



**Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica**
Relatório de Estágio

**Cuidar em enfermagem pediátrica: Trabalho
emocional com crianças e famílias nos processos de
saúde-doença**

Caring in paediatric nursing: Emotional labour with children and their
families in the health-disease processes

Rita Vieira de Barros

**Lisboa
2024**



**Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica**
Relatório de Estágio

**Cuidar em enfermagem pediátrica: Trabalho
emocional com crianças e famílias nos processos de
saúde-doença**

Caring in paediatric nursing: Emotional labour with children and their families
in the health-disease processes

Rita Vieira de Barros

Orientadora: Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo

**Lisboa
2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Resumo

O presente relatório de estágio representa as aprendizagens desenvolvidas ao longo do percurso formativo no 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, em particular ao longo dos contextos de estágio.

Ao longo da vida, a criança e a família experienciam processos de saúde-doença aos quais estão associados períodos de emocionalidade intensa, que podem ser perturbadores e geradores de sofrimento. Em resposta, o enfermeiro intervém através de uma gestão intencional das emoções, ou seja, do trabalho emocional, objeto de estudo deste relatório. Porém, a dimensão emocional do cuidar é menos visível ou desvalorizada, embora constitua uma parte essencial da prestação de cuidados de enfermagem holísticos e humanizados, que consideram as emoções da pessoa, das quais esta não pode ser separada. Assim, existe a necessidade de dar ênfase a esta dimensão, almejando prestar cuidados que consideram a experiência emocional da criança e da família nos processos de saúde-doença.

O trabalho desenvolvido encontra-se sustentado pelo pensamento de Jean Watson, bem como por filosofias de cuidar em enfermagem pediátrica, tais como os Cuidados Centrados na Família e os Cuidados Não Traumáticos. Foi adotada uma metodologia sustentada na aprendizagem experiencial e na prática reflexiva, tendo como finalidade o desenvolvimento de competências de mestre e de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, assim como aprofundar o tema do trabalho emocional dos enfermeiros em saúde infantil e pediátrica.

Neste percurso de desenvolvimento pessoal e profissional, foi possível conceder visibilidade à dimensão emocional do cuidar em enfermagem, constatando-se, nos diversos contextos de cuidados à criança e família, a relevância do problema identificado e do trabalho emocional do enfermeiro, desenvolvido através de intervenções sistematizadas no Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica, cuja aplicabilidade se verificou nos diferentes contextos de estágio.

Palavras-chave: Emoções; Enfermagem Pediátrica; Enfermagem Holística; Criança; Família

Abstract

This internship report represents the learning developed throughout the course of the 1st Master's Course in Child Health and Paediatric Nursing, particularly throughout the clinical internship contexts.

Throughout life, children and families experience health-disease processes associated with periods of intense emotionality, which can be disturbing and cause suffering. In response, the nurse intervenes through an intentional management of emotions, that is, through emotional labour, the object of study of this work. However, the emotional dimension of care is less visible or undervalued, although it constitutes an essential part of the provision of holistic and humanized nursing care, which considers the person's emotions, from which they cannot be separated. Therefore, there is a need to emphasize this dimension, aiming to provide care that considers the emotional experience of the child and family in the health-disease processes.

The work developed is supported by the thinking of Jean Watson, as well as by philosophies of care in paediatric nursing, such as Family-Centered Care and Atraumatic Care. A methodology based on experiential learning and reflective practice was adopted, with the aim of developing master's and specialist nurse's skills in child health and paediatric nursing, as well as of delving deeper into the topic of nurses' emotional labour in child and paediatric health.

In this path of personal and professional development, it was possible to give visibility to the emotional dimension of nursing care, noticing, in the different contexts of child and family care, the relevance of the identified problem and the nurses' emotional labour, developed through interventions systematized in the Emotional Labour Model in Pediatric Nursing, whose applicability was verified in the different internship contexts.

