criança, insistindo na administração de sopa, tentando variar o sabor dos legumes, evitar farináceos, adotar um horário regular para a ida ao bacio e evitar o uso de clisteres pelas suas consequências nefastas para a criança.

Tal como nesta situação, vários foram os casos em que senti necessidade de tornar a triagem um momento de instrução e reforço das competências parentais. Desde a colocação correta do bebé no carro de transporte, ao ensino da administração de supositórios, eliminação de hábitos tabágicos de pais de uma criança asmática, adequação de vestuário de criança com febre, conduta para cessão de vómitos e para episódios de febre, entre outros.

De facto, todos os momentos de interação entre enfermeiro e família são momentos fundamentais para a educação para a saúde, e para o reforço de competências parentais. Como referem Meleis *et al.* (2010) os enfermeiros são os principais cuidadores dos clientes e famílias que se encontram a experienciar transições, o que lhes permite intervir, agilizando os processos de mudança e as necessidades que se refletem no quotidiano dessas famílias. Ao enfermeiro cabe preparar e informar os pais para a incorporação de novos conhecimentos e capacidades, que lhes permitam reforçar as suas competências enquanto cuidadores. Esta função de educação e orientação do enfermeiro é também salientada por Benner (2005) que entende que a intervenção do enfermeiro neste domínio permite que as pessoas atinjam um melhor nível de preparação para as situações de doença. Tendo em conta esta realidade, a intervenção do EESIP na sala de triagem de um SUP é essencial, não só porque dota os indivíduos e as famílias de conhecimentos e habilidades para cuidar da criança, mas também porque este reforço de competências vai permitir uma melhor racionalização de recursos nas urgências pediátricas, contribuindo para o seu melhor desempenho.

Durante este estágio pude também colaborar na realização de diversos procedimentos na **sala de tratamentos** do SUP. Estas atividades exigiram a mobilização dos conhecimentos e habilidades na realização de cuidados não traumáticos⁵, sendo que a avaliação da dor, o uso de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, a distração e o brincar, foram uma preocupação constante no meu cuidar da criança, jovem e família. Assim, em todos os procedimentos procurei

⁵ De acordo com Hockenberry e Wilson (2016) os cuidados não traumáticos consistem na provisão de cuidados que minimizem o desconforto psicológico (como por exemplo ansiedade, medo raiva, vergonha) e o desconforto físico (dor, ruído, luz intensa, escuridão, entre outros) experimentado nos cuidados terapêuticos e tratamento de doenças à criança. Para minimizar este desconforto os autores mencionam três princípios a ter no cuidar da criança e família: minimizar a separação da criança da sua família; promover o sentimento de controle; e, prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor.

preparar a criança e a família para o que iria ser feito, assegurando a presença da família e a privacidade da criança. Para além disso, a gestão diferenciada da dor e do bem-estar emocional da criança e da família foram uma preocupação constante, utilizando o trabalho emocional para um cuidado verdadeiramente afetivo. Tal como referem Diogo, Freitas Costa e Gaíva (2021), nos cuidados pediátricos o enfermeiro necessita de dispor de estratégias de humanização e de cuidados não traumáticos, viabilizando um ambiente seguro e afetivo, gerindo as emoções e construindo uma relação auxiliadora, empática e securizante. E neste sentido, utilizei o brincar e a brincadeira⁶ como recursos para minimizar a ansiedade e o medo associado a esses momentos.

Neste contexto clínico, tive também a oportunidade de cuidar de crianças, jovens e famílias na **Sala de Observações (SO)**. Como pude observar, a necessidade de uma hospitalização num SO, é sempre uma situação de urgência, não planeada, e por isso está associada à surpresa, o que, de certa forma, aumenta a ansiedade da família e da criança. E, tal como afirma Barros (2002), este fator, acrescido muitas vezes da incerteza do diagnóstico, pode ter uma dimensão verdadeiramente catastrófica para a criança e para a família se não houver uma intervenção efetiva por parte da equipa. Neste sentido, tal como referem Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida (2015), no serviço de Urgência, o enfermeiro deve incentivar a sua permanência dos pais junto do filho; fortalecer o papel parental durante a hospitalização, enfatizar a importância do afeto e do conforto como regulador emocional; escutar e estar com a família no compreendendo as suas preocupações, desmistificando medos e ansiedades, e respondendo a questões.

A gestão da emocionalidade no SUP é assim uma função primordial do EESIP, sendo que os enfermeiros podem ser considerados “gestores emocionais” (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeidas, 2016, p.26), uma vez que ajudam a gerir os medos,

⁶ De facto, várias intervenções neste domínio têm sido estudadas, permitindo reduzir a dor e a ansiedade causadas pela generalidade dos procedimentos invasivos nos lactentes, crianças e adolescentes, com eficácia e segurança. Num estudo de Sikorova e Hrazdilova (2011) em que participaram crianças com idades compreendidas entre 5 a 10 anos, os autores verificaram que as crianças no grupo de intervenção que foram preparadas para uma punção venosa através de educação/instrução, demonstração numa boneca, distração da criança durante o procedimento e oferta de uma recompensa após o procedimento, demonstraram menor perceção de dor durante o procedimento do que as crianças no grupo de controlo que não receberam essa intervenção.

através da utilização de estratégias confortantes, calmas e de lazer, tais como a distração, o jogo e a música, mas também através do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empática e do humor, privilegiando ainda o envolvimento e a presença dos pais num processo de cuidados humanizado e afetivo, com intervenções que minimizem o desconforto e o sofrimento físico e emocional (Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida, 2016).

Partilho da opinião de Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida (2015), que referem que os cuidados pediátricos são caracterizados por um enquadramento emocionalmente intenso, sendo necessário desenvolver uma prática num sentido cada vez mais holístico, atendendo a todas as dimensões do cuidar nas interações com as crianças e famílias, devendo a prática dos cuidados, tal como afirma Diogo (2015) atender à conjugação de saberes teóricos e formais, mas acima de tudo de competências afetivas por parte do enfermeiro.

3. Conclusão

Este percurso formativo foi uma experiência muito positiva, na medida em que me possibilitou ter uma visão mais abrangente da trajetória do utente pediátrico dentro de um SUP, e acima de tudo, deixou patente a intervenção preponderante do EEESIP na gestão recíproca das informações e das emoções durante os procedimentos traumáticos, bem como na promoção da gestão emocional de uma hospitalização não planeada, destacando-se o recurso a estratégias de humanização e cuidados não traumáticos, inscritos na filosofia de cuidados centrados na família

Referências bibliográficas

- Benner, P (2005). De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. 1ª Edição. Coimbra: Quarteto, 2005. 262p. ISBN 989-558-052-5.
- Caldeira T., Santos G., Pontes E., Dourado R., Rodrigues, L. (2006). Dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediatrca Portuguesa* 2006:1 (37):1-4
- Diogo, P.; Vilelas, J.; Rodrigues, L., Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos das crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Nº 13 (43-51). Disponível através de:
https://www.researchgate.net/publication/279749883_Enfermeiros_com_competencia_emocional_na_gestao_dos_medos_de_crianças_em_contexto_de_urgência/link/5a43c97e458515f6b052d160/download
- Diogo, P.; Vilelas, J.; Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: o enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*. Vol 20, nº2 (26-47). Disponível através de :
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/23729>
- Hockenberry, M & Wilson, D. (2016) - Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9ª Edição. Loures. Lusociência. ISBN: 9789897480041
- Meleis, A.I.; Sawyer, L.M.; Im, E.; Messias, D.K. & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. In: A. I. Meleis. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Rodrigues, S. (2012). Contributos psicológicos para a compreensão da utilização inapropriada de um serviço de urgência pediátrica. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série - n.º 7 – Julho. pp.73-82
- Sikorova L.; Hradizlova P. (2011). *The effect of psychological intervention on perceived pain in children undergoing venipuncture*. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2011 Jun ;155(2):149-54. Disponível através de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21804624>
-

APÊNDICE XIII – Projeto “O teste dos cavaleiros”



Projeto:

“O teste dos cavaleiros”

Lisboa, 2021

Projeto:

“O teste dos cavaleiros”

Ana Lúcia Duarte Marques (Enfermeira, Serviço de Neonatologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, CHLC. Estudante do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ESEL)

António Pereira (Enfermeiro Especialista em ESIP, Urgência Pediátrica do Hospital D. Estefânia, CHLC)

Paula Diogo (Professora Coordenadora do Mestrado em Enfermagem na Área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ESEL)

Lisboa, 2021

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
1. A EXPERIÊNCIA EMOCIONAL DA CRIANÇA NO SUP	4
1.1. Intervenção de Enfermagem na gestão emocional da criança no SUP	5
1.2. Aplicabilidade do conto como intervenção de enfermagem	6
2. CONCEÇÃO DO PROJETO	9
2.1. Planeamento	9
2.2. Execução	9
2.3. Verificação de Resultados	10
2.4. Estandardização e Partilha	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12

ANEXOS

Anexo I – Conto “O teste dos cavaleiros”

Anexo II- Autorização de divulgação do autor

Anexo III– Ilustrações do conto “o teste dos cavaleiros”

Anexo IV - Autorização de divulgação da ilustradora

Anexo V – Conto “O teste dos cavaleiros” - versão inglesa

Anexo VI – Livros impressos e plastificados

Anexo VII - Cartaz de divulgação para código QR

Anexo VIII – Cartaz de divulgação para código QR (versão inglesa)

INTRODUÇÃO

A pandemia por COVID-19 tem vindo revelar-se como um acontecimento de grande impacto no desenvolvimento psicoemocional da criança. As preocupações face à própria doença, a incerteza do contágio, bem como as medidas de contingência que implicaram o distanciamento social, a separação dos amigos, o isolamento e o fecho das escolas, têm vindo a ser referidos, em vários estudos, como elementos perturbadores da emocionalidade da criança, originando ansiedade e medo (Aydogdu, 2020).

Um estudo realizado na China em fevereiro de 2020 avaliou os efeitos imediatos da pandemia no desenvolvimento psicológico de 320 crianças e adolescentes entre os 3 e os 18 anos de idade, tendo concluído que os problemas emocionais e comportamentais mais prevalentes foram distração, irritabilidade, medo que os elementos da família sejam contaminados, e dependência excessiva dos familiares sobretudo nas crianças entre os 3 e 6 anos (Jiao *et al.*, 2020).

Em Portugal, o aumento exponencial de casos em janeiro de 2021, obrigou a um novo confinamento geral de cerca de 2 meses e o anúncio de novas medidas para travar o avanço da pandemia. Uma dessas medidas diz respeito ao aumento de testagem para COVID-19 em todas as faixas etária com recurso às zaragatoas orofaríngeas para pesquisa de vírus SARS-CoV-2, não só em pessoas com sintomatologia respiratória e contactos de risco, mas para toda a população, em especial a população escolar.

O procedimento da colheita de exsudado orofaríngeo, tal como outros procedimentos invasivos, originam medo e dor na criança, sendo necessária uma intervenção eficaz por parte dos enfermeiros com o objetivo de originar uma experiência menos traumatizante para a criança.

Neste sentido, o presente projeto surge como proposta para minimizar o impacto negativo do teste COVID-19, na emocionalidade da criança, no contexto do Serviço de Urgência Pediátrica (SUP).

1 – A EXPERIÊNCIA EMOCIONAL DA CRIANÇA NO SUP

A experiência emocional da criança que recorre ao Serviço de Urgência caracteriza-se por ser, marcadamente, uma experiência de medo. O medo, tal como refere Damásio (2011) constitui uma das seis famílias de emoções e caracteriza-se por um conjunto de sensações desagradáveis de apreensão ou tensão podendo vir acompanhado de reações fisiológicas intensas. O medo inclui uma miríade de tonalidades emocionais tais como: ansiedade, apreensão, nervosismo, preocupação, consternação, receio, precaução, aflição, desconfiança, pavor, horror, terror, e como psicopatologia fobia e pânico (Diogo, Rodrigues, Vilelas & Almeida, 2016).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), o medo diz respeito à sensação de ameaça, de estar em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, e pode ser acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir. Já a ansiedade é definida como uma sensação de perigo ou angústia, sendo, tal como o medo, apontada como uma emoção negativa.

O estudo de Diogo, Rodrigues, Vilelas e Almeida (2016) realizado com 82 crianças dos 6 aos 12 anos, concluiu que, em contexto de urgência, os medos das crianças estão relacionados com a perceção de ameaça, o desconhecimento do prognóstico, a hospitalização e a equipa médica e de enfermagem. De entre estes fatores, destaca-se o medo relacionado com procedimentos geradores de dor, como os injetáveis e as punções venosas para análises clínicas.

O medo e a dor na criança estão frequentemente associados apresentando uma enorme variabilidade na sua forma de expressão. O medo e a ansiedade das crianças e pais são fatores agravantes da dor, devendo a ansiedade antecipatória ser minimizada através de uma correta abordagem da dor desde o primeiro contacto com os serviços de saúde.

1.1 – Intervenção de enfermagem na gestão emocional da criança no SUP

Em contexto de Urgência, o medo é percebido pelas crianças enquanto ameaça, sendo potenciado por uma multiplicidade de fatores. Esta experiência emocionalmente intensa pode ser atenuada com recurso ao trabalho emocional em enfermagem, com o objetivo de adequar as intervenções de gestão emocional imprescindíveis no SUP (Diogo, Rodrigues, Vilelas & Almeida, 2016).

A intervenção na gestão emocional das crianças, na perspetiva de Hockenberry e Wilson (2014), deverá começar desde o momento da admissão no SUP. De acordo com Fernandes (2012), a triagem constitui-se no primeiro contato visual que o enfermeiro tem com a criança e os pais, onde deve tirar partido para o início de uma relação de confiança e disponibilidade.

Para Diogo, Rodrigues, Vilelas e Almeida (2016), a gestão emocional da criança e família no contexto do SUP, pode ser realizado através de intervenções que possibilitem à criança gerir os seus medos através de estratégias como a distração, o jogo e a música, sendo especialmente importantes técnicas expressivas-projetivas como desenhar, contar histórias ou brincar com a criança. Também a utilização do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empática e do humor, são intervenções que minimizam o desconforto e o sofrimento físico e emocional, apaziguando respostas emocionais de dor e medo.

A relação de confiança e disponibilidade é também enfatizada por Diogo (2019), no seu Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica, que se constitui como um guia orientador para a prática dos enfermeiros, permitindo conduzir a sua intervenção na gestão da emocionalidade em pediatria. Este modelo traduz-se numa representação conceptual e prática para os enfermeiros, que, estando conscientes da intensa emocionalidade intrínseca aos cuidados e experienciada pelas crianças, jovens e famílias, procuram transformar positivamente as emoções. Para isso, o modelo define intervenções com intencionalidade terapêutica, como sejam: promover um ambiente seguro e afetivo; nutrir os cuidados com afeto; facilitar a gestão das emoções dos clientes; construir a estabilidade na relação; e regular a disposição emocional para cuidar (Diogo, 2019).

Os estudos sobre o trabalho emocional têm contribuído para o entendimento da crucial gestão de emoções. A aplicabilidade do conceito de trabalho emocional em enfermagem requer aprendizagem da gestão de emoções e de competências emocionais (Vilelas & Diogo, 2014), essenciais ao enfermeiro no contexto do SUP.

1.2. Aplicabilidade do *conto* como intervenção de enfermagem na gestão da emocionalidade da criança.

A leitura de contos de fadas pode ser considerada como um veículo facilitador do desenvolvimento infantil, na medida em que, a leitura capta e traduz a forma como a criança vê e vivencia o mundo. Através dos problemas apresentados e das soluções encontradas, a estrutura dos contos tradicionais oferece respostas recorrendo à fantasia, fazendo uso de uma narrativa que inclui personagens boas e más, tramas e conflitos dramáticos (DGS, 2020). Este formato, tipo binário, onde são apresentadas situações opostas, na perspetiva de Bruner (1996) parafraseado por Brondani e Pedro (2019) possibilita a aprendizagem porque identifica objetos do mundo, reduz a complexidade do ambiente, e simultaneamente fomenta na criança a necessidade de agrupar, categorizar e relacionar conceitos na tentativa de solucionar problemas.

O uso de histórias como uma intervenção enfermagem no processo de cuidar pode ser efetuado através da leitura recreativa assumindo um carácter lúdico, e também através da leitura terapêutica e estruturada, sendo parte integrante dos cuidados pediátricos (Brondani & Pedro, 2019).

A criança que necessita de cuidados de saúde tem frequentemente dificuldade em expressar as suas emoções e em gerir a ansiedade relacionada com a hospitalização. Neste sentido, através da leitura de contos de fadas, é possibilitado às crianças a oportunidade de contactar de forma segura com o perigo, através do recurso a mecanismos intrínsecos de transferência e identificação com a história contada (Adamo, *et al.*, 2008).

De acordo com a revisão integrativa da literatura de Brondani e Pedro (2019), a leitura de contos de fadas pode melhorar a aceitação de procedimentos dolorosos, a compreensão do processo saúde-doença, a confiança no profissional de saúde e a adesão a tratamentos.

O uso de histórias infantis como intervenção enfermagem valoriza e estimula vínculos, reduz ansiedade das crianças e familiares, estimula a participação das crianças nos cuidados, e promove a literacia em saúde, que comporta benefícios para a criança e a família, bem como para os enfermeiros e instituições.

A título de exemplo referimos o estudo de Al-Yateem, Brenner, Shorrab e Docherty (2016) cujo objetivo pretendia explorar a eficiência da narrativa como intervenção ansiolítica em comparação com a farmacologia tradicional, realizado com 168 crianças em situação pré-operatória. Este estudo concluiu que o uso da história e o uso da medicação reduzem a ansiedade em proporções muito semelhantes, o que demonstra que o interesse da aplicação do conto na redução da ansiedade nas crianças que precisam realizar cirurgias.

Também o estudo quasi-experimental de Yati, Whayuni e Islaeli (2017) realizado com dois grupos de 15 crianças em idade pré-escolar, cujo objetivo visava determinar o efeito da narração de histórias sobre o nível de ansiedade durante a hospitalização mostrou uma redução significativa nos níveis de ansiedade nas crianças, concluindo que as histórias podem ser aplicadas pelos enfermeiros para reduzir ansiedade na hospitalização.

Brondani e Pedro (2019) salientam que o sucesso da utilização dos contos de fadas como intervenção terapêutica depende do planeamento adequado, a capacidade do profissional para utilizar a técnica, a escolha do livro, do ambiente e da avaliação da atividade, o que se repercute na maior aplicabilidade e aceitação por parte das crianças. O mesmo é referido na Orientação Técnica da DGS nº 022/2012 de 18.12.2012, na qual é salientado que a seleção das estratégias não farmacológicas de controlo da dor, onde se incluem narração de histórias, deve ter em conta o desenvolvimento cognitivo da criança, as suas preferências, bem como o contexto envolvente e a situação específica. Este documento acrescenta ainda que a antecedência com que se faz a preparação é estimada pela idade e temperamento da criança, devendo não ser excessiva para evitar a ansiedade antecipatória, mas suficiente para a criança se preparar.

O *Guia Orientador de Boa Prática* da Ordem dos Enfermeiros (2013, a) referente às estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança, elenca uma panóplia de estratégias que podem ser utilizadas pelos enfermeiros, no sentido

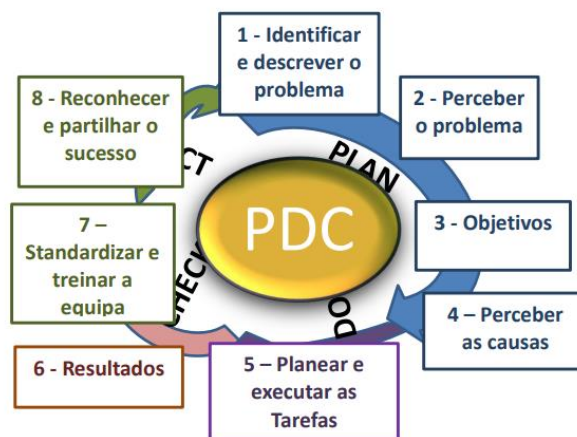
de potenciar uma reestruturação cognitiva, direcionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo e ansiedade.

De entre as várias estratégias apresentadas, a técnica da imaginação guiada, na qual se conduz a imaginação a um lugar agradável e positivo, como por exemplo contando histórias de super-heróis, pode ser utilizada como intervenção cognitiva, atuando como distração e alívio da ansiedade em crianças com mais de 4 anos, reduzindo a sensação dolorosa pelo bloqueio da informação nociceptiva. Esta estratégia pode ser facilitada pela disponibilização de uma imagem, fotografia ou desenho que ajudará a criança a iniciar a sua concentração numa situação de aventura, descoberta, viagem, como é propiciado pelo uso das histórias. O enfermeiro deve contar as histórias de forma muito viva e apelando a um conjunto de sensações diferentes e agradáveis e incompatíveis com a dor, utilizando uma linguagem simples, e se necessário com algumas adaptações (OE, 2013, a).

Para Brondani e Pedro (2019) a narração de histórias ou o uso de livros acentua a dimensão cuidadora, enriquece e diferencia o trabalho da Enfermagem, e por isso, deve ser uma estratégia utilizada na construção de projetos terapêuticos, produzindo um tipo de cuidados de enfermagem especializados e de baixo custo. De facto, para a enfermagem, o uso da narração de histórias como estratégia de controlo da dor e regulação emocional constitui-se como um indicador de boa prática, assumindo-se como uma ferramenta valiosa em contexto pediátrico.

2 - Conceção do projeto

O planeamento do presente projeto tem por base a metodologia do ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act/Adjust) adaptada aos projetos de enfermagem, tal como preconizado pelo Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2013, b).