Key-words: Emotions; Pediatric Nursing; Holistic Nursing; Child; Family

Índice

Introdução.....	8
1. Problemática.....	11
2. Enquadramento Teórico-conceitual.....	12
2.1. Cuidar em enfermagem pediátrica.....	12
2.2. Emocionalidade intensa associada aos processos de saúde-doença ...	15
2.3. Trabalho emocional em enfermagem pediátrica.....	19
3. Metodologia.....	23
4. Contextos de Estágio e Análise das Competências Desenvolvidas	25
4.1. Cuidados de saúde primários	25
4.2. Consulta de desenvolvimento infantil.....	31
4.3. Neonatologia	34
4.4. Urgência pediátrica	41
4.5. Internamento de pediatria	46
4.6. Competências de mestre.....	52
5. Considerações Finais e Projetos Futuros.....	54

Referências Bibliográficas

ANEXOS

Anexo I - Escala *Mary Sheridan* Modificada

Anexo II - Certificado de participação no Webinar do Projeto de Investigação Emoções em Saúde & Práxis de Enfermagem, "Cuidar de crianças maltratadas: Intervenção na comunidade"

Anexo III - M-CHAT (*Modified checklist for autism in toddlers*)

Anexo IV - Certificado de participação no "Encontro com a Dra. Jean Watson" e apresentação de ePoster

Anexo V – Menção honrosa atribuída ao poster “Emocionalidade na unidade de cuidados intensivos neonatais: Experiências das famílias e dos enfermeiros” apresentado no “Encontro com a Dra. Jean Watson”

Anexo VI - Certificado de participação no Seminário do projeto NIDCare: “Prática Baseada na Evidência na Seleção das Técnicas de Alimentação Oral do Recém-nascido”

Anexo VII - Certificado de participação na Série de Workshops “Temas de Humanização em Enfermagem”

Anexo VIII – Certificado de Participação no Webinar “Redação de artigos científicos”

APÊNDICES

Apêndice I – Mapa conceptual

Apêndice II - Cronograma

Apêndice III – Guia orientador das atividades de estágio

Apêndice IV - Sessão de formação: “Trabalho emocional em enfermagem pediátrica” (Cuidados de Saúde Primários)

Apêndice V – Jornal de aprendizagem “Saúde oral na consulta de saúde infantil e juvenil: reflexão acerca da intervenção do enfermeiro especialista”

Apêndice VI - Análise crítica e reflexiva no estágio de observação em consulta de desenvolvimento infantil

Apêndice VII – ePoster “Emocionalidade na unidade de cuidados intensivos neonatais: Experiências das famílias e dos enfermeiros”

Apêndice VIII – Estudo de caso: “Recém-nascido com encefalopatia hipóxico-isquêmica”

Apêndice IX – Jornal de aprendizagem “A emocionalidade na perda de um gêmeo na neonatologia: reflexão sobre a intervenção do enfermeiro especialista”

Apêndice X – Sessão de formação: “Trabalho emocional em enfermagem pediátrica” (Neonatologia)

Apêndice XI – Exemplos de memórias elaboradas para os pais na neonatologia

Apêndice XII - Fundamentação teórica do projeto de melhoria contínua

Apêndice XIII - Jornal de aprendizagem "Violência em contexto de urgência pediátrica: reflexão sobre a intervenção do enfermeiro especialista"

Apêndice XIV - Sessão de formação: "Trabalho emocional em enfermagem pediátrica" (Urgência Pediátrica)

Apêndice XV - Sessão de análise das práticas "Gestão da emocionalidade da criança e família em contexto de internamento de pediatria: análise da intervenção do enfermeiro"

Apêndice XVI - Jornal de aprendizagem "Adolescente com epilepsia refratária: reflexão sobre o impacto na pessoa e família e a intervenção do enfermeiro especialista"

Apêndice XVII - Registo das crianças abrangidas no projeto de melhoria contínua da qualidade

Introdução

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, realizado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Decorre de um percurso formativo desenvolvido ao longo do curso e através da elaboração de um projeto de estágio, operacionalizado em cinco contextos.

O projeto teve por base a identificação de um problema de enfermagem, sendo este a emocionalidade intensa experienciada pelas crianças e famílias, associada aos processos de saúde-doença, que pode ser transformada positivamente através do trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Diogo, 2023), que constitui o objeto de estudo.

Na atualidade, a dimensão emocional do cuidar é menos visível, ou mesmo desvalorizada, tanto pelos profissionais como pelas instituições de saúde, sendo imprescindível dar ênfase a esta dimensão, visando prestar cuidados que não excluem as emoções da pessoa e que valorizam os significados atribuídos por esta, nomeadamente à sua saúde, possibilitando assim a prestação de cuidados de enfermagem holísticos e humanizados (Collière, 2003; Diogo, 2023; P. Smith, 2017; Watson, 2021). Com o título “Cuidar em enfermagem pediátrica: Trabalho emocional com crianças e famílias nos processos de saúde-doença”, o presente trabalho teve como finalidade o desenvolvimento de competências de mestre e de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP), assim como aprofundar o tema do trabalho emocional dos enfermeiros que cuidam de crianças e famílias nos processos de saúde-doença.