Adaptação do Ciclo PDCA aos projetos de enfermagem, OE (2013).

2.1– Planeamento

O problema identificado diz respeito à emocionalidade intensa vivida pela criança que recorre ao SUP, em contexto de pandemia por COVID-19. Neste sentido, este projeto visa contribuir para a minimização do impacto da hospitalização e a maximização do bem-estar da criança e família em situação de urgência.

2.2 – Execução

Partindo do objetivo geral, este projeto pretende implementar intervenções de enfermagem que promovam a gestão emocional infantil. Como objetivo específico pretende-se implementar a leitura de um conto infantil original, como estratégia para minimizar o medo e da criança na colheita da zaragatoa orofaríngea para teste ao SARS-CoV-2.

Para a execução do projeto foi necessário promover a articulação com a professora de Português Teresa Marques, docente na Escola Secundária Almeida Garrett de Vila Nova de Gaia, que propôs aos alunos do 9ºano a criação individual de um conto para crianças, enquadrada no estudo das narrativas, e, no âmbito das aulas assíncronas do estudo à distância.

Depois de analisadas, as narrativas foram avaliadas tendo sido selecionada a história “o teste dos cavaleiros” (anexo I). Depois de autorizada pelo autor Lúcio Ferreira (anexo II), a história passou à fase de ilustração (anexo III). A ilustração é da autoria da Enfermeira Ana Cristina Ranha (anexo IV), enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica e elemento integrante da Pediatria do CHLC. A história foi também traduzida para inglês pela Professora de Inglês Paula Teixeira, docente na Escola Secundária de Almeida Garrett, de Vila Nova de Gaia (anexo V).

Depois de terminado, o conto foi impresso e plastificado para permitir a utilização e correta desinfeção por parte das crianças, famílias e profissionais (anexo VI). Para além disso foi criado um código QR para permitir a leitura digital nos telemóveis dos pais ou outros acompanhantes das crianças, divulgado num cartaz exposto no serviço (anexo VII, VIII).

2.3 – Verificação de resultados

A equipa de enfermagem será formada no âmbito da promoção da gestão emocional da criança e família, tendo como principal objetivo a apresentação do presente projeto. Depois de implementado no Serviço de Urgência, a equipa avaliará os resultados, recolhendo dados nos processos clínicos, para posterior reflexão e comparação com os dados anteriores à implementação do projeto.

2.4 – Estandardização e partilha

Depois da verificação dos resultados pretende-se promover a discussão em equipa, propondo medidas corretivas, implementando novos processos de trabalho e treino para uniformização do processo e posterior partilha.

Tal como é preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2021), a divulgação dos Programas de Melhoria Contínua, construídos e implementados nos diferentes contextos de prática clínica, apresenta-se como uma importante estratégia de *benchmarking* das boas práticas desenvolvidas por enfermeiros.

Assim sendo, pretende-se partilhar o presente projeto, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade de cuidados de Enfermagem, quer através da sua divulgação no *site* da Ordem dos Enfermeiros, quer pelo envio para a DGS. Pretende-se, deste modo, promover a sua divulgação e implementação por todas as instituições e contextos de prática clínica com o objetivo de uniformização das práticas e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Yateem, N., Brenner, M., Shorrab, A.A., & Docherty, C. (2016) Play distraction versus pharmacological treatment to reduce anxiety levels in children undergoing day surgery: a randomized controlled non-inferiority trial *Child Care Health Dev.* Jul;42(4):572-81. Disponível através de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27080806/>
- Aydogdu A.L.F. (2020) Saúde mental das crianças durante a pandemia causada pelo novo coronavírus: revisão integrativa. *J Health NPEPS.* 2020; 5(2): 4891. Disponível através de: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1121231/4891-17538-2-pb.pdf>
- Adamo *et al.* (2008). Tom Thumb in hospital: the fairy tale workshop in a paediatric oncology and haematology ward. *Psychodynamic Practice.* 14(3):263-280. Disponível através de: https://www.researchgate.net/publication/247519421_Tom_Thumb_in_hospital_The_fairy_tale_workshop_in_a_paediatric_oncology_and_haematology_ward
- Brondani J.P, Pedro E.N.R., (2019) The use of children's stories in nursing care for the child: an integrative review. *Rev Bras Enferm.*;72(Supl 3):333-42. Disponível através de: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0456>
- Damásio, A. (2001). O Sentimento de Si: o Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência (13.^a ed.). Mem Martins: Publicações Europa.
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um modelo orientador da prática (2^a versão revista) Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_e_m_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista

Diogo, P.; Rodrigues, L.; Vilelas, J. & Almeida, T(2016). Os medos das crianças em contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*. Vol 20 (2).

DGS (2020). Somos o que brincamos. Disponível através de: <https://saudemental.covid19.min-saude.pt/somos-o-que-brincamos/>

Fernandes, D. (2012). O atendimento à criança na Urgência Pediátrica. Disponível através de: <https://pt.scribd.com/document/186572126/O-atendimento-a-crianca-na-Urgencia-Pediatrica-Dino-Fernandes-Enfermeiro-EESIP>

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9º ed.). Loures: Lusociência.

Jiao W.Y., Wang L. N, Liu J., Fang S. F., Jiao F.Y, Pettoello-Mantovani M., Eli Somekh, E. (2020) Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *Journal of Pediatric*. 2020 Jun; 221: 264–266.e1. Disponível através de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7127630/>

OE, (2013, a). *Guia Orientador de boa prática. Estratégias não farmacológicas do controlo da dor na criança*. Serie I, Número 6. ISBN: 978-989-8444-23-3

OE, (2013, b). *Guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem*. Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros. Disponível através de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Guia%20para%20elaborac%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

OE, (2021). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/a-ordem/projectos-e-programas/padr%C3%B5es-de-qualidade-dos-cuidados-de-enfermagem/>

Vilelas, J. & Diogo, P.(2014) O trabalho emocional na praxis de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm*. vol.35 no.3. Disponível através de: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472014000300145&script=sci_arttext&tlng=pt

Yati, M., Wahyuni, S., Islaeli, I. (2017) The effect of storytelling in a play therapy on Anxiety level in pre-school children during Hospitalization in the general hospital of Buton. *Public Health of Indonesia*. 3 (3): 96-101 Disponível através de: <https://www.researchgate.net/publication/336648599> [THE EFFECT OF STORYTELLING IN A PLAY THERAPY ON ANXIETY LEVEL IN PRE-SCHOOL CHILDREN DURING HOSPITALIZATION IN THE GENERAL HOSPITAL OF BUTON](#)

ANEXOS

Anexo I- Conto “O teste dos cavaleiros

Numa terra muito distante havia um jovem príncipe que era admirado por todas as crianças do reino. As suas conquistas em batalha, a sua inteligência, a sua simpatia e as suas capacidades de manusear a espada, certamente o tornariam num poderoso e respeitado rei.

Num dia escuro e chuvoso chegou uma tenebrosa notícia ao palácio real, uma doença perigosa, até então desconhecida, aproximava-se do reino. Muito preocupado e astuto, o príncipe decidiu reunir todos os sábios da sua terra e depois de uma longa discussão a doença foi intitulada de Covid-19.

A notícia rapidamente se alastrou pelo reino, assim como a doença. A esta altura, o que mais preocupava o príncipe, era descobrir quem estava infetado, para assim impedir mais contágios. Os sábios do reino fizeram várias pesquisas e depois de muito esforço encontraram uma forma de descobrir quem estava infetado. Era um método simples e eficaz, contudo o povo temia que o teste fosse doloroso e recusavam-se a realizá-lo.

Alertado, o príncipe teve a ideia de fazer o teste para servir como exemplo aos cidadãos. Depois disso um raio de luz pairou sobre o reino. As crianças, movidas pelo sonho de serem como o famoso príncipe, decidiram fazer o teste à Covid-19 e aperceberam-se que ele não era nada doloroso. Surpreendido pela coragem das crianças o príncipe fez-lhes um pedido:

- Espalhem o quão fácil foi fazer o teste e salvem o nosso reino! Vocês são a nossa esperança.

- Claro! – disseram as crianças em coro, felizes por ajudarem o seu herói.

Depois de uma semana as crianças conseguiram convencer o restante povo, a fazer o teste e foram promovidas a orgulhosos cavaleiros, que dali para a frente, serviram honrosamente o príncipe.

Depois disso, graças aos testes indolores que permitiram descobrir quem estava infetado e abrandar a doença, o reino foi salvo e viveu um longo período de felicidade.

Autoria: Lúcio Filipe da Silva Ferreira

aluno do 9ºA da Escola Secundária de Almeida Garret, Vila Nova de Gaia

Anexo II- Autorização de divulgação do autor

Para os devidos efeitos, eu, Lusiana Ferreira RC, encarregada de educação de Luís Felipe de Jesus Ferreira RC, aluno da turma do 9.º A da Escola Secundária de Almeida Garrett, declaro que autorizo o Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC), a divulgar o conto *O Teste dos Cavaleiros*, do meu educando Luís Felipe de Jesus Ferreira RC, acompanhado das ilustrações de Ana Cristina Ranha Santos, de forma impressa e publicada na página da instituição, para os fins convenientes e não para outros fins sem a minha autorização, sob a condição de serem referenciados os seus autores: autor, ilustradora e coordenadora de projeto. O meu educando deve ser identificado como autor e sob o nome Luís Felipe RC.

Sem outro assunto

Vila Nova de Gaia, 07 de abril de 2021

Lusiana Ferreira RC

ANEXO III - Ilustrações do conto “o teste dos cavaleiros”



Autoria: Ana Cristina Ranha

Enfermeira Especialista em ESMP

CHLC, Polo MAC

Anexo IV - Autorização de divulgação da ilustradora

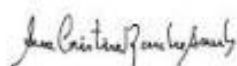
Para os devidos efeitos, eu, Ana Cristina Ranha Santos, CC: 07768457, NIF:206170530, enfermeira desta instituição com o NM: 02293, declaro que autorizo o Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC), a divulgar as ilustrações da minha autoria do conto "O Teste dos Cavaleiros", de forma impressa e publicada na página da instituição, para os fins convenientes e apenas quando acompanhadas do conto referido e não para outros fins sem a minha autorização, sob a condição de serem sempre referenciados os seus autores, autor, ilustradora e coordenadora de projeto.

Eu devo ser identificada como ilustradora e sob o nome Ana Cristina Ranha.

Sem outro assunto

Lisboa, 29 de Março de 2021

Ana Cristina Ranha Santos



Anexo V – Conto “O teste dos cavaleiros” - versão inglesa.

The Knights’ test

In a far, far land there was a young prince who was admired by all the children of the kingdom. His conquests in the battlefield, his intelligence, his kindness, and his abilities in using a sword, would certainly make him a powerful and respected king in the future.

On a dark and rainy day, some terrible news arrived at the royal palace. A dangerous disease, unknown until then, was reaching the kingdom. The prince, who was very worried but astute, decided to gather all the wise men from his land and after a long discussion, the disease was given the name of Covid-19.

The news quickly spread throughout the kingdom, as did the disease. At this point, what most worried the prince was to find out who was infected to prevent further infections. The kingdom’s wise people did a lot of research and after a lot of effort they found a way to find out who was infected.

It was a good and easy test. However, the population was afraid that it might be painful, so they refused to do it. Aware of what was going on, the prince had the idea of taking the test to be an example for his people. After that, a ray of light appeared over the kingdom.

The children, who were influenced by the dream of being like the famous prince, decided to do the covid-19 test and realized that it wasn’t painful. Surprised by the children’s courage, the prince made them a request:

- Spread the word of how easy it is to do the test and save our kingdom! You are our hope!

-Of course! - said the kids in chorus, happy to help their hero.

One week later the kids convinced the people to do the test. Because of their actions, they were promoted to proud knights. From then on, they served honourably the prince. After that, thanks to the painless test which showed who was infected and slowdown the spread of the disease, the kingdom was saved, and its people lived a long period of great happiness.

Tradução: Professora Paula Teixeira

Escola Secundária de Almeida Garret, Vila Nova de Gaia

Anexo VI – Livros impressos e plastificados





A criança vai fazer o teste para pesquisa de SARS-CoV-2?

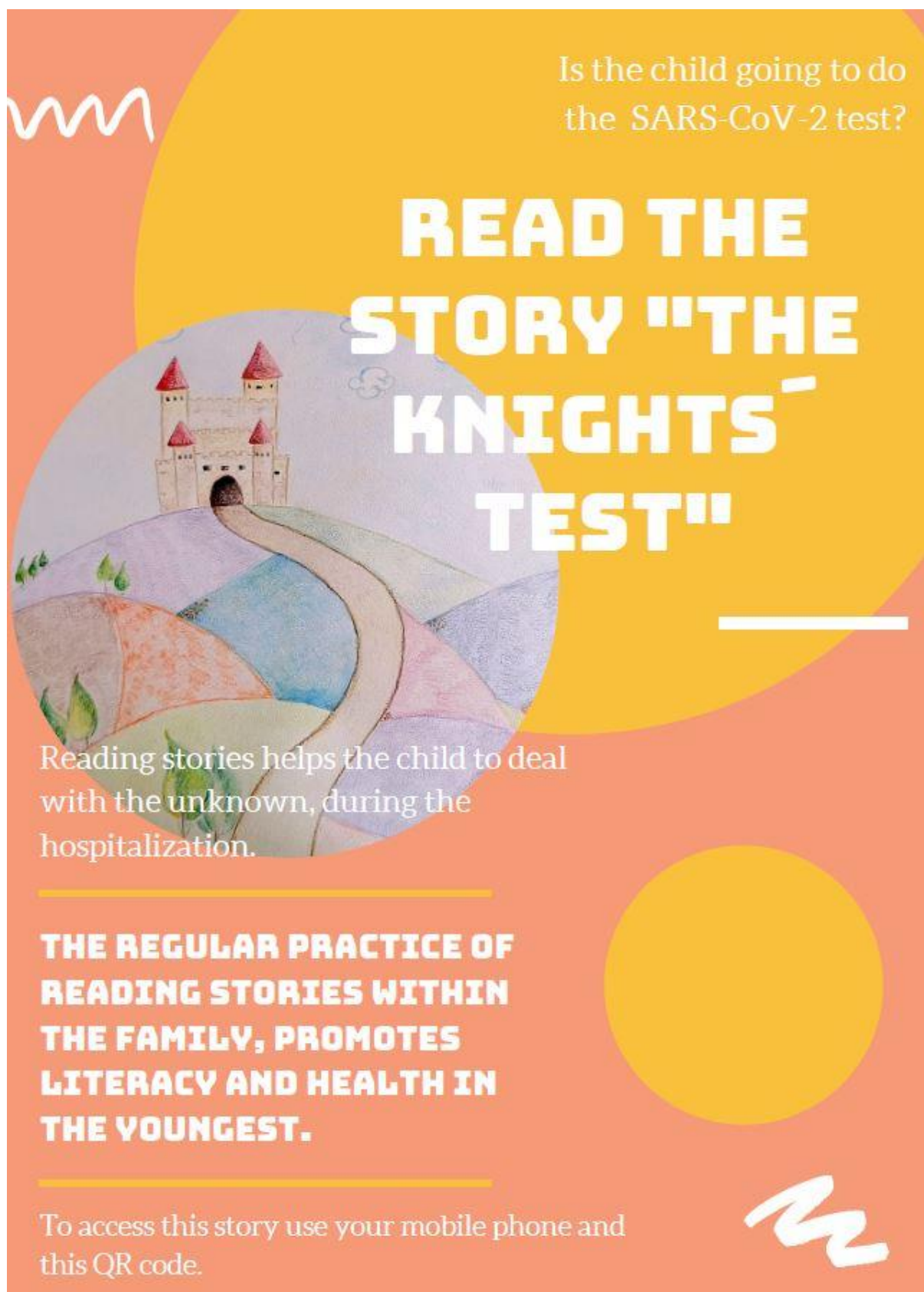
LEIA O CONTO "O TESTE DOS CAVALEIROS"

A leitura de histórias ajuda a criança a lidar com o desconhecido, no âmbito da hospitalização.

A PRÁTICA REGULAR DA LEITURA EM FAMÍLIA PROMOVE A LITERACIA E A SAÚDE DOS MAIS JOVENS.

Para aceder a esta história, utilize o seu telemóvel e este código QR.





Is the child going to do
the SARS-CoV-2 test?

READ THE STORY "THE KNIGHTS' TEST"

Reading stories helps the child to deal
with the unknown, during the
hospitalization.

**THE REGULAR PRACTICE OF
READING STORIES WITHIN
THE FAMILY, PROMOTES
LITERACY AND HEALTH IN
THE YOUNGEST.**

To access this story use your mobile phone and
this QR code.

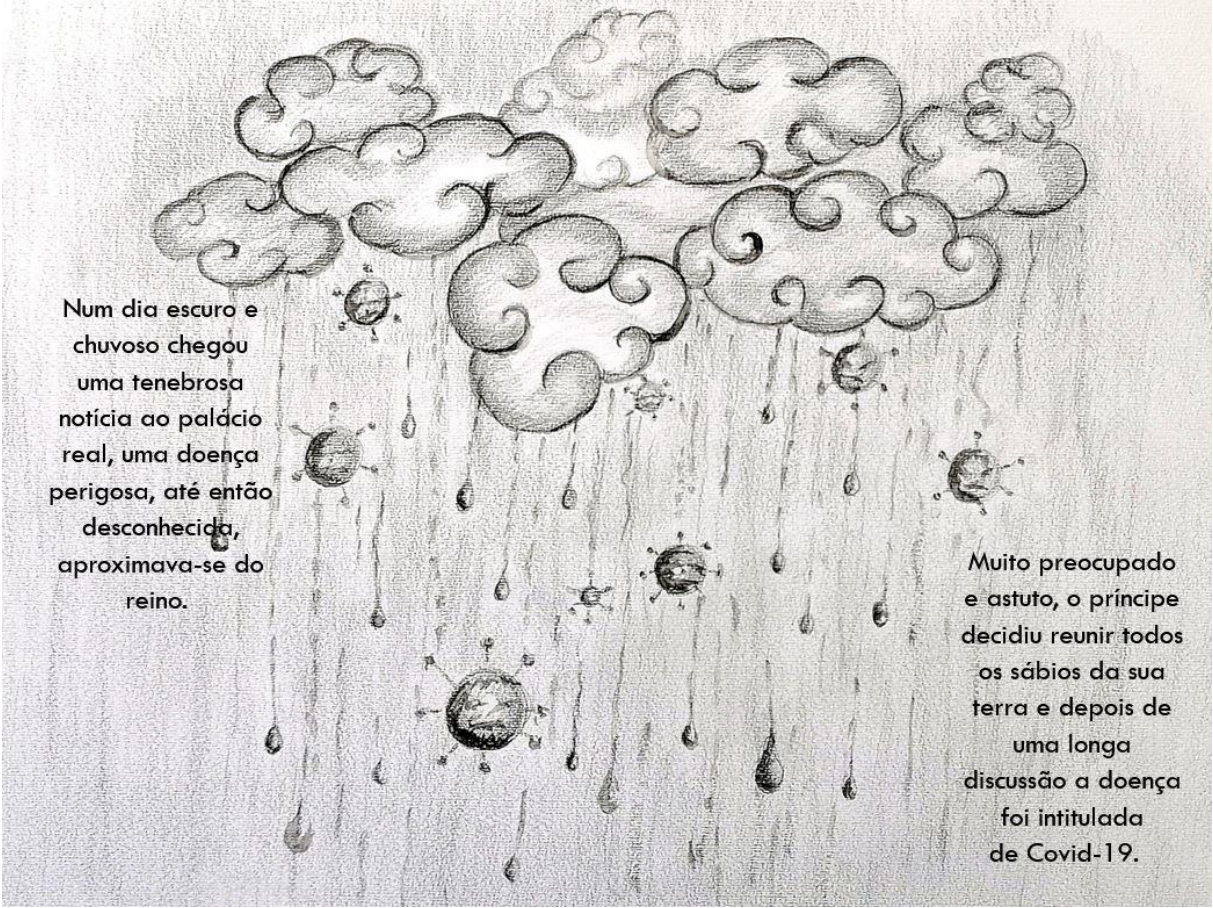
APÊNDICE XIV –CONTO “O TESTE DOS CAVALEIROS”



Numa terra muito distante havia um jovem príncipe que era admirado por todas as crianças do reino.

As suas conquistas em batalha, a sua inteligência, a sua simpatia e as suas capacidades de manusear a espada, certamente o tornariam num poderoso e respeitado rei.





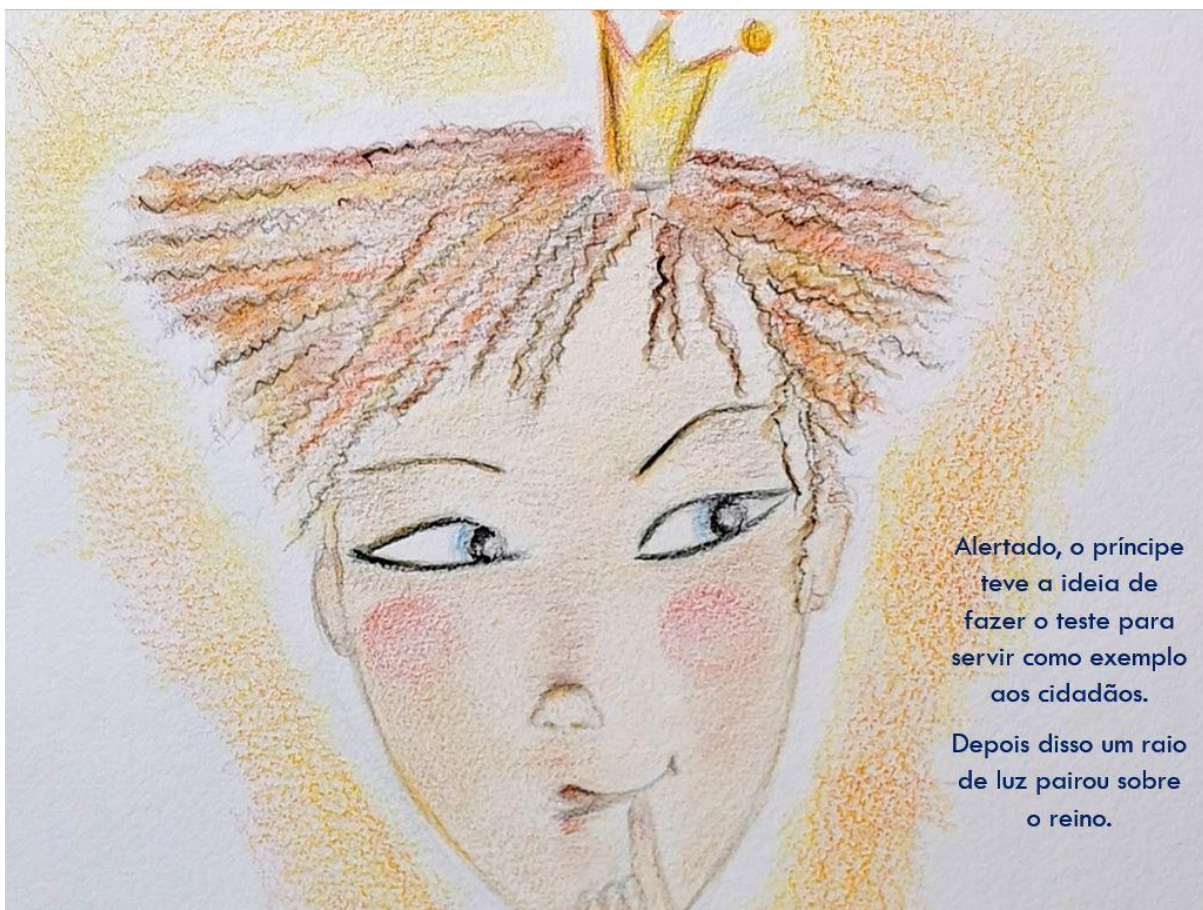
Num dia escuro e chuvoso chegou uma tenebrosa notícia ao palácio real, uma doença perigosa, até então desconhecida, aproximava-se do reino.

Muito preocupado e astuto, o príncipe decidiu reunir todos os sábios da sua terra e depois de uma longa discussão a doença foi intitulada de Covid-19.

A notícia rapidamente se alastrou pelo reino, assim como a doença. A esta altura, o que mais preocupava o príncipe, era descobrir quem estava infectado, para assim impedir mais contágios.



Era um método
simples e
eficaz, contudo
o povo temia
que o teste
fosse doloroso
e recusavam-se
a realizá-lo.



Alertado, o príncipe
teve a ideia de
fazer o teste para
servir como exemplo
aos cidadãos.

Depois disso um raio
de luz pairou sobre
o reino.

As crianças, movidas pelo sonho de serem como o famoso príncipe, decidiram fazer o teste à Covid-19 e aperceberam-se que ele não era nada doloroso.



Surpreendido pela coragem das crianças o príncipe fez-lhes um pedido:

- Espalhem o quão fácil foi fazer o teste e salvem o nosso reino! Vocês são a nossa esperança.
- Claro! – disseram as crianças em coro, felizes por ajudarem o seu herói.



Depois de uma semana as crianças conseguiram convencer o restante povo a fazer o teste e foram promovidas a orgulhosos cavaleiros, que dali para a frente, serviram honrosamente o príncipe.



Depois disso, graças aos testes indolores que permitiram descobrir quem estava infectado e abrandar a doença, o reino foi salvo e viveu um longo período de felicidade.





Coordenação: Ana Lúcia Marques. Enfermeira. MAC.CHLC.

Autoria: Lúcio Ferreira. Escola Secundária Almeida Garrett (ESAG), Vila Nova de Gaia

Ilustração: Ana Cristina Ranha. Enfermeira Especialista em ESMP. MAC.CHLC

Colaboração: Teresa Marques & Paula Teixeira. Professoras da ESAG

Elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação do Enfermeiro Especialista em ESIP António Pereira e da Professora Douttora Paula Diogo.

Março de 2021

Lisboa

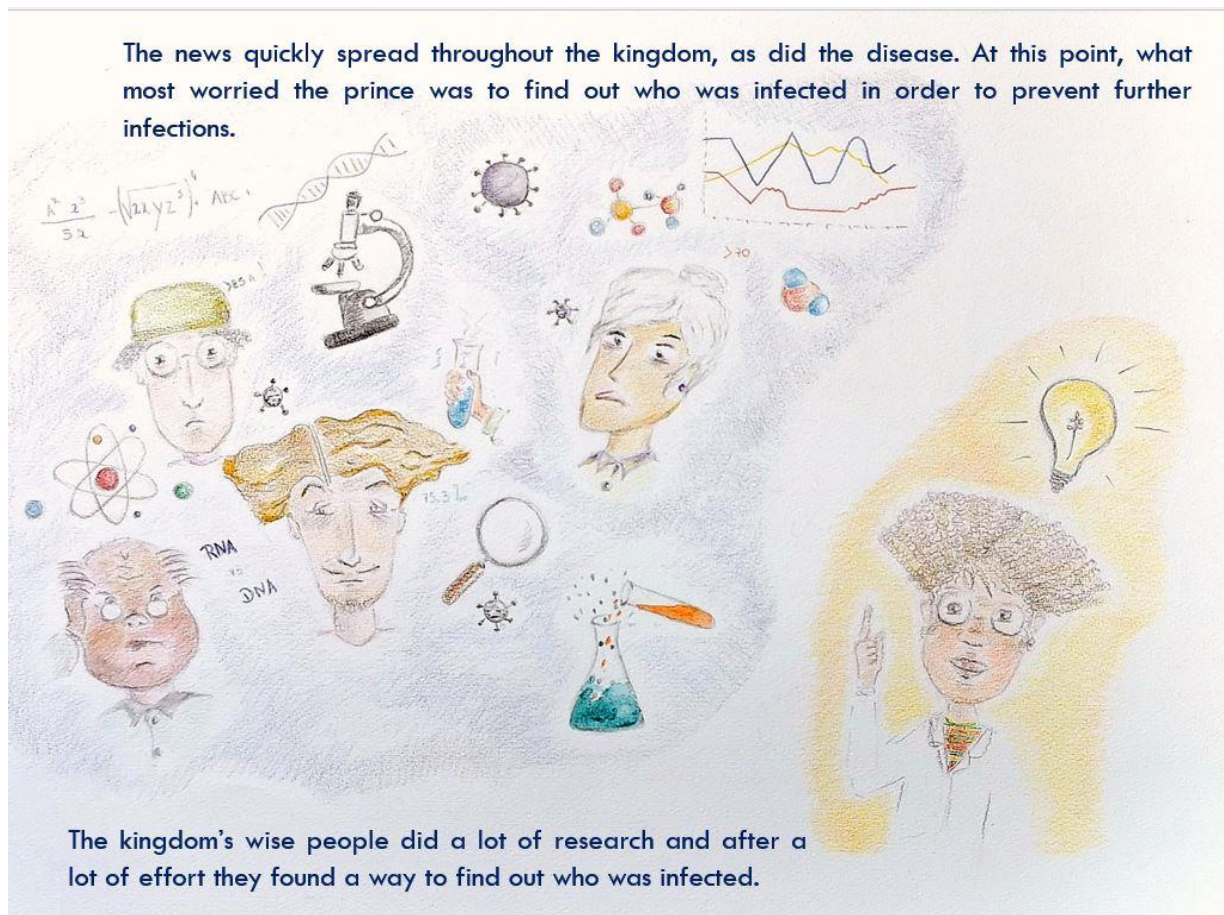
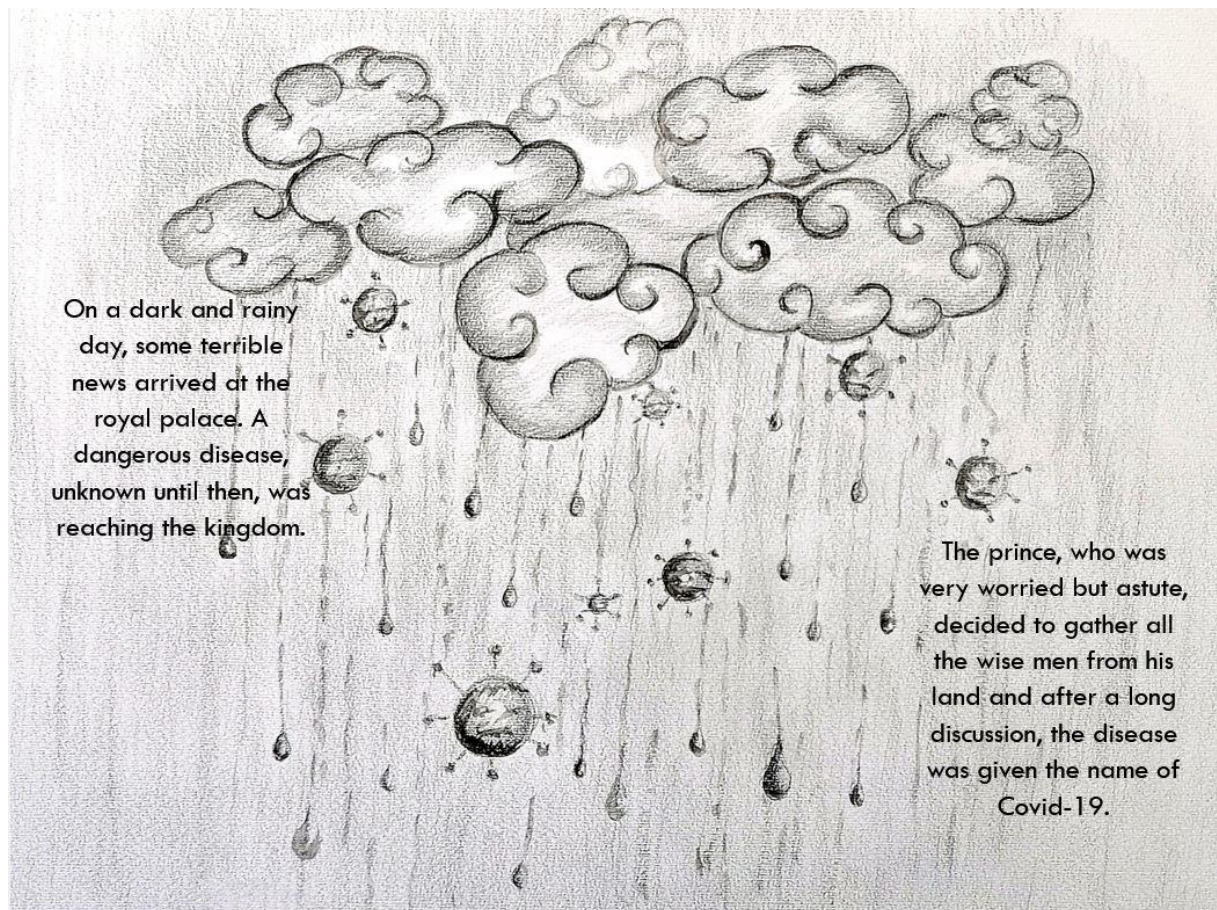
APÊNDICE XV – “THE KNIGHTS TEST”

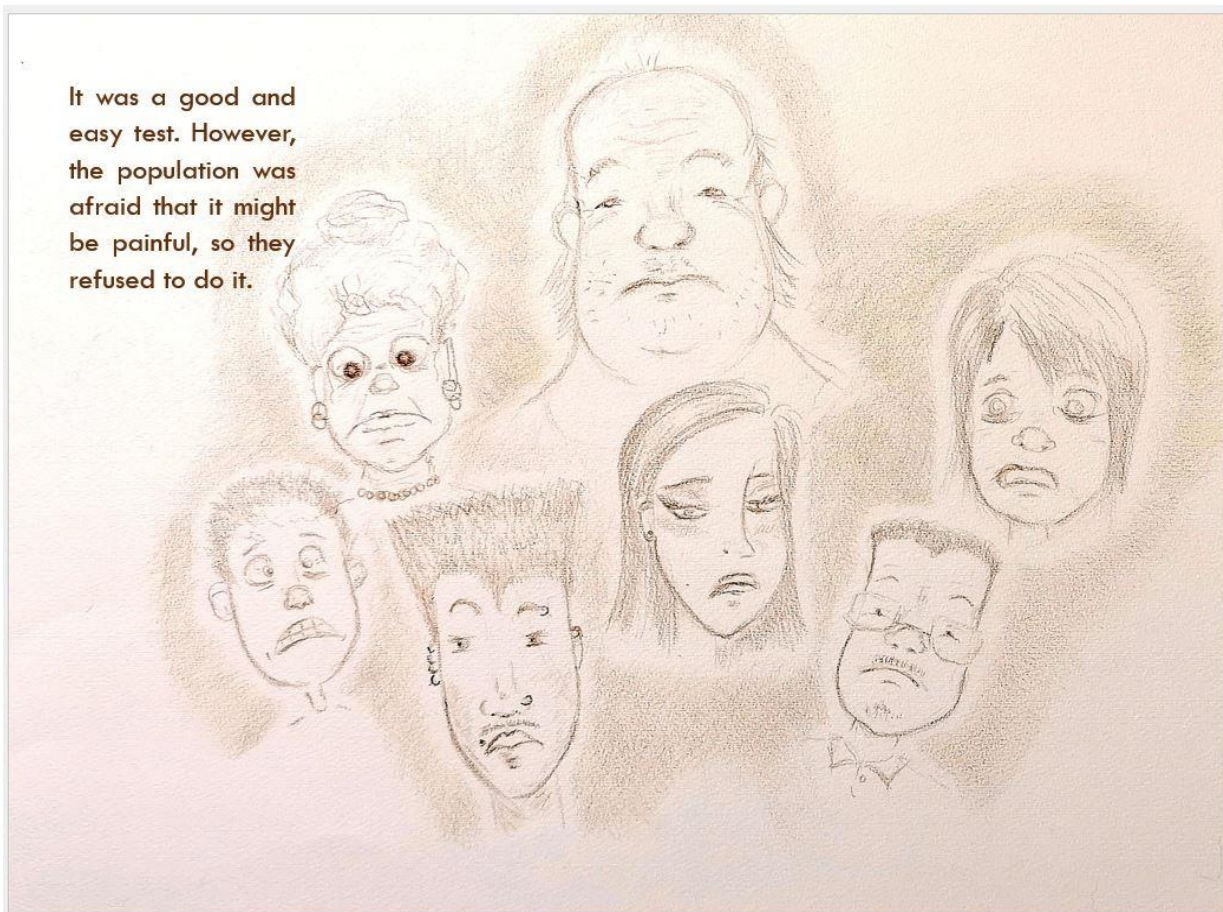
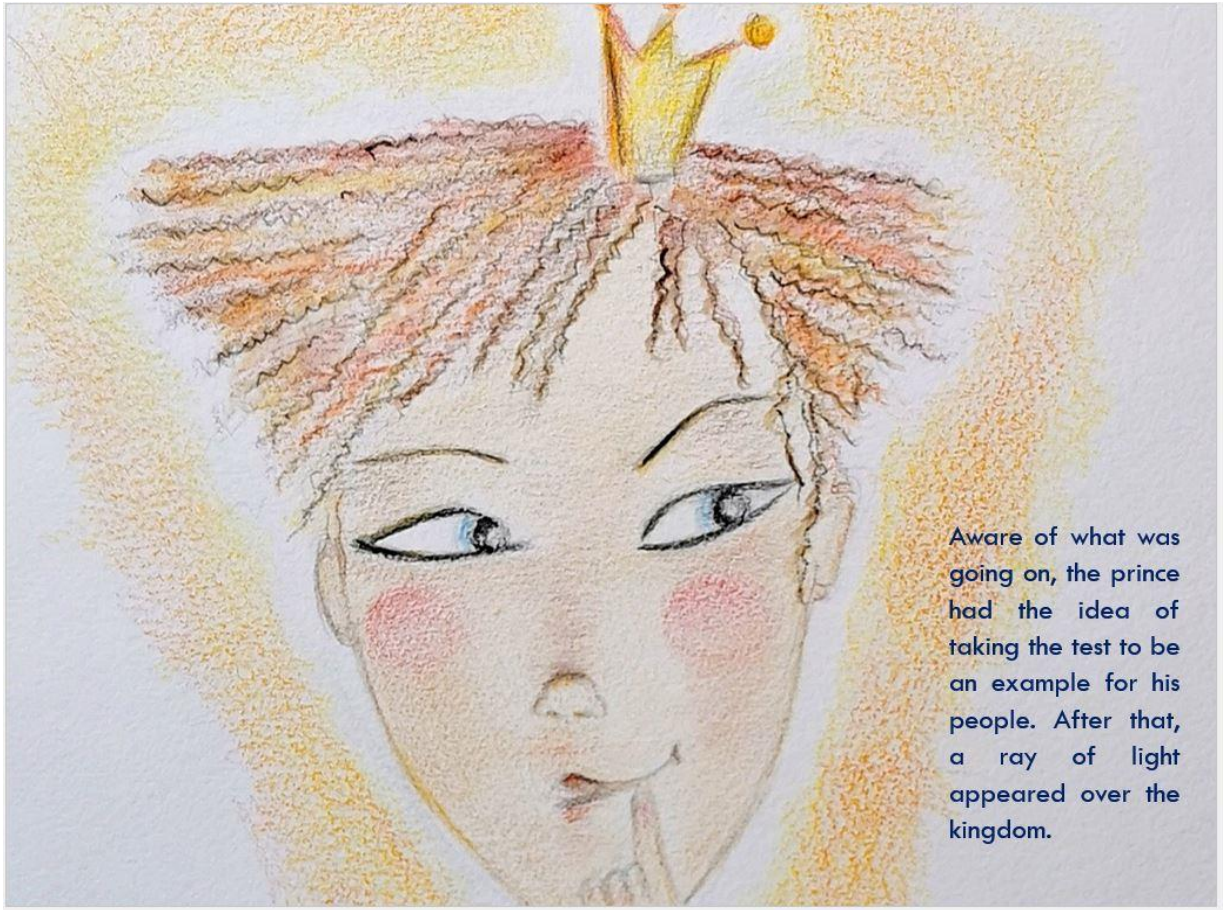


In a far, far land there was a young prince who was admired by all the children of the kingdom.

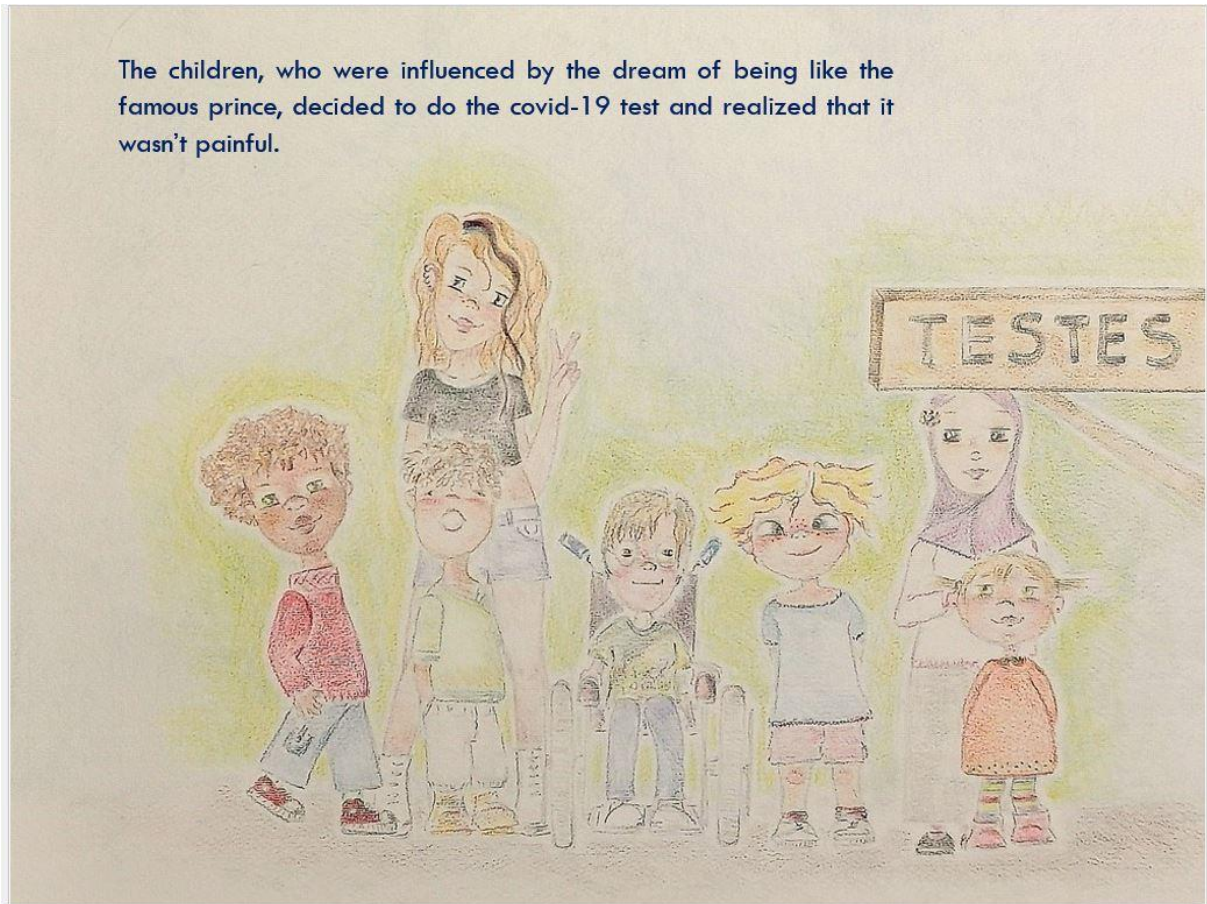
His conquests in the battlefield, his intelligence, his kindness, and his abilities in using a sword, would certainly make him a powerful and respected king in the future.