A conceção teórica dominante deste trabalho é a teoria de Jean Watson, enquadrada no paradigma da transformação, no qual cada fenómeno é único e interage de uma forma recíproca e simultânea com o universo, sendo a pessoa um todo indissociável, maior que a soma das partes e diferente desta, diferente dos outros e na forma como se relaciona com o ambiente, reconhecendo a influência que este tem em si e procurando uma qualidade de vida que define segundo as suas prioridades, sendo a

saúde um valor e uma experiência vivida segundo as suas perspectivas (Kérouac et al., 2002).

Watson (2021) atribui destaque às respostas humanas aos processos de saúde-doença, salientando a importância de não reduzir a pessoa a partes e de não excluir as emoções humanas. Isto é especialmente relevante em pediatria, por se tratar de um contexto que envolve grande emocionalidade, cuja gestão é fundamental (Diogo, 2023).

O conceito de trabalho emocional, introduzido em enfermagem por Pam Smith (1992, 2017), diz respeito à gestão emocional e tem como foco os clientes e os profissionais, envolvendo competências como aliviar o sofrimento e dar suporte. O Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica, que operacionaliza este conceito, constitui uma orientação para a prática que permite a transformação positiva de situações de emocionalidade intensa, vividas pelas crianças e as suas famílias, assim como pelos enfermeiros, nos processos de saúde-doença, possibilitando a prestação de cuidados de enfermagem holísticos e emocionalmente sensíveis (Diogo, 2023).

A metodologia que sustenta este percurso teve por base a aprendizagem experiencial (Kolb, 1984) e a prática reflexiva (Schön, 1983). A experiência permite atribuir significado aos conceitos mais abstratos, dado que o conhecimento dela deriva e é testado, ocorrendo uma transação entre a pessoa e o ambiente (Kolb, 1984). É na experiência que o profissional reflete na ação e, posteriormente, sobre a ação, analisando e criticando os seus próprios conhecimentos e melhorando a sua prática (Schön, 1983).

O percurso formativo desenvolveu-se em cinco contextos de estágio, de 22 de maio a 7 de julho de 2023 e de 2 de outubro de 2023 a 9 de fevereiro de 2024; em cuidados de saúde primários, consulta de desenvolvimento infantil, cuidados intensivos neonatais, urgência pediátrica e internamento de pediatria. O enfoque foi a criança e família enquanto cliente e os cuidados de enfermagem em parceria, no sentido da promoção do melhor estado de saúde possível, prestando cuidados avançados, detendo competências para potenciar a maximização da saúde, cuidar em situações de complexidade e dar resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Posteriormente à presente introdução, encontra-se a problemática de enfermagem, seguindo-se o enquadramento teórico-conceitual e a metodologia. O capítulo subsequente contém a descrição e análise das experiências de estágio, e a sua contribuição para a aquisição de competências, encontrando-se, no seu seguimento, as considerações finais e os planos futuros. Por fim, encontram-se as referências bibliográficas deste trabalho e, no segundo volume, os seus anexos e apêndices.

O trabalho foi realizado segundo as normas para elaboração de trabalhos académicos da ESEL e as referências bibliográficas segundo as normas APA 7.^a edição.

1. Problemática

O problema de enfermagem identificado incide na emocionalidade intensa experienciada pelas crianças e famílias, associada aos processos de saúde-doença, que pode ser transformada através do trabalho emocional em enfermagem pediátrica, sendo este o objeto de estudo, com recurso ao Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Diogo, 2023), para facilitar a sua aplicabilidade, nos diferentes estágios.