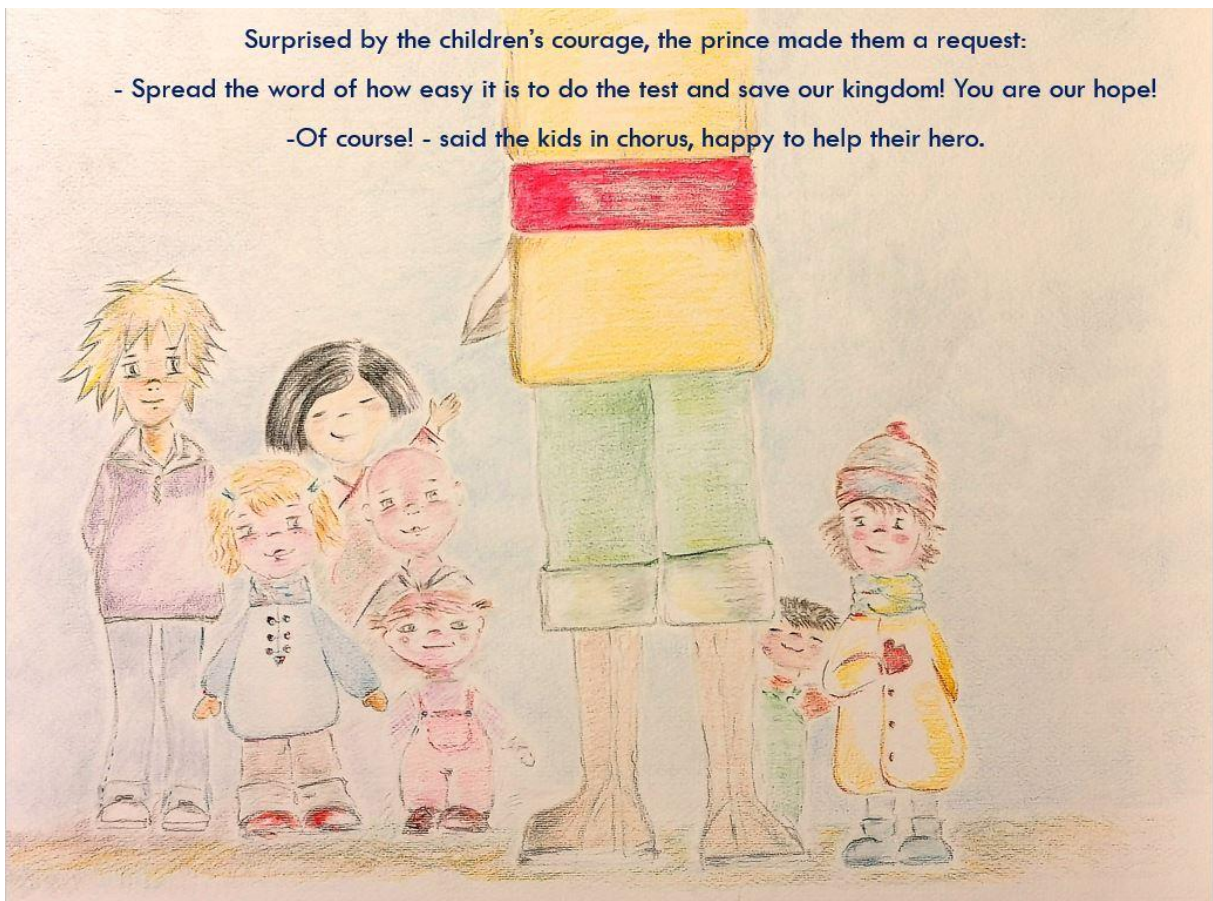


The children, who were influenced by the dream of being like the famous prince, decided to do the covid-19 test and realized that it wasn't painful.

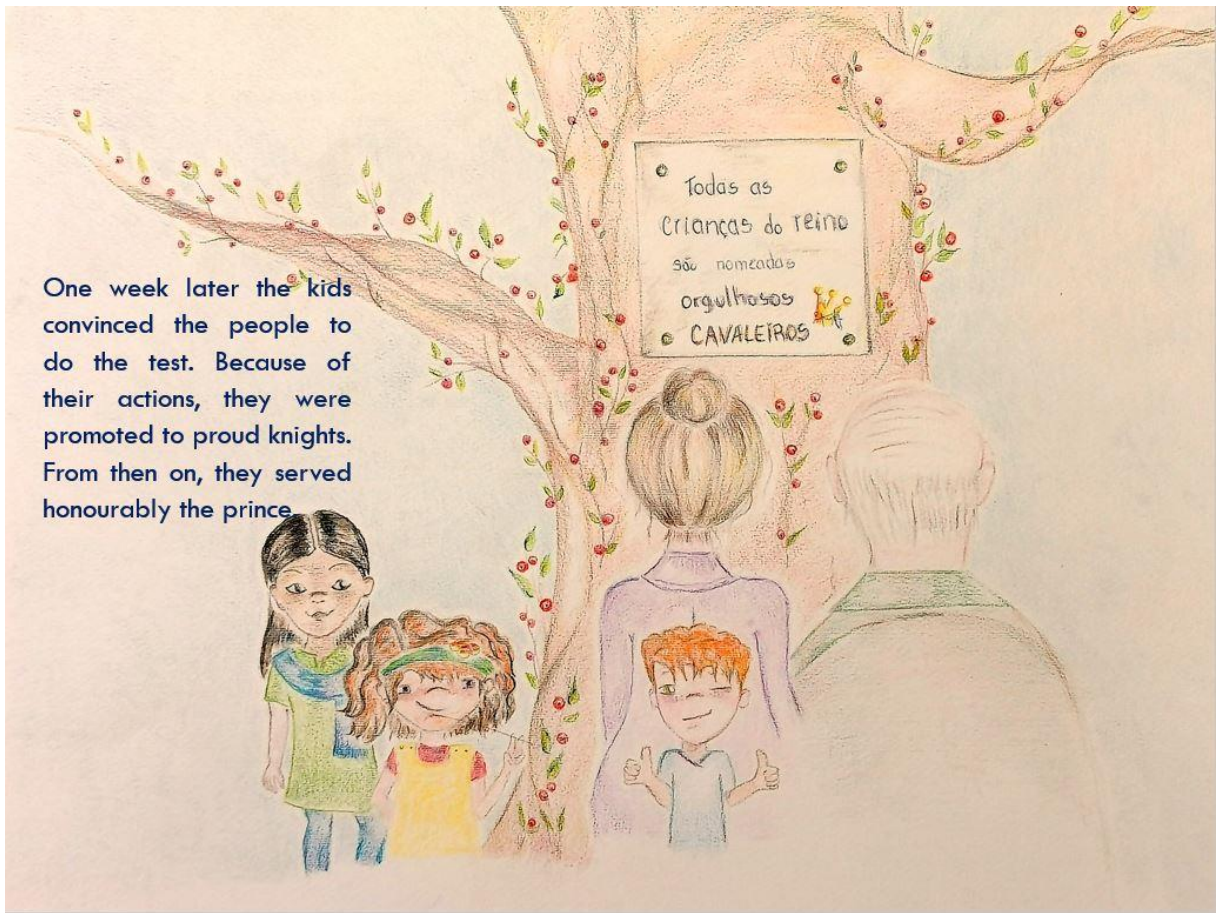


Surprised by the children's courage, the prince made them a request:

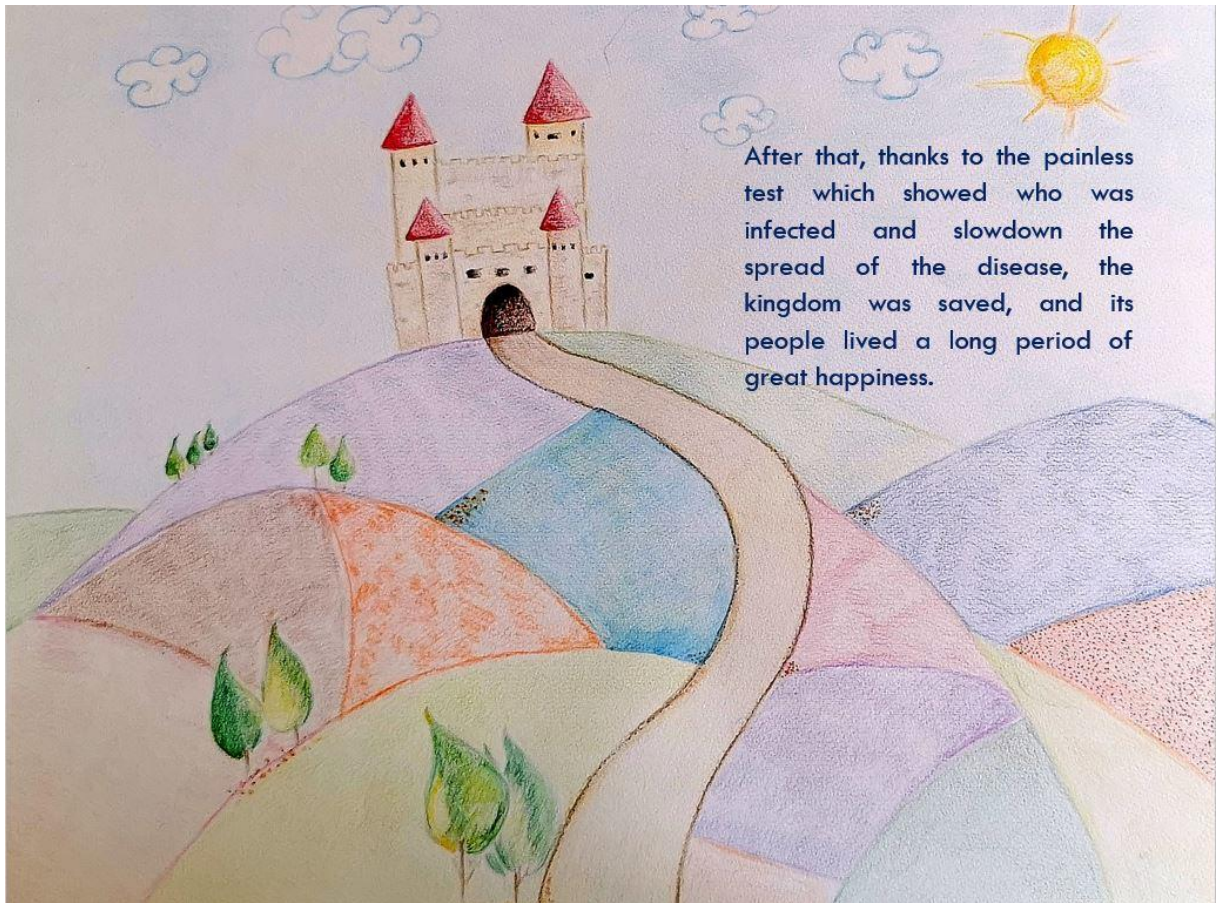
- Spread the word of how easy it is to do the test and save our kingdom! You are our hope!
- Of course! - said the kids in chorus, happy to help their hero.



One week later the kids convinced the people to do the test. Because of their actions, they were promoted to proud knights. From then on, they served honourably the prince.



After that, thanks to the painless test which showed who was infected and slowdown the spread of the disease, the kingdom was saved, and its people lived a long period of great happiness.





Author: Lúcio Ferreira. Escola Secundária Almeida Garrett (ESAG), Vila Nova de Gaia.

Illustration: Ana Cristina Ranha. RN. MAC.CHLC

Coordination: Ana Lúcia Duarte Marques. RN. MAC.CHLC.

Collaboration: Teresa Marques & Paula Teixeira. Teachers. ESAG

Elaborated during the Course of Master Degree in Pediatric Nursing, under the supervision of RN António Pereira and PHD Paula Diogo.

March 2021

Lisbon

**APÊNDICE XVI- Plano da Ação de Formação no Serviço de
Urgência de Pediatria**

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: Promoção da gestão emocional da criança e família, em contexto de pandemia, no SUP

Local: Plataforma zoom **Data:** 19 /03 /2021 **Hora:** 14 H

Objectivo geral: Refletir sobre a intervenção de enfermagem na promoção da gestão emocional da criança e família no SUP, em contexto de pandemia.

Objectivos específicos:

- Analisar o impacto da pandemia na emocionalidade da criança
- Sensibilizar para o trabalho emocional em enfermagem à luz do modelo TEEP
- Refletir sobre as estratégias de gestão emocional da criança e família no SUP
- Apresentar o projeto "o teste dos cavaleiros"

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
Gestão Emocional Gestão Emocional nos cuidados pediátricos Emoções no processo saúde-doença na criança Emoções em contexto de pandemia por COVID-19, na criança Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica Intervenções de gestão emocional no SUP O conto como estratégia de gestão emocional Conto: O Teste dos Cavaleiros	Expositivo e Participativo	Plataforma zoom	1H	Ana Marques

APÊNDICE XVII- Apresentação da Sessão de Formação



Promoção da gestão emocional da criança e família, em contexto de pandemia, no SUP

Discente: Enf. Ana Lúcia Duarte Marques

Docente: Professora Doutora Paula Diogo

Enfermeiro Orientador: Enfermeiro Especialista em ESIP António Pereira

Objetivos

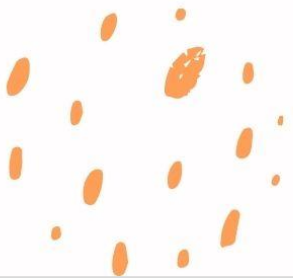
- Analisar o impacto da pandemia na emocionalidade da criança
- Sensibilizar para o trabalho emocional em enfermagem à luz do modelo TEEP
- Refletir sobre as estratégias de gestão emocional da criança e família no SUP
- Apresentar o projecto "o teste dos cavaleiros"



Gestão emocional

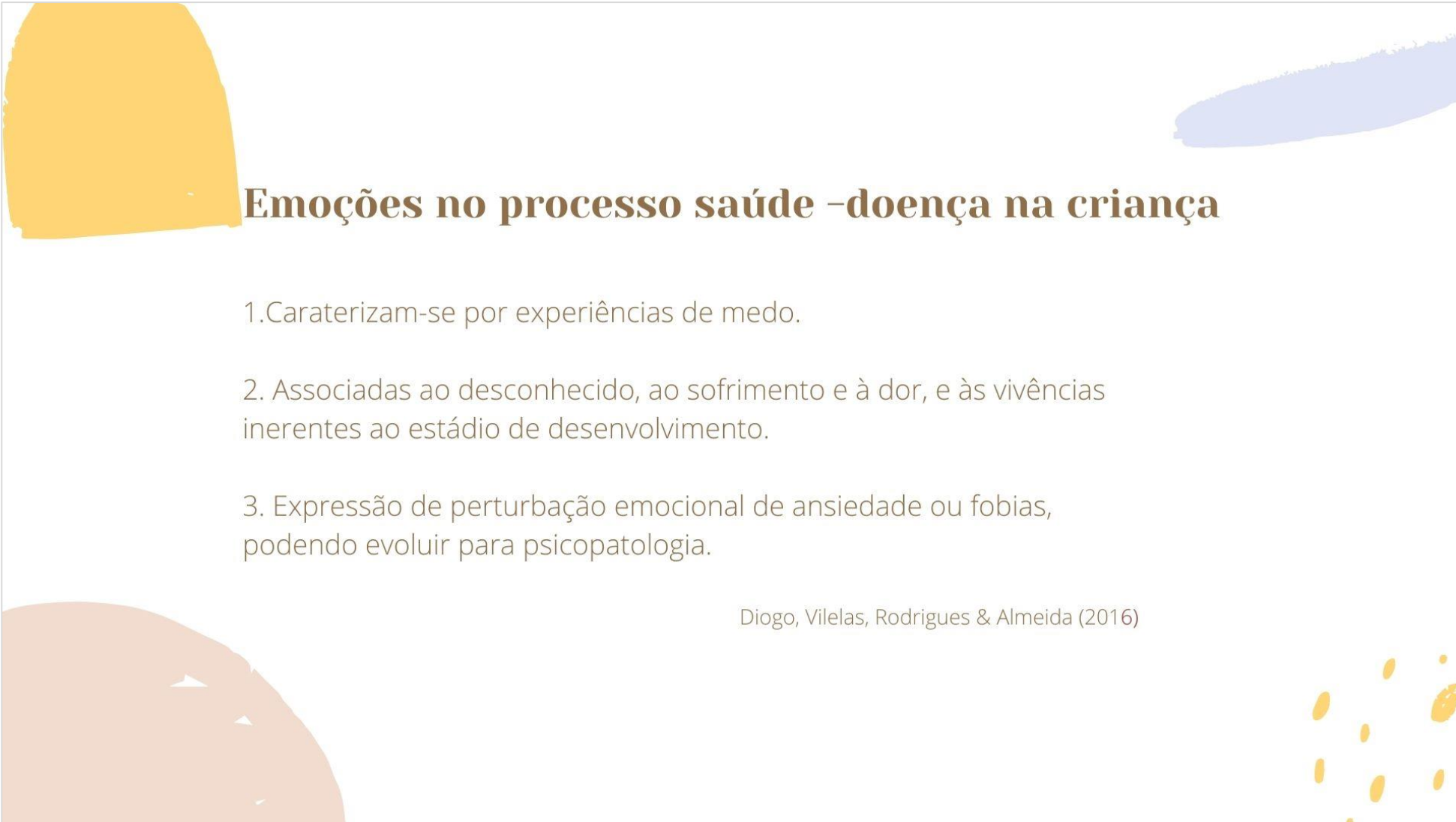
A gestão emocional permite regular a emocionalidade, ou seja, atenuar as disrupções emocionais e por conseguinte facilita o autocontrolo, promovendo o bem-estar (Diogo, 2015).

Gestão emocional nos cuidados pediátricos



Na prática de enfermagem em contexto pediátrico, as emoções dão sentido ao agir dos enfermeiros e dão sentido ao próprio cuidar, preenchendo o vazio dos cuidados técnicos, orientando o relacionamento entre a pessoa cuidada e a pessoa que cuida (Diogo, 2006).

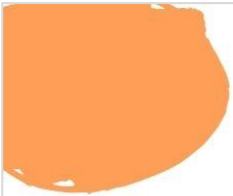




Emoções no processo saúde –doença na criança

1. Caraterizam-se por experiências de medo.
2. Associadas ao desconhecido, ao sofrimento e à dor, e às vivências inerentes ao estágio de desenvolvimento.
3. Expressão de perturbação emocional de ansiedade ou fobias, podendo evoluir para psicopatologia.

Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida (2016)



MEDO no Serviço de Urgência Pediátrico..

...necessitando de

- intervenção na gestão emocional das crianças e famílias;
- intervenção realizada desde a triagem.

... relacionado com ...

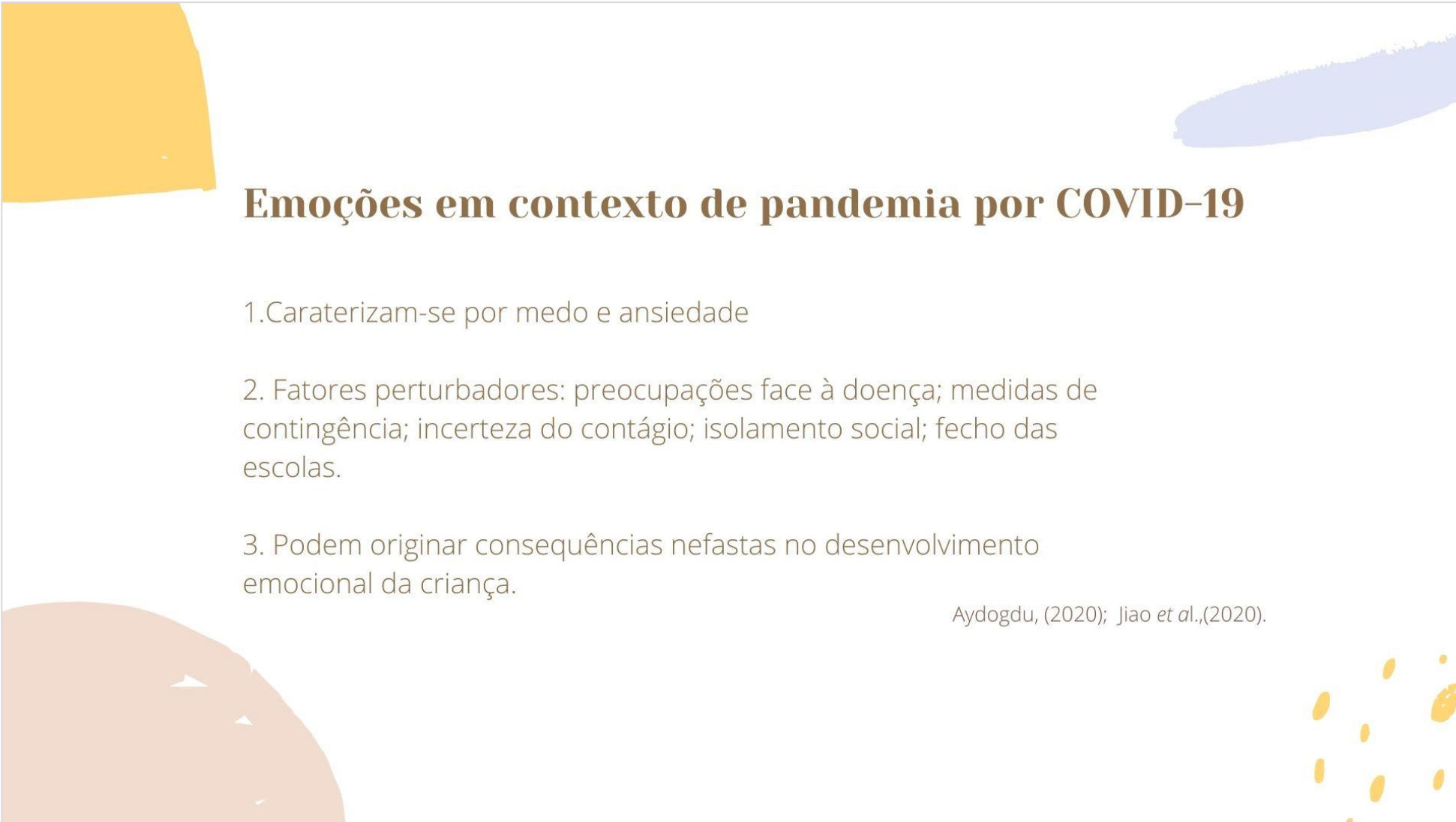
- a perceção de ameaça;
- desconhecimento do prognóstico;
- hospitalização;
- equipa médica e de enfermagem.

... onde se destacam...

- procedimentos geradores de dor;
- injetáveis,
- punções venosas

Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, (2016)

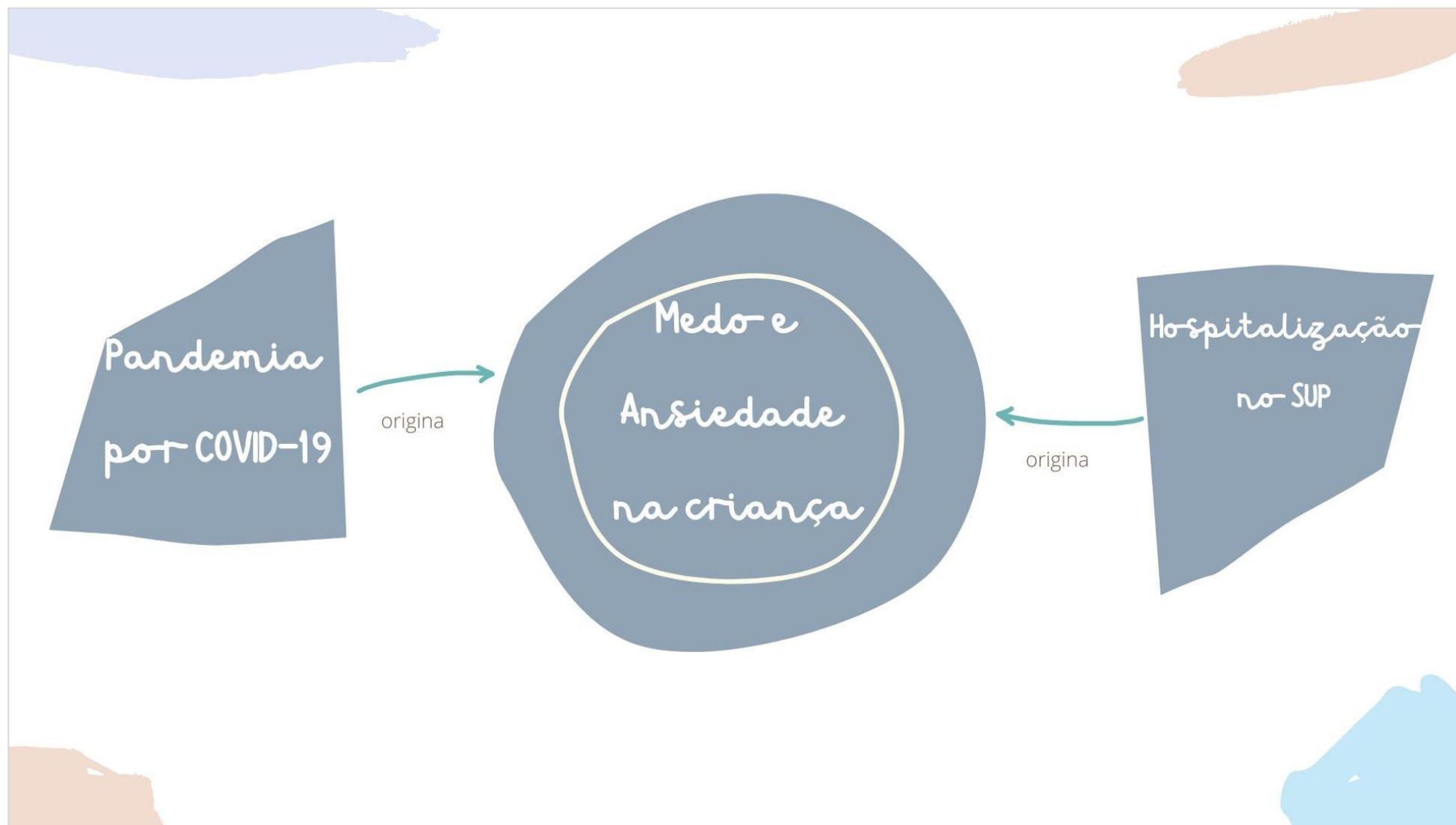


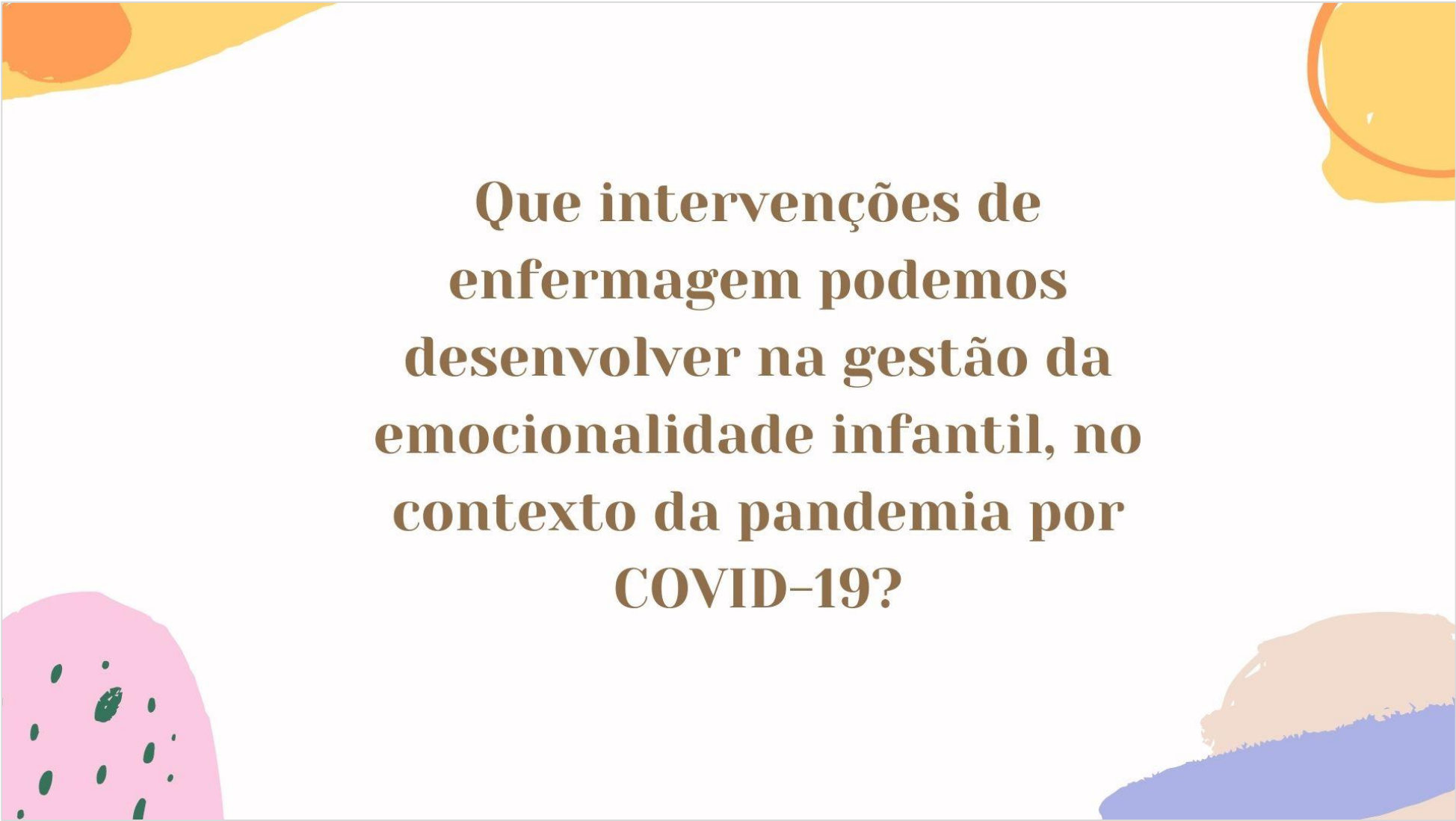


Emoções em contexto de pandemia por COVID-19

1. Caracterizam-se por medo e ansiedade
2. Fatores perturbadores: preocupações face à doença; medidas de contingência; incerteza do contágio; isolamento social; fecho das escolas.
3. Podem originar consequências nefastas no desenvolvimento emocional da criança.

Aydogdu, (2020); Jiao *et al.*, (2020).





**Que intervenções de
enfermagem podemos
desenvolver na gestão da
emocionalidade infantil, no
contexto da pandemia por
COVID-19?**

Cuidados não
traumáticos

Cuidados Centrados
na Família

Cuidar em Enfermagem Pediátrica

Modelo
TEEP

Parceria de
Cuidados

Modelo de Trabalho emocional em Pediatria

Integra os princípios da Enfermagem Pediátrica.

Facilita a gestão da emocionalidade da criança, família e do enfermeiro associada a situações de cuidados.

Contribui para a transformação das experiências negativas em momentos positivos e de crescimento pessoal, através da prestação de cuidados holísticos e humanizados, que promovem a compreensão do indivíduo e a relação terapêutica enfermeiro-utente



Diogo (2015, 2019)



Promover um ambiente seguro e afetivo

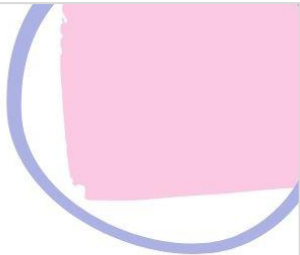
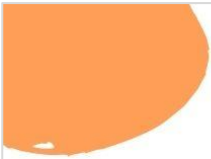
Acolhimento da família

Expressão de afeto

Geração de um ambiente
familiar e em sintonia com o
mundo infantil

Afixação de Fotografias

Despedidas calorosas



Nutrir os cuidados com afeto

Sorriso e olhar meigo

Tom de voz calmo

Falar animado

Expressões de carinho

Dar colo e embalar





Facilitar a gestão das emoções dos clientes

Preparação para procedimentos

Fornecimento de informações

Favorecimento da expressão de sentimentos

Potenciação de reforço positivo

Promoção da esperança



Construir a estabilidade na relação

Envolvimento emocional

Gestão de episódios

conflituosos

Equilíbrio de poderes



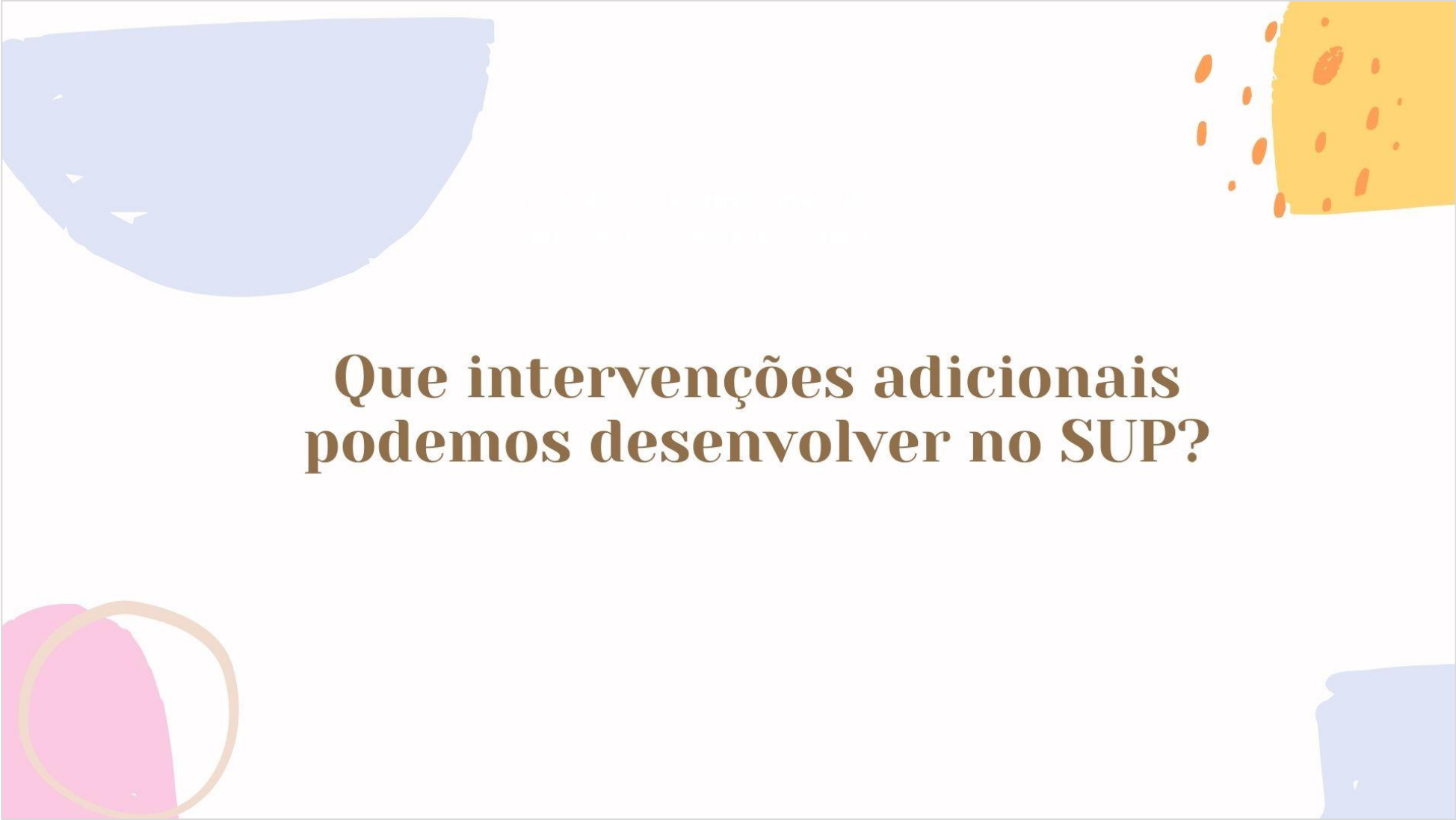
Regular a disposição emocional para cuidar

Análise das experiências

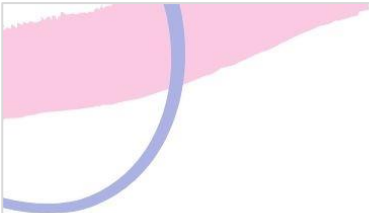
Partilha de sentimentos com
colegas

Compreensão das reações
emocionais das famílias

Promoção de um ambiente
positivo dentro da equipa



**Que intervenções adicionais
podemos desenvolver no SUP?**



Intervenções cognitivas

Informação antecipatória
Distração
(pequenos jogos, bolas de sabão)
Reforço positivo
Imaginação guiada
(histórias de super-heróis, pensamentos dirigidos numa ideia ou imagem agradável)
Simulação ou Modelação

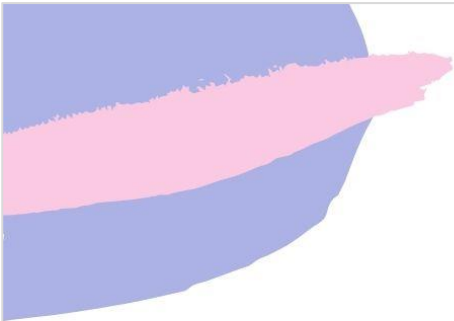
Intervenções comportamentais

Exercícios de respiração diafragmática.
Exercícios de relaxamento progressivo.



Intervenções cognitivo-comportamentais

Intervenções que combinam as duas anteriores



O conto como estratégia de gestão emocional

- Possibilita a aprendizagem
- Reduz a complexidade do ambiente
- Oferece a oportunidade de contactar com o perigo de forma segura
- Melhora a aceitação de procedimentos dolorosos
- Aumenta a confiança da criança na equipa
- Diminui o medo e a ansiedade

Brondani & Pedro,(2020); Yati, Whayuni e Islaeli (2017); Al-Yateem, Brenner, Shorrab e Docherty (2016)

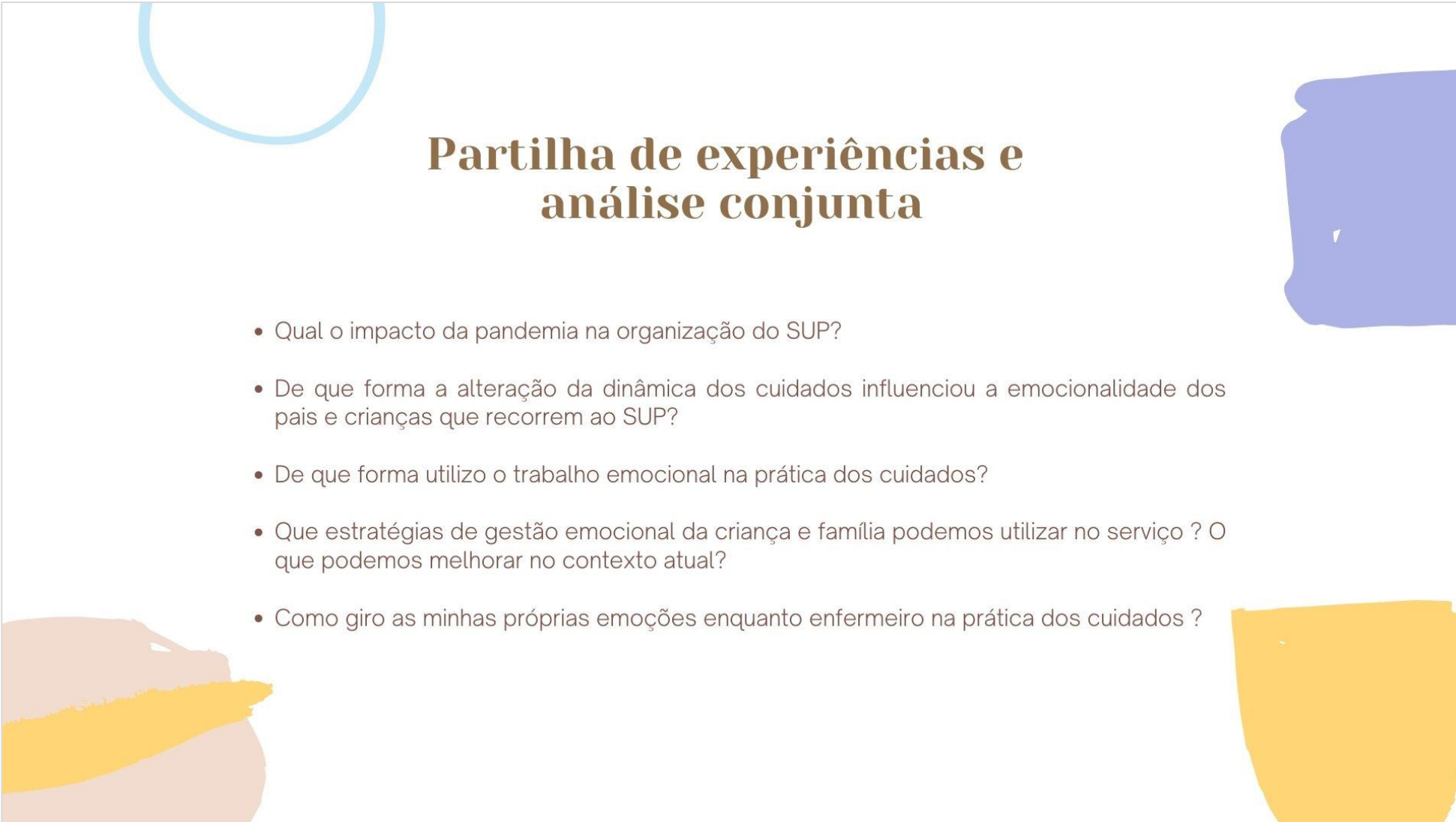
Conto: O teste dos cavaleiros



Outras estratégias adicionais...

- Teatro
- Música
- Escrita
- Fantoches
- Desenho
- Humor
- Arte

Ordem dos Enfermeiros, (2013)



Partilha de experiências e análise conjunta

- Qual o impacto da pandemia na organização do SUP?
- De que forma a alteração da dinâmica dos cuidados influenciou a emocionalidade dos pais e crianças que recorrem ao SUP?
- De que forma utilizo o trabalho emocional na prática dos cuidados?
- Que estratégias de gestão emocional da criança e família podemos utilizar no serviço ? O que podemos melhorar no contexto atual?
- Como giro as minhas próprias emoções enquanto enfermeiro na prática dos cuidados ?