A dimensão emocional é uma parte fundamental do cuidar em enfermagem, sendo esta, muitas vezes, menos visível ou desvalorizada (Diogo, 2023). Verifica-se que lhe é atribuído um menor destaque, mesmo em contextos de grande emocionalidade, em favor da componente técnico-científica (Diogo, 2023; P. Smith, 2017). A nível da evidência científica, destaca-se uma revisão *scoping* que corrobora esta afirmação, onde se identificou que, entre 2006 e 2020, foram realizadas apenas 29 publicações sobre o trabalho emocional em enfermagem pediátrica, tendo-se verificado, contudo, que têm vindo a ser mais frequentes desde 2011 (Diogo et al., 2020). Adicionalmente, verificou-se que o apoio emocional é um dos cinco cuidados de enfermagem mais frequentemente omitidos ou inacabados, sendo estas intervenções mais regularmente relacionadas com as necessidades emocionais e psicológicas dos clientes, além de estarem associadas a uma maior imprevisibilidade de tempo necessário para a sua execução e a menor probabilidade de serem auditadas (Jones et al., 2015).

O menor destaque atribuído ao trabalho emocional verificou-se também ao exercer funções numa unidade de cuidados intensivos neonatais, onde é significativo o peso da tecnologia necessária para os recém-nascidos que lá se encontram internados, sendo, simultaneamente, um contexto no qual são experienciadas situações de emocionalidade intensa, associadas a cuidados complexos e que, por vezes, resultam em problemas de desenvolvimento ou no falecimento da criança.

2. Enquadramento Teórico-conceptual

O presente capítulo, dividido em três subcapítulos que aprofundam e fundamentam a problemática de enfermagem delineada, encontra-se sustentado por uma pesquisa da evidência científica atual nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, com recurso aos descritores (DeCS) – *Emotions, Pediatric Nursing, Holistic Nursing, Child e Family* –, e que constituem as palavras-chave deste trabalho. Assim como em livros pertinentes sobre o tema, dos quais se salientam *“Cuidar... A primeira arte da vida”* (Collière, 2003), *“Analysis and evaluation of conceptual models of nursing”* (Fawcett, 1995), *“Wong’s Nursing care of infants and children”* (Hockenberry et al., 2024) e *“Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica”* (Diogo, 2023). Da elaboração deste enquadramento, resultou um mapa conceptual (Apêndice I).

2.1. Cuidar em enfermagem pediátrica

Collière (2003) afirma que cuidar pode apenas ser descrito de forma parcial através de palavras, tratando-se de uma necessidade fundamental, mesmo na ausência de doença e presente desde o início da vida, ao longo da qual ser cuidado, cuidar de si e cuidar dos outros se sobrepõem. Para a autora, cuidar constitui um acompanhamento dos momentos árduos com o objetivo de, em função da situação, estimular, desenvolver, manter ou compensar, de uma forma temporária ou definitiva.

Collière (2003) destaca a importância de valorizar os significados atribuídos pela pessoa, não podendo o foco dos cuidados prestados ser limitado ao seu problema de saúde. Assim, torna-se premente abandonar uma perspectiva que reduz a pessoa ao corpo e às suas funções, que Jean Watson (2021) descreve como vazia, com tendência a proliferar na esfera da enfermagem, nomeadamente devido à evolução tecnológica e ao peso atribuído atualmente às relações custo-benefício (P. Smith, 2017; Watson, 2021). A ciência do cuidar, segundo Watson (2021), deve unir os extremos, sem ficar indiferente ao subjetivo, à experiência e emoções humanas, e não se limitando apenas ao exterior e ao físico, ainda que seja guiada pelo conhecimento e método científico.

Neste seguimento, e na ciência de enfermagem, importa abordar os quatro conceitos centrais da disciplina, ou seja, os conceitos metaparadigmáticos, cuja definição e ligação entre si permitem distinguir a disciplina de enfermagem das restantes, identificando o seu foco único (Fawcett, 1995). Estes conceitos são neutros e transversais à disciplina como um todo, no sentido em que não refletem apenas um paradigma ou modelo, sendo estes: intervenção de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente (Fawcett, 1995). Além destes, o conceito de cuidar, que compõe a temática do presente trabalho, é absolutamente central em enfermagem, pelo que também é considerado um conceito metaparadigmático na atualidade (Watson, 2018), embora os quatro definidos por Fawcett (1995) sejam os pioneiros e considerados transversais. Assim, os conceitos referidos surgem definidos nos parágrafos que se seguem, considerando o pensamento de Jean Watson.

Para Watson (2021), enquadrada no paradigma da transformação, a **intervenção de enfermagem** está relacionada com as respostas humanas a condições de saúde-doença; o *healing* e o cuidar, segundo a autora, envolvem um processo relacional, moral e de cuidado humano, que transcende a própria ação e vai além de diagnósticos e atos médicos.