Obrigada!

Referências bibliográficas

Al-Yateem, N., Brenner, M., Shorrab, A.A., & Docherty, C. (2016) Play distraction versus pharmacological treatment to reduce anxiety levels in children undergoing day surgery: a randomized controlled non-inferiority trial *Child Care Health Dev.* Jul;42(4):572-81. Disponível através de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27080806/>

Brondani J.P, Pedro E.N.R., (2019) The use of children's stories in nursing care for the child: an integrative review. *Rev Bras Enfer.*;72(Suppl 3):333-42. Disponível através de: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0456>

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

Diogo, P. (2015). Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (2ªed). Loures. Lusodidacta. ISBN: 9789898075468

Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um modelo orientador da prática (2ª versão revista) Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491-Trabalho_EmocionalEmEnfermagemPediatica_umModelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista

Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida (2016). Os medos das crianças em contexto de Urgencia Pediátrica: o enfermeiro enquanto gestor emocional. *Revista Pensar Enfermagem.* vol. 20, nº2

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente (9º ed.). Loures: Lusociência.

Jiao W.Y., Wang L. N, Liu J., Fang S. F., Jiao F.Y, Pettoello-Mantovani M., Eli Somekh, E. (2020) Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *Journal of Pediatric.* 2020 Jun; 221: 264–266.e1. Disponível através de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7127630/>

OE, (2013, a). Guia Orientador de boa prática. Estratégias não farmacológicas do controlo da dor na criança. Serie I, Número 6. ISBN: 978-989-8444-23-3

Yati, M., Wahyuni, S., Islaeli, I. (2017) The effect of storytelling in a play therapy on Anxiety level in pre-school children during Hospitalization in the general hospital of Buton. *Public Health of Indonesia.* 3 (3): 96-101 Disponível através de: https://www.researchgate.net/publication/336648599-THE_EFFECT_OF_STORYTELLING_IN_A_PLAY_THERAPY_ON_ANXIETY_LEVEL_IN_PRE-SCHOOL_CHILDREN_DURING_HOSPITALIZATION_IN_THE_GENERAL_HOSPITAL_OF_BUTON

**APÊNDICE XVIII – Síntese Reflexiva: Unidade de
Neonatologia**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

11º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM NA

ÁREA DE ESPECIALIDADE DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

- Síntese Reflexiva-

Unidade de Neonatologia

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Discente: Ana Lúcia Duarte Marques (aluno nº4006)

Lisboa, 2021

1. Justificação da atividade

O presente trabalho, realizado no âmbito do estágio Serviço de Neonatologia, pretende apresentar uma reflexão sobre o domínio das competências emocionais no âmbito da intervenção do EEESIP.

2. Reflexão

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011, p.14) estabelece que “o exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde da criança e do jovem é especificado a partir da filosofia de cuidados de enfermagem pediátrica, que evidencia os cuidados centrados na família, com ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes”.

Este regulamento acrescenta que, concebendo a família como o contexto da criança e do jovem, “os cuidados de enfermagem implicam uma comunicação efetiva, tendo em conta intervenções ao nível dos seguintes domínios de atuação: envolvimento, participação e parceria de cuidados; capacitação e negociação de cuidados” (OE,2011, p.14). Tendo em conta estes pressupostos, em contexto de pandemia, as novas regras adotadas pelos serviços pediátricos, que limitam a presença dos pais e a sua participação nos cuidados, dificultam a implementação de cuidados pediátricos com qualidade.

Tal como nos restantes serviços de Neonatologia do país (Silva & Apóstolo, 2020), o serviço de neonatologia onde desempenho funções foi também objeto de reestruturação, vendo as suas dinâmicas, métodos de trabalho e organização dos cuidados sofrerem alterações, o que teve implicações na emocionalidade familiar.

Tendo em conta este contexto, implementei momentos de partilha, onde os pais pudessem exprimir livremente as suas opiniões e sentimentos. Nestes momentos, os pais manifestavam angústia com o facto de não poderem estar tão presentes nos cuidados ao seu filho como desejariam. Os equipamentos de proteção individual, a necessidade constante de fazerem testes COVID-19, a imposição da presença de apenas um acompanhante por dia, a dificuldade de comunicação com a equipa, os

medos de uma possível infecção dos pais e consequente isolamento do seu bebê, a solidão, a dificuldade de acesso ao serviço devido ao confinamento, as alterações financeiras, as preocupações com a família alargada, entre outros, foram fatores apontadas pelos pais como geradores de stress e ansiedade, revelando exaustão, desgaste e sobrecarga emocional. Estas emoções, em alguns casos precediam o nascimento do bebê, estando relacionadas com vivência de uma gravidez num contexto atípico, que se tornou solitária, com dificuldade de acesso do pai a consultas e exames obstétricos, dificuldades em partilhar a gravidez com família e amigos, e medos relacionados com uma possível infecção da grávida e do feto por COVID-19, em muitos casos.

Facilmente se depreende que, em neonatologia, a circunstância pandémica e todas as suas condicionantes, envolvem o *cuidar* numa intensa emocionalidade. Tendo em conta esta realidade, as minhas interações com os recém-nascidos e famílias procuraram desenvolver um verdadeiro trabalho emocional, de forma intencional e terapêutica. Para Diogo (2015) o trabalho emocional apresenta uma dupla centralidade já que os enfermeiros procuram capacitar os clientes na gestão da sua emocionalidade, promovendo um ambiente seguro e afetuoso, nutrindo os cuidados com afeto, promovendo a gestão das emoções dos clientes e construindo a estabilidade na relação terapêutica, e simultaneamente, regulam a sua disposição emocional para cuidar, regulando as suas próprias emoções. Estes são aliás os princípios do Modelo TEEP (Diogo, 2019) que procurei implementar em todas as interações e situações de cuidados com o recém-nascido e família.

Para além disso, neste ensino clínico procurei encontrar estratégias facilitadoras da regulação emocional dos pais em isolamento por COVID-19, e que por esse motivo não poderiam deslocar-se à Unidade. Assim desenvolvi estratégias do foro digital, apontadas pela literatura como instrumentos fundamentais de regulação emocional no contexto pandémico (Murray e Swanson, 2020), bem como estratégias de escrita expressiva, promotoras da vinculação e da esperança (Charepe, 2014).

A dimensão emocional dos cuidados foi também objeto de reflexão e partilha com a equipa e com os pares, e por isso, desenvolvi também atividades de investigação, que em conjunto com as apresentações científicas realizadas, contribuíram para a disseminação do conhecimento na área da gestão emocional da família na transição

para as práticas, tendo inclusivamente permitido a alteração da política de visitas da Unidade, bem como a melhoria de cuidados ao recém-nascido e família.

Partilho da opinião de (Diogo, Costa, Freitas e Gaíva (2021) que referem que a competência emocional, sendo parte essencial do cuidado humano, é um conceito que “necessita de ser valorizado na prática de cuidados de enfermagem, pois é fundamental para o bem-estar dos clientes bem como dos enfermeiros, incluindo sua satisfação profissional. Trata-se de realçar a competência emocional como um requisito primordial do desempenho diário do enfermeiro em contexto de cuidados pediátricos”.

3. Conclusão

Este estágio foi para mim muito enriquecedor, na medida em que, tratando-se do meu local de trabalho, me permitiu refletir sobre muitas situações do meu quotidiano profissional, possibilitando-me a aquisição de uma nova visão dos cuidados, a perspetiva de uma futura EEESIP.

Esta aprendizagem possibilitou-me adquirir um referencial para a prática especializada, estimulando continuamente a reflexão sobre a qualidade do exercício profissional. As intervenções que desenvolvi no âmbito da gestão da emocionalidade parental constituem processos de melhoria contínua da qualidade, pelo que é com grande satisfação que termino mais uma etapa do meu percurso formativo.

Referências bibliográficas

- Charepe, Z. (2014). Promover a Esperança em pais de crianças com doença crónica – Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa.
- Diogo, P.; Freitas B.; Costa A.; Gaíva, M (2021). O cuidar em enfermagem pediátrica na perspetiva das emoções: de nighntingale à atualidade. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(4):e20200377. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0377>
- Diogo (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (2ªed)*. Loures. Lusodidacta. ISBN: 9789898075468
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um modelo orientador da prática (2ª versão revista) Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista
- Murray, P. & Swanson, J. (2020). Visitation restrictions: is it right and how do we support families in the NICU during COVID-19? *Journal of Perinatology*, 40 1576-1581. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41372-020-00781-1>
- OE (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadroesqualidadecuidadosespecializadosenfermagemsaudecriancajovem.pdf>
- Silva, E. & Apóstolo, J. (2021). Presença dos pais nas Unidades de Neonatologia Portuguesas durante a pandemia COVID-19. *Revista Investigação em Enfermagem*. 34 (2) 39-45.

**APÊNDICE XIX – Instrução de trabalho: Abordagem da
família em isolamento por COVID-19 na Unidade
Neonatologia**

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Orientação COVID-19
	ABORDAGEM DA FAMÍLIA NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA NO ÂMBITO DO ISOLAMENTO POR COVID-19.

1- OBJETIVOS

- Descrever os procedimentos de atuação por parte da equipa de enfermagem, na Unidade de Neonatologia do polo MAC, no âmbito do isolamento familiar em contexto pandémico.
- Assegurar a prestação de cuidados de enfermagem humanizados à família em isolamento, no contexto pandémico.
- Implementar intervenções de enfermagem promotoras da gestão emocional da família.

2 - ÂMBITO DE APLICAÇÃO

O presente procedimento destina-se à Unidade de Neonatologia da MAC.

3– DESCRIÇÃO

A recente pandemia gerada pela COVID-19 tem vindo a revelar-se como um acontecimento global de grande impacto, tendo colocado os sistemas de saúde de todo o mundo sob uma grande pressão, necessitando de uma reorganização complexa e desafiante.

Os enfermeiros assumem um papel privilegiado neste âmbito, sendo a sua intervenção crucial para a promoção da parentalidade e da vinculação em circunstâncias extraordinariamente difíceis, como as que estamos a viver.

Apesar de as Unidades de Neonatologia não se encontrarem no epicentro da crise sanitária global, estas unidades viram-se forçadas a adotar planos de contingência com o objetivo de proteger os recém-nascido, as suas famílias e os profissionais, o que veio alterar a organização e dinâmica de trabalho; os cuidados perinatais e neonatais; bem como a comunicação da equipa de enfermagem com as famílias (Montes, *et al*, 2020; Murray & Swanson, 2020; Tscherning, Sizun & Kuhn, 2020).

O estudo de Silva e Apóstolo (2021) sobre a presença dos pais nas Unidades de Neonatologia Portuguesas durante a pandemia por COVID-19, concluiu que em 23 unidades das 44 identificadas no setor público do SNS, foram introduzidas variadíssimas medidas de contingência, havendo unidades onde a presença dos pais manteve-se 24/24 horas, 7 dias por semana, e outras onde as restrições foram totais. As razões apontadas para a redução ou alteração da política de visitas dos pais visaram a diminuição do número de pessoas a circular na Unidade; a manutenção do distanciamento social recomendado; a redução de gastos com material e equipamento de proteção individual; e, a redução do risco de infeção. Estas restrições, segundo os mesmos autores, resultaram numa maior preocupação dos profissionais com o bem-estar dos pais e dos recém-nascidos; com o sucesso da amamentação; e, com a relação estabelecida entre os pais e a equipa.

De facto, as investigações recentes têm vindo a demonstrar que as alterações introduzidas nas Unidades de Neonatologia no decurso da pandemia, são percecionadas pelos pais como excessivamente restritivas. Estas restrições resultam num menor tempo de visita, dificultando o envolvimento emocional com o recém-nascido, a participação nos cuidados, e o estabelecimento da amamentação (Muniraman *et al*. 2020; Mahoney *et al*. 2020; Bainter *et al*. 2020)

Para além destes aspetos, as limitações impostas pela COVID-19 têm vindo a originar repercussões psicológicas importantes nas famílias. De acordo com Bambichi *et al* (2020) os pais dos recém-nascidos internados apresentam emoções disfóricas (tristeza, raiva, medo, preocupação) e sofrimento relacional (separação do companheiro, separação do recém-nascido), necessitando de utilizar estratégias adaptativas (projetar uma mudança no contexto, focar no bebé, racionalizar) para lidar com esta nova realidade.

As limitações impostas pela COVID-19 podem também ter um impacto importante no desenvolvimento do recém-nascido. A investigação tem vindo a demonstrar que a participação dos pais nos cuidados, bem como o contacto pele-a-pele favorecem o desenvolvimento neurocomportamental do recém-nascido a médio e longo prazo. Por exemplo, o estudo de Latva *et al* (2004) verificou que o menor número de visitas e interações dos pais com o recém-nascido prematuro internado na Unidade de Neonatologia, pode conduzir a alterações comportamentais e problemas emocionais futuros na criança.

Tendo em conta esta realidade, é necessário que os profissionais e as instituições procurem estratégias para lidar com o impacto da pandemia conciliando, de forma estruturada, as necessidades dos recém-nascidos e das famílias com as novas circunstâncias.

Na opinião de Tscherning, Sizun e Kuhn (2020), com vista a minorar o impacto emocional da nova realidade na família, as instituições devem, sempre que possível, manter o envolvimento dos pais nos cuidados ao recém-nascido, manter a promoção do contacto pele-a-pele, e promover a amamentação. Os autores reforçam ainda o uso de estratégias da esfera digital para minorar o impacto das restrições.

Na mesma linha de pensamento Webb e colaboradores (2020) defendem que as estratégias tecnológicas podem constituir-se como um instrumento valioso para lidar com processos emocionalmente intensos nas Unidades de Cuidados Intensivos. No estudo realizado no âmbito da pandemia, os investigadores concluíram que as videochamadas realizadas pelas equipas para as famílias, revelaram ser benéficas tanto para os doentes como para os profissionais, salientando a maior interatividade e dinâmica de grupo das videochamadas, comparativamente às chamadas telefónicas isoladas. Para estes autores as famílias que podem visualizar e interagir com os profissionais, apresentam uma melhor comunicação, compreensão e confiança na equipa. Os autores salientam ainda o baixo custo desta estratégia tendo em conta os vastos benefícios, devendo por isso ser incentivada a sua utilização.

3.1 – Intervenção de enfermagem na Unidade de Neonatologia, no contexto de isolamento familiar por COVID-19.

As famílias cujos recém-nascidos estão internados em Unidades de Neonatologia, pela natureza dos longos internamentos, podem beneficiar das estratégias do foro digital. A utilização de videochamadas, bem como do correio eletrónico, poderão ser instrumentos úteis para a comunicação com a família, sendo aconselhada como forma de minorar o impacto das restrições impostas pela pandemia (Cena, *et al*, 2021; Tscherning, Sizun & Kuhn, 2020).

Para os pais que estão em isolamento por COVID-19, a via digital torna-se ainda mais importante e imprescindível, constituindo-se como um instrumento promotor da gestão emocional da família fundamental, tornando-se essencial a realização de uma intervenção estruturada e humanizada por parte da equipa (Cena, *et al*, 2020).

Neste sentido sugere-se o envio do documento “diário digital do bebé”, aos pais que estão em isolamento, com o objetivo de expressarem as suas emoções, registarem a evolução do seu bebé, perspetivarem as conquistas e a resolução das dificuldades, encarando o futuro de modo mais positivo. (Cena, *et al*, 2020; Zante *et al*. 2020).

De facto, os estudos têm vindo a revelar que escrever sobre eventos traumáticos, perturbadores e sobre estados emocionais do próprio, resulta em melhorias no bem-estar emocional. Neste sentido, a evidência científica revela que a promoção da escrita expressiva pode ser utilizada como estratégia de enfermagem de elevado valor terapêutico.

A título de exemplo, o estudo quasi-experimental de Kadivar e colaboradores (2015) realizado numa Unidade de Neonatologia com 70 mães de recém-nascidos prematuros, mostrou que o nível de stress materno era significativamente menor nas mães a quem foi possibilitada a escrita expressiva, comparativamente com o grupo que não tinha tido essa opção.

Os mesmos autores (Kadivar *et al*, 2016) verificaram também que o nível de satisfação com os cuidados na Unidade de Neonatologia era significativamente maior no grupo que realizou escrita expressiva, comparativamente com o grupo de controle.

Na mesma linha de pensamento sugere-se também o envio de fotografias para a família por via digital, enfatizando as características individuais do recém-nascido e celebrando pequenas vitórias, o que pode ser realizado com recurso aos cartões “as minhas primeiras conquistas”.

Na perspetiva de Charepe (2014), a intervenção de enfermagem junto de pais de crianças com internamentos longos deverá focar-se na promoção da esperança e na celebração das conquistas, independentemente da sua amplitude, sendo que a autora realça a importância da realização de um diário da esperança, com inclusão de fotografias e reflexões importantes para os pais.

Estas estratégias poderão desempenhar um papel importante na transição para a parentalidade, uma vez que reconhecer e amplificar as competências e conquistas do bebé junto dos pais aumenta a esperança no futuro, facilitando a vinculação precoce, e permitem o estabelecimento de interações, que de outro modo, no contexto pandémico, seriam impossibilitadas.

3.2 – Linhas orientadoras na abordagem à família em isolamento por COVID-19

Seguidamente apresentam-se os aspetos considerados essenciais na abordagem à família em isolamento por COVID-19, na Unidade de Neonatologia da MAC.

- a) Verificação do número de telemóvel constante do processo.
- b) Solicitação de autorização para a utilização da aplicação móvel *watsapp* para a realização de videochamadas.
- c) Agendamento das videochamadas realizadas por via do *tablet* do Serviço.
- d) Registo em folha própria, com identificação e vinheta do recém-nascido.
- e) Solicitação de e-mail preferencial para envio de documentação pertinente sobre organização e dinâmica do serviço, bem como outros documentos em formato de folheto digital.
- f) Envio de documento “diário digital do bebé”, em formato *pdf* editável, para *download*, impressão e preenchimento, se a família o desejar.
- g) Solicitação para autorização de envio de fotografias do recém-nascido.

- h) Envio de fotografias em momentos-chave de conquistas do recém-nascido, utilizando os cartões “As minhas primeiras conquistas”.

O presente documento pretende apresentar linhas orientadoras na abordagem à família na Unidade de Neonatologia no âmbito do isolamento por COVID-19, sendo passível de sugestões e reformulações. Pretende-se sobretudo contribuir para a melhoria dos cuidados na Unidade de Neonatologia, na busca da excelência, no conturbado momento atual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cena, L. *et al* (2020). The Collateral Impact of COVID-19 Emergency on Neonatal Intensive Care Units and Family-Centered Care: Challenges and Opportunities. *Frontiers in Psychology*. 12. 1-10
Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33165884/>
- Charepe, Z. (2014). Promover a Esperança em pais de crianças com doença crónica – Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa.
- Kadivar, M.; Seyedfatemi, N., Akbari, N.; & Haghani, H. (2015). The Effect of narrative writing on maternal stress in neonatal intensive care settings. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 28 (8) 938-43. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25046578/>
- Kadivar, M.; Seyedfatemi, N., Akbari, N.; & Haghani, H. (2016). **The effect of narrative writing of mothers on their satisfaction with care in neonatal intensive care unit.** *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 30(3): 352-356. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27112919/>
- Latva, R.; Lehtonen, L.; Salmelin, R. & Tamminen, T. (2004). Visiting less than everyday: A marker for later behavioral problems in Finnish preterm infants. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 158(12):1153–1157. Disponível em : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15583100/>
- Montes, M. *et al* (2020). Neonatal nursing in the COVID-19 pandemic: can we improve the future? *Journal of neonatal nursing*. 26 (247-251). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/342859796_Neonatal_nursing_in_the_COVID-19_pandemic_can_we_improve_the_future

- Murray, P. & Swanson, J. (2020). Visitation restrictions: is it right and how do we support families in the NICU during COVID-19? *Journal of Perinatology*, 40 1576-1581. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41372-020-00781-1>
- Silva, E. & Apóstolo, J. (2021). Presença dos pais nas Unidades de Neonatologia Portuguesas durante a pandemia COVID-19. *Revista Investigação em Enfermagem*. 34 (2) 39-45.
- Tscherning, Sizun & Kuhn (2020). Promoting attachment between parents and neonates despite the COVID-19 pandemic. *Acta Paediatrica*. 2020;109: (1937–1943). Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.15455>
- Webb, H.; Parson, M.; Hodgson, L.; & Dashwani, K. (2020). Virtual visiting and other technology adaptations for critical care. *Future Healthcare Journal*. 7 (3), 93-95. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7571754/>
- Zante, B.; Camenish, S.; Jeitziner M.; Jenni-Moser, B.; & Schefold (2020) Fighting a family tragedy: family-centred care in times of the COVID-19 pandemic. *Anaesthesiol. Intens. Ther.* 52, 336–338. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33165884/>

**APÊNDICE XX – Etiquetas comemorativas “as minhas
primeiras conquistas”**





Hoje deixei
o
ventilador



Hoje
respirei
sem ajuda



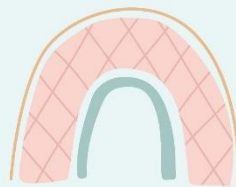
Hoje tomei
banho na
banheira



Hoje faço
1
semana



Hoje faço
2
semanas



Hoje faço
3
semanas



Hoje faço
4
semanas



Hoje deixei
o soro



Hoje deixei
a
fototerapia



Hoje peso
mais de
1000 g



Hoje peso
mais de
1500 g



Hoje peso
mais de
2000 g



*Hoje vou
para casa*



*Hoje fui
muito forte*



*Sou uma
guerreira*



*Sou um
guerreiro*



*Amo-te
muito Mamã*



*Amo-te
muito Papá*

APÊNDICE XXI – Diário digital do bebê

Diário digital do bebê



Queridos pais:

Sabemos que estes têm sido dias difíceis... e que provavelmente a tristeza de estar longe do vosso filho aumenta a cada dia...

No entanto, dias melhores virão, confiem!

Se se sentirem confortáveis o suficiente, aproveitem para escrever este diário sobre os vossos dias... certamente irão gostar de partilhar este diário com o bebé quando ele crescer!

Acreditem...em breve, terão todo o tempo do mundo para se abraçarem!

E que comece a maravilhosa aventura de ser pai e ser mãe...com tudo de bom!

A vossa equipa de enfermagem!



Notas e reflexões

Data :

Idade:

Idade Corrigida:

Peso:

Comprimento:

Questões para colocar...

As tuas conquistas...

Objetivos para hoje...



Sentimentos positivos...

Dificuldades...



Notas e reflexões



Fotos que me enviaram hoje...

O que me contaram
sobre ti...

Aventuras que vamos
viver juntos:

Mensagens para o meu bebê

Data :

Adaptado de:

Kay (2020). NICU Journal: a 9 week Neonatal Intensive Care Unit Notebook. Melanie Kay Journals. ISBN 979-8608344220

Elaborado por Ana Lúcia Marques, no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob a orientação da Prof. Doutora Paula Diogo e Enfermeira Especialista Ana Sofia Pereira.

Abril de 2021

APÊNDICE XXII –Apresentação para o *Webinar*: Trabalho emocional em Enfermagem Pediátrica em tempos de COVID-19, no contexto da Neonatologia



2.º WEBINAR

EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL

16 DEZEMBRO | 15h00 - 17h00

TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

Em diversos contextos de cuidados:

- Neonatologia
- Cardiologia Pediátrica
- Consulta de Saúde Infantil



2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

Serviço de Neonatologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa Principais características



- Capacidade para receber 34 recém-nascidos que necessitam de cuidados especializados;
- Referência para a Portugal Continental e Ilhas;
- Equipa de enfermagem constituída por aproximadamente 70 enfermeiros;
- Método de trabalho Individual. Prestação de cuidados assente na filosofia de Cuidados Centrados na Família, Cuidados em Parceria, Cuidados não traumáticos;
- Política de visitas pré-pandemia: pais podem estar presentes 24h/dia. Visita autorizada a outros elementos significativos, na presença de um dos pais, e sob autorização dos mesmos, das 16h às 17h;
- Política de visitas durante a pandemia: apenas 1 dos pais pode estar presente por dia, no turno das 9h-15h, ou no turno das 16h-22h. A visita está dependente da apresentação de teste negativo para SARS-CoV2 que deverá repetir de 10 em 10 dias, no Centro Hospitalar. Os pais deverão usar bata e máscara.



2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

Impacto dos planos de contingência da pandemia por COVID-19 nas UCIN

Alteração da organização e dinâmica de trabalho

- Medidas restritivas limitando o livre acesso dos pais e eliminando outros membros da família

Alteração dos cuidados perinatais e neonatais

- Limitações no contacto pele-a-pele e no aleitamento materno

Alteração da comunicação da família com a equipa de enfermagem

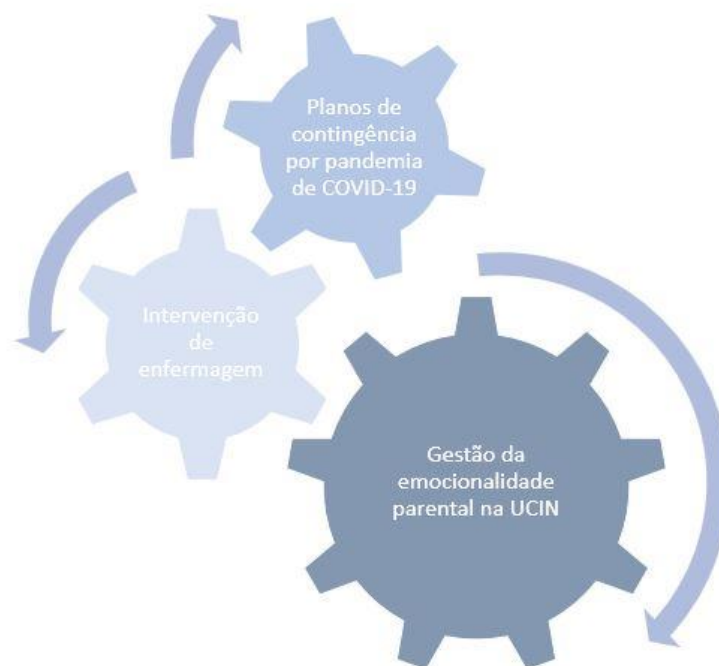
- Limitações no tempo disponibilizado aos pais para permanecer na Unidade
- Uso de máscaras que impede a comunicação não-verbal
- Insatisfação dos pais com plano de contingência

Montes *et al.* (2020)



2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

Impacto dos planos de contingência da pandemia por COVID-19 nas UCIN





2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

Modelo de trabalho Emocional em Enfermagem (Modelo TEEP)



O Modelo TEEP (Diogo, 2015,2019) fornece orientações conceptuais e práticas que permitem orientar as intervenções de enfermagem, relacionadas a com gestão das emoções.

- ↳ Integra os princípios da Enfermagem Pediátrica:
1) Cuidados Centrados na Família; 2) Cuidados não Traumáticos.
- ↳ Insere-se numa perspetiva holística e de humanização em saúde
- ↳ Tem como finalidade a transformação positiva da experiência emocional nas interações de cuidados.



Fig.1. Modelo TEEP (Diogo, 2015, 2019)



2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

Modelo de trabalho Emocional em Enfermagem (Modelo TEEP)



Define intervenções com
intencionalidade terapêutica:

- 1 Promover um ambiente seguro e afetivo
- 2 Nutrir os cuidados com afeto
- 3 Facilitar a gestão das emoções
- 4 Construir a estabilidade na relação
- 5 Regular a disposição emocional para cuidar



2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

1

Promover um ambiente seguro e afetivo



Tornar o espaço físico e o ambiente relacional mais acolhedor e adequado à pediatria.

através de:



Acolhimento da família

Expressão de afeto

Geração de um ambiente familiar e em sintonia com o mundo infantil

Afixação de Fotografias

Despedidas calorosas

visando:



Bem-estar da família no espaço físico

Bem-estar da família na relação com a equipa



2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

1 Promover um ambiente seguro e afetivo



Porta de Entrada do serviço de Neonatologia



Toucas e máscaras em sintonia com o mundo infantil



Projeto "O meu polvinho"
(Autoria Enf. Diana Vaz)



2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

1 Promover um ambiente seguro e afetivo



Identificação da Incubadora/ Berço do bebé.
Outubro de 2020 (Autoria Enf. Ana Gaspar)

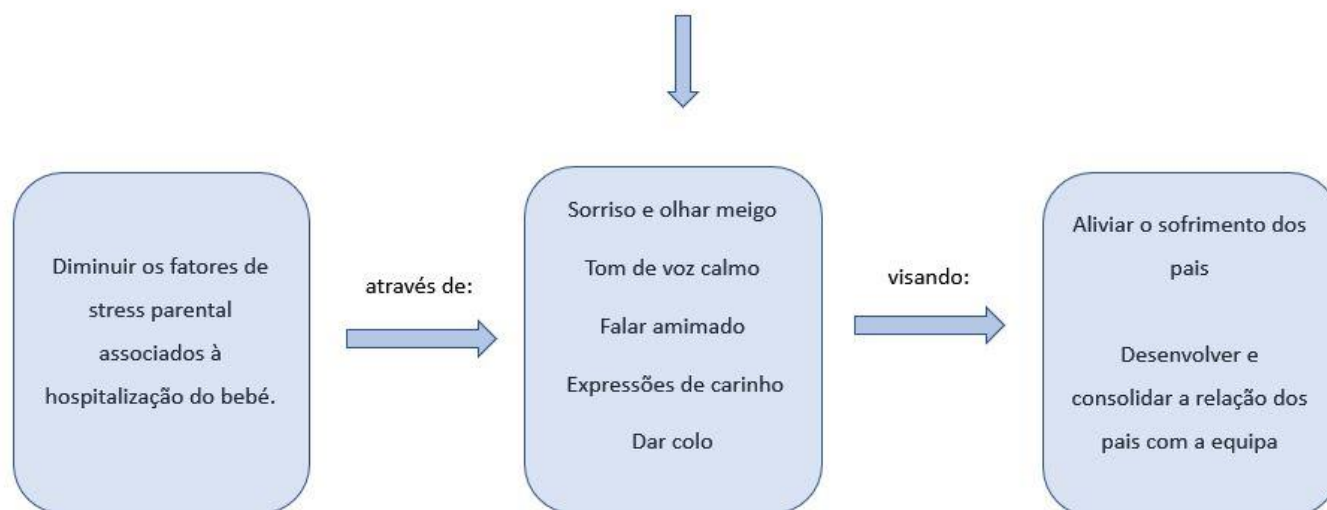


Mural de fotografias cedidas pelos pais



2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

2 Nutrir os cuidados com afeto





2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

2

Nutrir os cuidados com afeto



Páscoa - 12 de Abril de 2020 (Autoria Enf. Rita Tavares Sousa)



2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

2

Nutrir os cuidados com afeto



Dia da mãe - 3 de Maio de 2020 (autoria Enf. Rita Tavares Sousa)



2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

2

Nutrir os cuidados com afeto



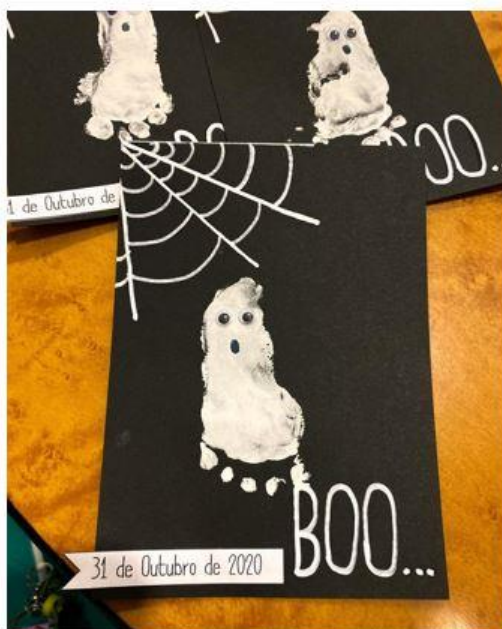
Dia Mundial da Criança- 1 de Junho de 2020 (autoria Rita Tavares Sousa)



2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

2

Nutrir os cuidados com afeto



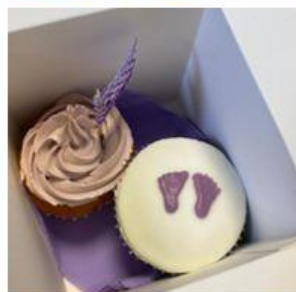
Halloween- 31 de Outubro de 2020 (autoria Rita Tavares Sousa)



2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

2

Nutrir os cuidados com afeto



Dia Mundial da Prematuridade - 17 de Novembro de 2020 (autoria Rita Tavares Sousa e Enf. Joana Ramada)



2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

2

Nutrir os cuidados com afeto



Celebração de 5º mês de vida de um bebé (autoria Enf. Ana Cristina Santos e Enf. Joana Ramada)



2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

2

Nutrir os cuidados com afeto



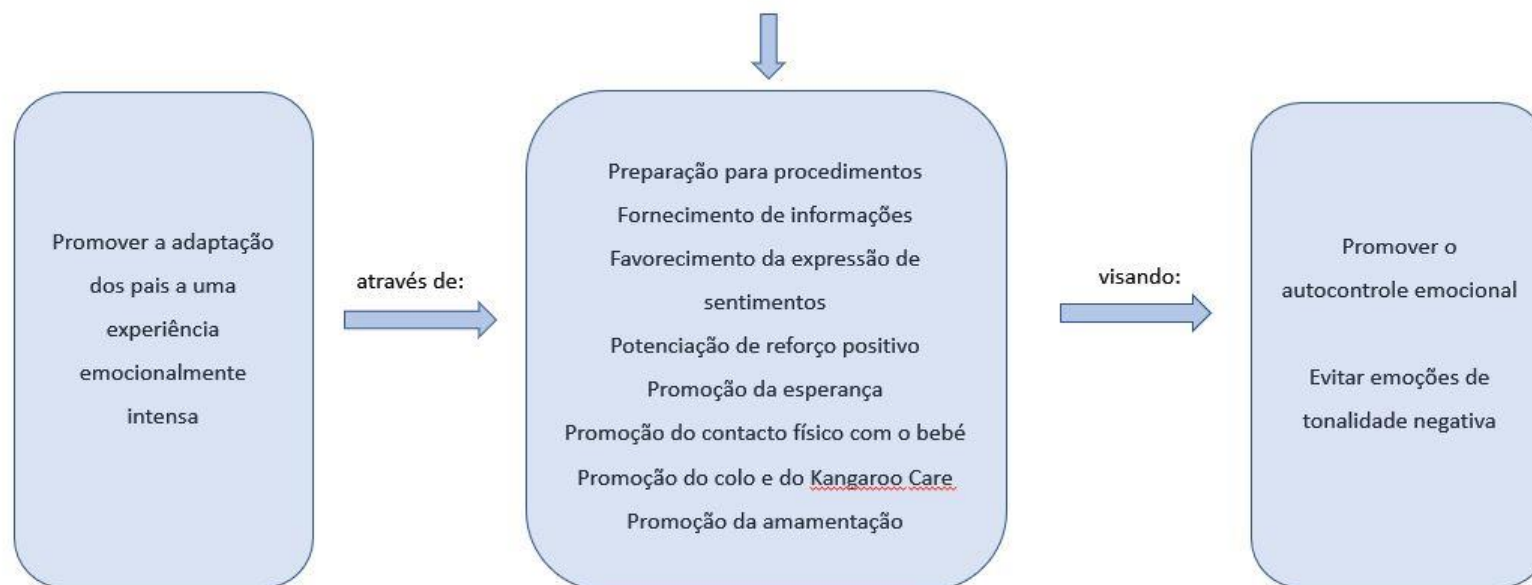
Ainda em preparação: Natal de 2020 (autoria Enf. Ana Cristina Santos)



2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

3

Facilitar a gestão das emoções dos clientes





2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

3 Facilitar a gestão das emoções dos clientes



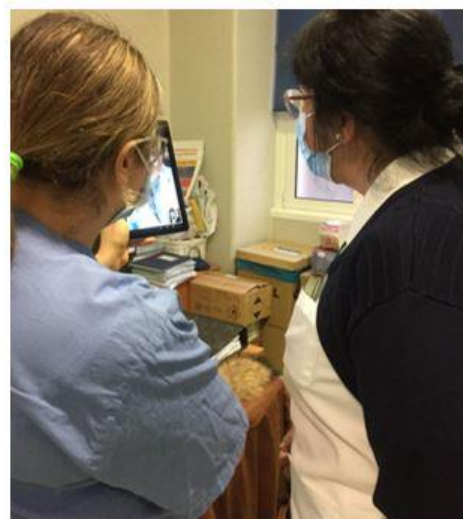
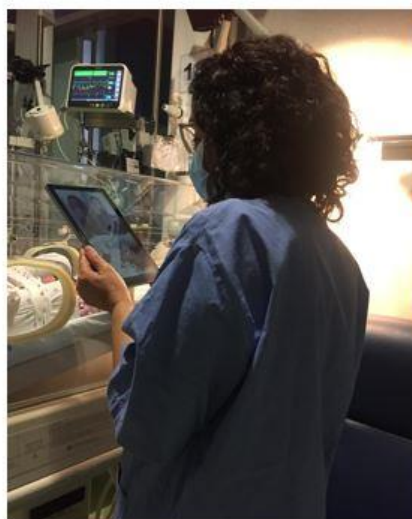
Serviço de Neonatologia. Maternidade Dr. Alfredo da Costa.
Imagens retiradas de Revista *Visão*, Abril de 2020



2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

3

Facilitar a gestão das emoções dos clientes



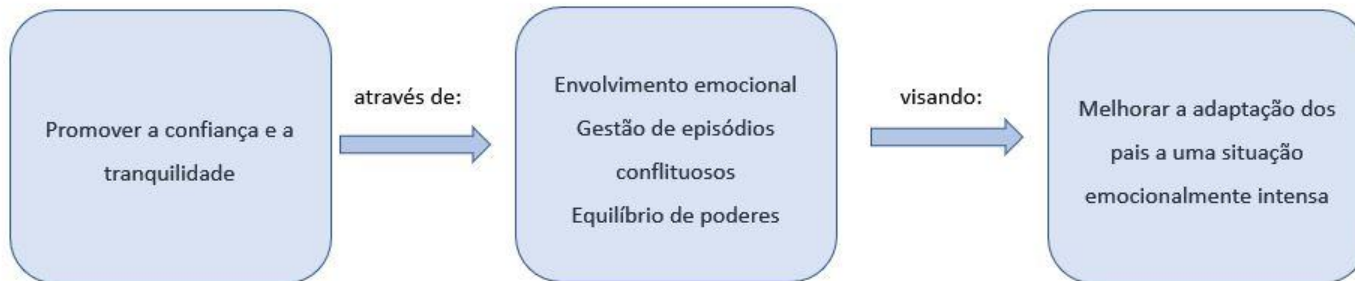
Projeto "Mais próximo de ti"
Novembro de 2020



2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

4

Construir a estabilidade na relação

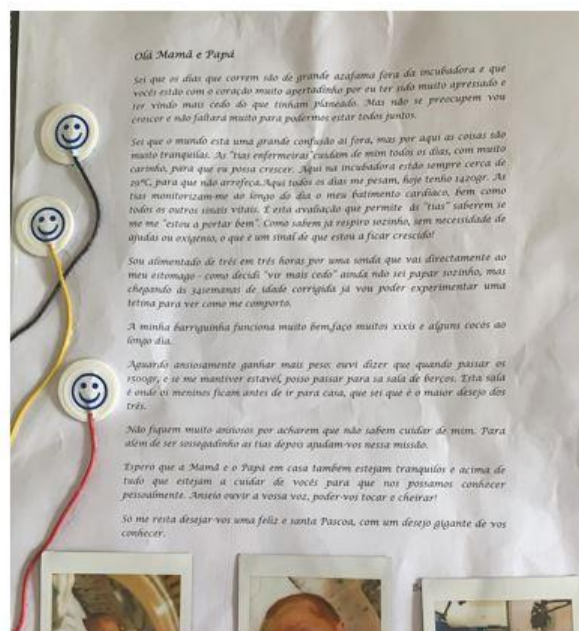




2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

4

Construir a estabilidade na relação



CORREIO ESPECIAL

"Espero que a Mamã e o Papá em casa também estejam tranquilos e, acima de tudo, que estejam a cuidar de vocês para que nos possamos conhecer pessoalmente. Anseio por ouvir a vossa voz, poder-vos tocar e cheirar!" As palavras foram escritas pelas "tias enfermeiras", que lhes deixaram a carta em nome do Manuel na caixa do correio no Domingo de Páscoa, dia 12.

A enfermeira-chefe do Serviço de Neonatologia, Esmeralda Pereira, revela que a sua equipa estava de coração partido por o Manelinho ser o único bebé sem possibilidade de receber a visita dos pais na Páscoa. Então, pediram autorização para terem acesso à morada dos pais, que vivem próximo da maternidade, e puseram mãos à obra. A carta conta que o recém-nascido já respira sozinho ou que é alimentado de três em três horas por uma sonda. As enfermeiras juntaram outra precisidade à correspondência: fotografias polaroides do bebé. Ninguém contou, mas não duvidam de que terão olhado para elas centenas de vezes.

Os pais não pouparam nos elogios à equipa que os tem acompanhado na maternidade: "São como uns segundos pais", afirmam.

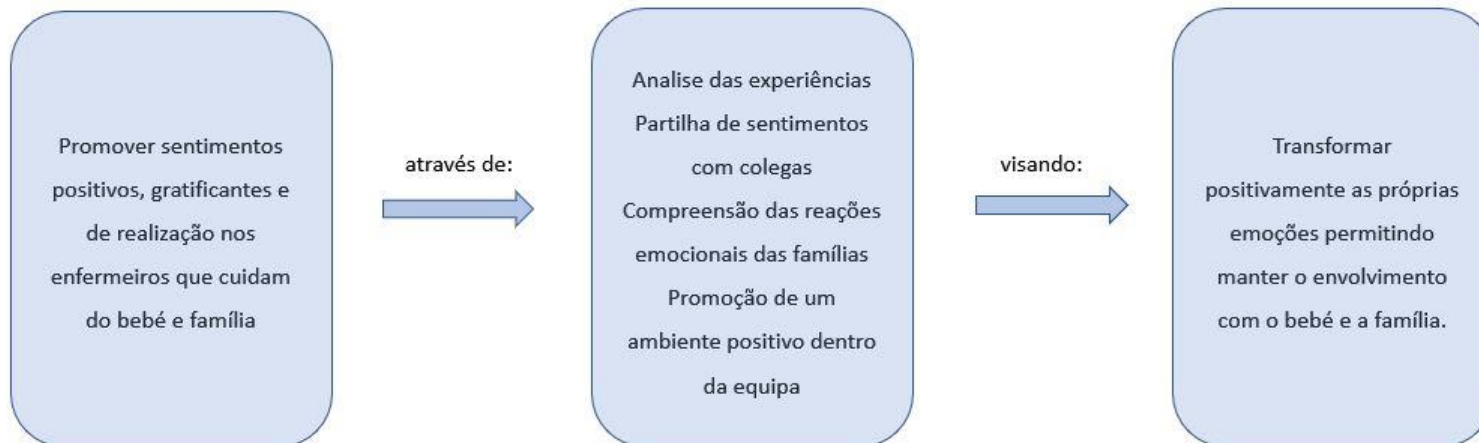
Abril de 2020
(autoria Enf. Rita Tavares Sousa e Enf. Joana Ramada)

Excerto de entrevista publicado em
Revista Visão, Abril de 2020



2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

5 Regular a disposição emocional para cuidar





2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

5

Regular a disposição emocional para cuidar



Atividade “Amigo Secreto” Natal 2019
(iniciativa Enf. Carolina Melo França)



2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

Projetos pendentes ou a aguardar implementação

Projeto: *Conversas com os pais*
(equipa multidisciplinar)

Projeto: *Espaço de Partilha*
(Enf. ESMP Ana Cristina Santos)

Projeto: *Diário digital do bebé*
(Enf. Ana Lúcia Marques)



2.º WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL | TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

Referências bibliográficas

Diogo (2015). Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (2ªed). Loures. Lusodidacta. ISBN: 9789898075468

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

Maia V.; & Tinoco, D.(2020). Nascer no meio da tormenta. Revista *Visão*. Abril.(pp.53-57).