A **pessoa**, segundo Watson (2021), é um todo e pertence a um todo, é um ser unitário em relação com os outros e com a infinidade do universo. A **saúde** da pessoa, de acordo com a autora, é um processo e é subjetivo, tendo em conta as experiências de cada pessoa, não sendo algo concreto nem estático. A Ordem dos Enfermeiros (2017), relativamente à saúde da criança e do jovem, define-a como:

um estado subjetivo, (...) com ênfase na satisfação das suas necessidades nas diferentes etapas de desenvolvimento. Este conceito, sendo um processo dinâmico e contínuo, é variável no tempo, traduzindo a importância da potenciação do crescimento e/ou desenvolvimento da criança/jovem nas distintas idades, tal como a sua adaptação às transições normativas e/ou acidentais, através da otimização do estado de bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual, que estando presente permite à criança/jovem conseguir alcançar todo o seu potencial não a dissociando dos pais/família (p.3).

O **ambiente**, ao qual a pessoa pertence e do qual não pode ser separada, não é composto apenas pelo ambiente físico, incluindo também a família, assim como os próprios profissionais de saúde (Watson, 2021). O ambiente no qual a criança ou o jovem vivem proporciona estímulos e deve ser promotor da saúde, sendo essencial que o enfermeiro considere a relação entre a pessoa e o seu ambiente (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Assim, **cuidar**, especificamente em **enfermagem pediátrica**, tem como cliente a criança ou o jovem, toda a pessoa com menos de 18 anos e até aos 21 ou 25, em caso de doença crónica ou incapacidade, e a sua família, inseridos no seu ambiente, com a finalidade de promover a sua saúde e bem-estar, sendo fundamental o estabelecimento de uma parceria de cuidados, assim como o reconhecimento e a promoção das competências da criança ou do jovem e da sua família (Hockenberry, 2024; Ordem dos Enfermeiros, 2017). Para Watson (2021), cuidar implica uma sustentação num ideal ético e moral, e um compromisso com a preservação da dignidade e integridade humana, assim como estar disponível para ver a pessoa, estar presente e ser vulnerável e autêntico, num processo que envolve dar e receber vida, e que coloca a pessoa nas mãos de quem cuida.

Cuidar em enfermagem pediátrica encontra-se, ainda, sustentado em documentos tais como a Carta da Criança Hospitalizada (European Association for Children in Hospital [EACH], 1996), a Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários (Instituto de Apoio à Criança, 2021) e a Convenção dos Direitos da Criança (United Nations Children's Fund, 1990), assim como o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Direção-Geral da Saúde, 2013), e tendo, ainda, como pilares os Cuidados Centrados na Família e os Cuidados Não Traumáticos.

Os Cuidados Centrados na Família são uma filosofia de cuidados que coloca a pessoa e família no centro, reconhecendo que cada um destes é único, e respeitando os seus valores, perspetivas e escolhas, sabendo que devem ser incluídas no plano de cuidados e como membros da equipa (W. Smith, 2018). Os Cuidados Não Traumáticos têm como propósito não causar dano, intervindo de modo a eliminar ou reduzir o desconforto em qualquer área da prestação de cuidados, com intervenções como

preparar para procedimentos ou evitar a separação da família (Hockenberry, 2024). Estas ideias estão igualmente contempladas nos documentos referidos anteriormente, tais como a Carta da Criança Hospitalizada e a Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários, que resumem os direitos das crianças nestes contextos, salientando-se, pela pertinência que têm no âmbito deste trabalho, o direito da criança a ser tratada de forma holística e humanizada, considerando necessidades além das físicas, assim como a imprescindibilidade de dar resposta às necessidades afetivas da criança, devendo a equipa ter formação para responder às necessidades a nível psicológico e emocional da criança e família.

Várias conceções de cuidar vão surgindo à medida que a enfermagem evolui, e o cuidar em enfermagem pediátrica evolui também, ao longo do tempo, num sentido de adaptação às especificidades das crianças e famílias, que experienciam processos de saúde-doença que têm inerente emocionalidade intensa e que acentuam o sofrimento (Diogo et al., 2021).

2.2. Emocionalidade intensa associada aos processos de saúde-doença

No passado, considerava-se que na prestação de cuidados as emoções deveriam ser evitadas