Montes *et al* (2020) Neonatal nursing in the COVID-19 pandemic: can we improve the future? *Journal of neonatal nursing*. 26 (247-251). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/342859796_Neonatal_nursing_in_the_COVID-19_pandemic_can_we_improve_the_future

APÊNDICE XXIII – Apresentação da Comunicação livre

COMUNICAÇÃO LIVRE

IMPACTO DAS MEDIDAS ADOTADAS NAS UNIDADES DE NEONATOLOGIA DURANTE A PANDEMIA POR COVID19, NA EMOCIONALIDADE FAMILIAR

Orador: Enf. Ana Lúcia Marques

Lisboa, Maio de 2021

IMPACTO DAS MEDIDAS ADOTADAS NAS UNIDADES DE NEONATOLOGIA DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19, NA EMOCIONALIDADE FAMILIAR

CARVAS, T. (TANIACARVAS@GMAIL.COM); HENRIQUE, J. (JOANA.SOFIA.PEIXOTO.HENRIQUE@GMAIL.COM); MARQUES, A. (MARQUES.ANADUARTE@GMAIL.COM); SANTOS, A. (ANARCFERREIRA@GMAIL.COM); SOUSA, R. (RITAITS@ICLOUD.COM)

INTRODUÇÃO

No cumprimento das diretrizes das autoridades de saúde, a atual pandemia conduziu à adoção de medidas de contingência nas Unidades de Neonatologia, limitando as interações entre a família e o recém-nascido.

Neste sentido, urge compreender qual o impacto emocional destas medidas no seio familiar.

OBJETIVOS

O objetivo do estudo é compreender o impacto das medidas adotadas nas Unidades de Neonatologia, durante a pandemia por COVID-19 na emocionalidade familiar.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

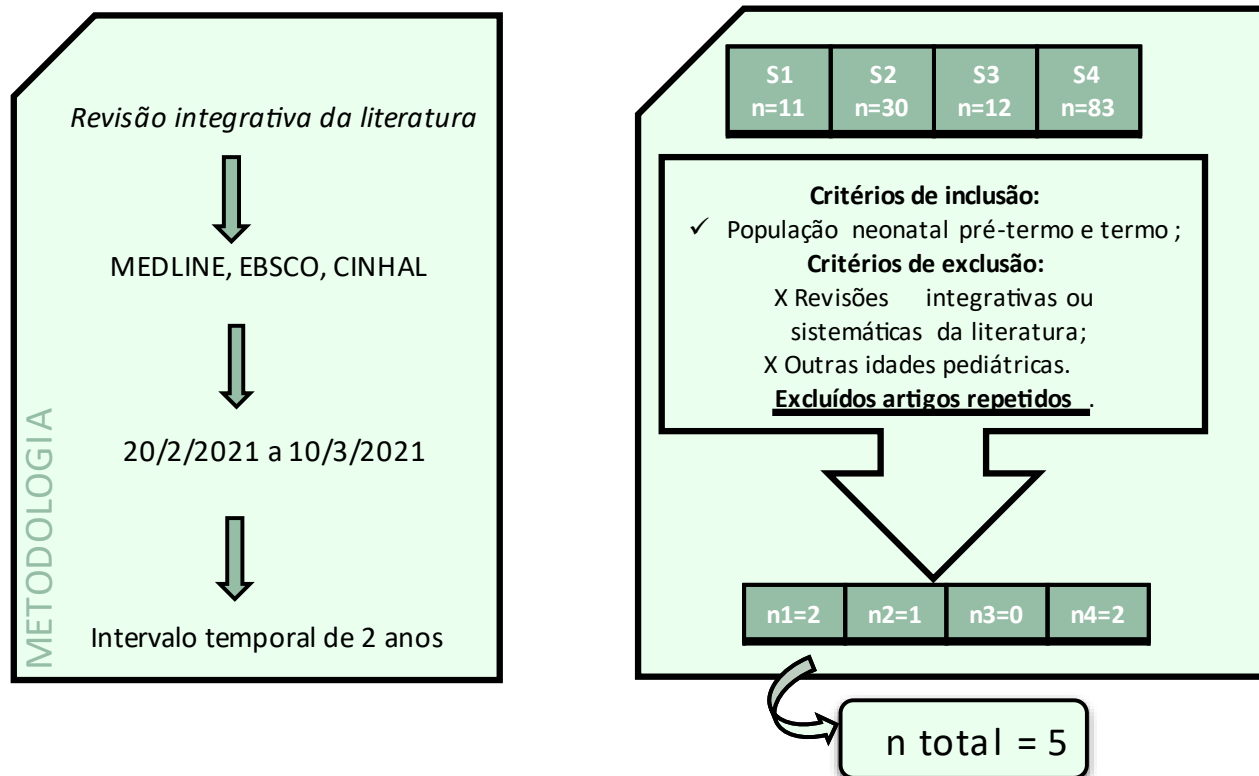
Qual o impacto das medidas adotadas nas Unidades de Neonatologia, em tempos de COVID-19, na emocionalidade das famílias?

PALAVRAS - CHAVE: Infant , Extremely Premature , Intensive Care Units, Neonatal, Coronavirus Infections , Family.

IMPACTO DAS MEDIDAS ADOTADAS NAS UNIDADES DE NEONATOLOGIA DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19, NA EMOCIONALIDADE FAMILIAR

CARVAS, T. (TANIACARVAS@GMAIL.COM); HENRIQUE, J. (JOANA.SOFIA.PEIXOTO.HENRIQUE@GMAIL.COM); MARQUES, A. (MARQUES.ANADUARTE@GMAIL.COM); SANTOS, A. (ANARCFERREIRA@GMAIL.COM); SOUSA, R. (RITAITS@ICLOUD.COM)

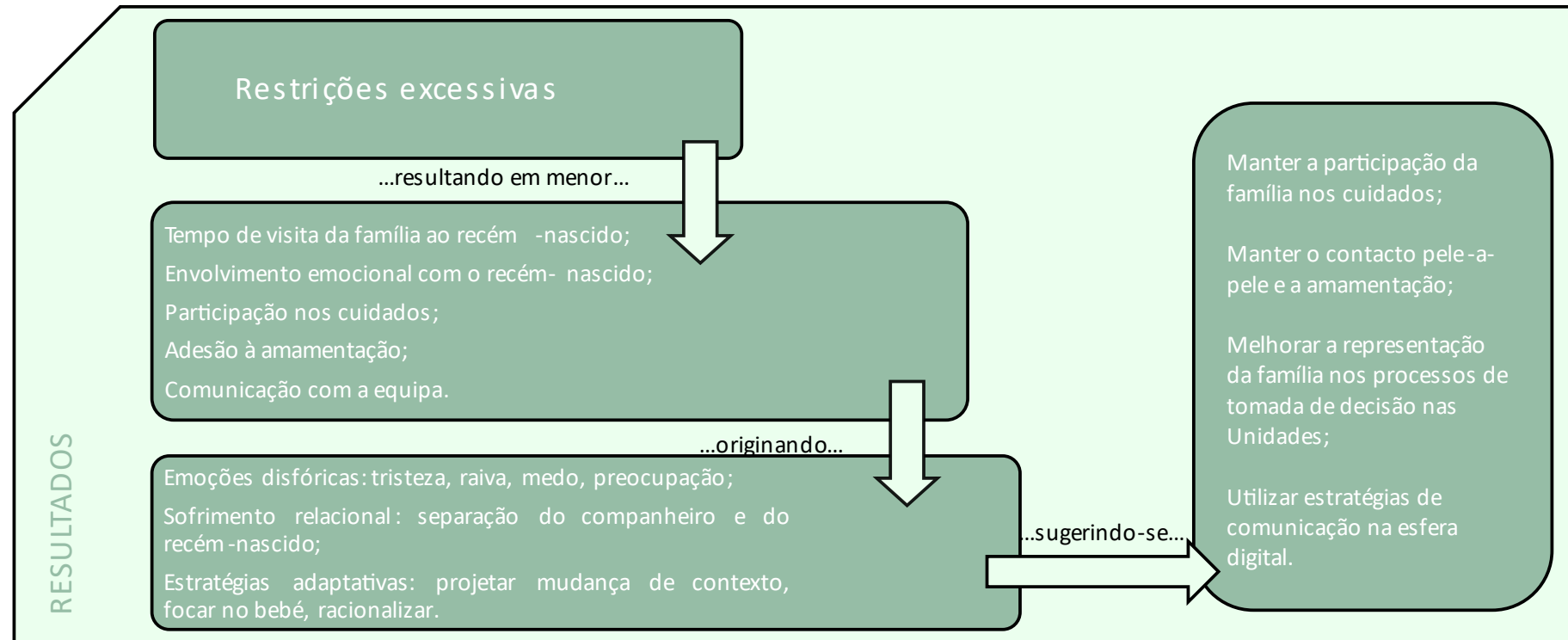
Qual o impacto das medidas adotadas nas Unidades de Neonatologia, em tempos de COVID-19, na emocionalidade das famílias?



IMPACTO DAS MEDIDAS ADOTADAS NAS UNIDADES DE NEONATOLOGIA DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19, NA EMOCIONALIDADE FAMILIAR

CARVAS, T. (TANIACARVAS@GMAIL.COM); HENRIQUE, J. (JOANA.SOFIA.PEIXOTO.HENRIQUE@GMAIL.COM); MARQUES, A. (MARQUES.ANADUARTE@GMAIL.COM); SANTOS, A. (ANARCFERREIRA@GMAIL.COM); SOUSA, R. (RITAITS@ICLOUD.COM)

Qual o impacto das medidas adotadas nas Unidades de Neonatologia, em tempos de COVID-19, na emocionalidade das famílias?



IMPACTO DAS MEDIDAS ADOTADAS NAS UNIDADES DE NEONATOLOGIA DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19, NA EMOCIONALIDADE FAMILIAR

CARVAS, T. (TANIACARVAS@GMAIL.COM); HENRIQUE, J. (JOANA.SOFIA.PEIXOTO.HENRIQUE@GMAIL.COM); MARQUES, A. (MARQUES.ANADUARTE@GMAIL.COM); SANTOS, A. (ANARCFERREIRA@GMAIL.COM); SOUSA, R. (RITAITS@ICLOUD.COM)

Qual o impacto das medidas adotadas nas Unidades de Neonatologia, em tempos de COVID-19, na emocionalidade das famílias?

CONCLUSÕES

As medidas adotadas nas Unidades de Neonatologia têm um impacto negativo significativo na emocionalidade da família. Os profissionais de saúde deverão adotar estratégias que promovam a adaptação da família à nova realidade com vista ao bem estar emocional familiar.

IMPACTO DAS MEDIDAS ADOTADAS NAS UNIDADES DE NEONATOLOGIA DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19, NA EMOCIONALIDADE FAMILIAR

CARVAS, T. (TANIACARVAS@GMAIL.COM); HENRIQUE, J. (JOANA.SOFIA.PEIXOTO.HENRIQUE@GMAIL.COM); ARQUES, A. (MARQUES.ANADUARTE@GMAIL.COM); SANTOS, A. (ANARCFERREIRA@GMAIL.COM); SOUSA, R. (RITAITS@ICLOUD.COM)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bainter, J. , Fry, M. , Miller, B. , Miller, T., Nyberg, A. , O'Dell, A. , Shaffer, G. & Vernon, L. (2020). Family Presence in the NICU: Constraints and Opportunities in the COVID-19 Era. *Pediatric Nursing*, 46(5), 256–259. http://www.pediatricnursing.net/news/FamilyMatters_SO_20.pdf

Bambich, S., Tripani, A., Mastromarino S., Di Risiq G., Castelpietra E., & Rissq F. M. (2021). Parents experiencing NICU visit restrictions due to COVID-19 pandemic. *Acta paediatrica*, 110(3), 940–941. <https://doi.org/10.1111/apa.15620>

Mahoney, D. A., White, R. D., Velasquez, A., Barrett, T. S., Clark, R. H., & Ahmad, K. A. (2020). Impact of restrictions on parental presence in neonatal intensive care units related to coronavirus disease 2019. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 40(Suppl 1), 36–46. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-0753-7>

Muniraman, H., Ali, M., Cawley, P., Hillyer, J., Heathcote, A., Ponnusamy, V., Coleman, Z., Hammonds, K., Raiyani, C., Gait-Carr, E., Myers, S., Hunt, K., Govande, V., Jain, A., Clark, R., Doherty, C., Raju, V., & Clarke, P. (2020). Parental perceptions of the impact of neonatal unit visitation policies during COVID-19 pandemic. *BMJ Paediatrics Open*, 4(1), e000899. <https://doi.org/10.1136/bmipo-2020-000899>

Tscherning, C., Sizun, J., & Kuhn, P. (2020). Promoting attachment between parents and neonates despite the COVID-19 pandemic. *Acta paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 109(10), 1937–1943. <https://doi.org/10.1111/apa.15455>

**APÊNDICE XXIV – Resumo da Revisão Integrativa da
Literatura para o *e-book***

AUTORES: Ana Lúcia Marques, Ana Rita Santos, Daniela Nunes, Joana Henrique, Rita Sousa, Tânia Carvas

TÍTULO: Impacto das medidas adotadas nas Unidades de Neonatologia, durante a pandemia por COVID-19, na emocionalidade familiar.

INTRODUÇÃO: A pandemia provocada pela COVID-19 tem vindo a desencadear inúmeras alterações nos serviços de saúde. Com base nas diretrizes das autoridades de saúde, foram implementadas nas Unidades de Neonatologia medidas de contingência que implicaram a limitação das interações entre a família e o recém-nascido. Face a esta mudança, urge compreender qual o impacto emocional no seio familiar provocado pela adoção das novas medidas nas Unidades de Neonatologia.

OBJETIVOS: O objetivo do estudo é compreender o impacto das medidas adotadas nas Unidades de Neonatologia, durante a pandemia por COVID-19 na emocionalidade familiar. Assim, foi definida a seguinte questão: “Qual o impacto das medidas adotadas nas Unidades de Neonatologia, em tempos de COVID- 19 na emocionalidade das famílias?”.

METODOLOGIA: Revisão integrativa da literatura recorrendo a Medline, EBSCO e CINAHL, entre 20/02 e 10/03/2021, com espaço temporal de dois anos. Utilizaram-se 4 expressões de pesquisa, totalizando-se em S1; S2; S3; S4 uma amostra de 11; 30; 12; 4 artigos respetivamente. Após a aplicação de critérios de inclusão (população neonatal pré-termo e termo) e exclusão (revisões integrativas e sistemáticas da literatura, amostras de outras idades pediátricas) foram encontrados n1 = 2, n2 = 1, n3 = 0 e n4 = 2, totalizando 5 artigos.

RESULTADOS: De acordo com Muniraman *et al.* (2020), as alterações introduzidas nas Unidades de Neonatologia são percecionadas pelos pais como excessivamente restritivas. Estas restrições resultam num menor tempo de visita, dificultando o envolvimento emocional com o recém-nascido, a participação nos cuidados, e o

estabelecimento da amamentação. Estes resultados são corroborados por Mahoney *et al.* (2020) que verificaram que as restrições limitaram significativamente a presença dos pais, originando uma menor participação nos cuidados e uma menor adesão à amamentação. O estudo de Bainter *et al.* (2020) revela ainda a falta de comunicação com a equipa, relacionada com os cuidados ao recém-nascido e com a política das unidades, sugerindo, uma maior participação das famílias nos cuidados, bem como uma maior representação nos processos de tomada de decisão.

Para além destes aspetos, Bambichi *et al.* (2020) verificaram que as novas medidas originaram consequências psicológicas importantes nos pais de recém-nascido internados. Os pais revelaram emoções disfóricas (tristeza, raiva, medo, preocupação) e sofrimento relacional (separação do companheiro, separação do recém-nascido), utilizando estratégias adaptativas (projetar uma mudança no contexto, focar no bebé, racionalizar) para lidar com esta nova realidade. Na opinião de Tscherning, Sizun e Kuhn (2020), com vista a minorar o impacto emocional na família, as instituições devem, sempre que possível, manter o envolvimento dos pais nos cuidados, manter a promoção do contacto pele-a pele, e promover a amamentação. Os autores reforçam ainda o uso de estratégias digitais para minorar o impacto das restrições.

CONCLUSÃO: As medidas adotadas nas UCIN têm um impacto negativo significativo na família. Os profissionais de saúde deverão adotar estratégias que promovam a adaptação da família à nova realidade com vista ao bem-estar emocional familiar.

PALAVRAS-CHAVE: Recém-Nascido, Família, Neonatologia, Emocionalidade, COVID-19.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bainter, J. , Fry, M. , Miller, B. , Miller, T. , Nyberg, A. , O'Dell, A. , Shaffer, G. & Vernon, L. (2020). Family Presence in the NICU: Constraints and Opportunities in the COVID-19 Era. *Pediatric Nursing*, 46(5), 256–259.
- Bambich, S., Tripani, A., Mastromarino, S., Di Risio, G., Castelpietra, E., & Risso, F. M. (2021). Parents experiencing NICU visit restrictions due to COVID-19 pandemic. *Acta paediatrica*, 110(3), 940–941. <https://doi.org/10.1111/apa.15620>
- Mahoney, D. A., White, R. D., Velasquez, A., Barrett, T. S., Clark, R. H., & Ahmad, K. A. (2020). Impact of restrictions on parental presence in neonatal intensive care units related to coronavirus disease 2019. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 40(Suppl 1), 36–46. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-0753-7>
- Muniraman, H., Ali, M., Cawley, P., Hillyer, J., Heathcote, A., Ponnusamy, V., Coleman, Z., Hammonds, K., Raiyani, C., Gait-Carr, E., Myers, S., Hunt, K., Govande, V., Jain, A., Clark, R., Doherty, C., Raju, V., & Clarke, P. (2020). Parental perceptions of the impact of neonatal unit visitation policies during COVID-19 pandemic. *BMJ Paediatrics Open*, 4(1), e000899. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2020-000899>
- Tscherning, C., Sizun, J., & Kuhn, P. (2020). Promoting attachment between parents and neonates despite the COVID-19 pandemic. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 109(10), 1937–1943. <https://doi.org/10.1111/apa.15455>

ANEXOS

**ANEXO I – Certificado de preleção de *Webinar*: Trabalho
Emocional em Enfermagem Pediátrica em tempos de
COVID-19.**

CERTIFICADO

Certifica-se que

Ana Lúcia Marques

apresentou a comunicação "Trabalho emocional em enfermagem pediátrica em tempos de COVID-19 no contexto da Neonatologia", no âmbito do 2º Webinar Emoções em Saúde - ui&de/ESEL, subordinado ao tema "**Trabalho emocional em enfermagem pediátrica em tempos de COVID-19**", realizado por videoconferência, no dia 16 de dezembro de 2020, das 15h00 às 17h00.

Assinado por : PAULA MANUELA JORGE DIOGO
Num. de Identificação: 08100325
Data: 2022.02.24 13:54:40+00'00'

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

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

ui&de

**ANEXO II – Certificado de apresentação de Comunicação
livre: Impacto das medidas adotadas nas UCIN na
emocionalidade familiar**



1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente

Acesso à Saúde de Qualidade e Promoção do Bem-estar

Certificado

Certifica-se que, Ana Lúcia Marques apresentou a Comunicação Livre intitulada: “Impacto das medidas adotadas nas UCIN durante a pandemia por COVID-19, na emocionalidade familiar.”, da autoria de Ana Lúcia Marques, Ana Rita Santos, Daniela Nunes, Joana Henrique, Rita Sousa e Tânia Carvas, no 1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente, subordinado ao tema “Acesso à Saúde de Qualidade e Promoção do Bem-estar”, realizado online nos dias 20 e 21 de Maio de 2021, com a duração de 13h.



Isabel Malheiro
Presidente do Congresso



ANEXO III – Certificado de apresentação de *Webinar*: 3^{as}
Jornadas de Saúde Materna e Obstetrícia da Maternidade
Dr. Alfredo da Costa.



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL



CERTIFICADO

Certifica-se que **ANA LÚCIA DUARTE MARQUES** colaborou como Palestrante no Webinar "3as. Jornadas de Saúde Materna e Obstetrícia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa "Um Olhar sobre o Cuidar"" realizado nos dias 6, 7, 9 e 10 de Dezembro de 2021, com a duração total de 16 horas.

Lisboa, 27 de Dezembro de 2021

A Área de Gestão da Formação

Rui Pereira

Técnico Superior

Certificado N.º 1163/2021/CF

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACSS)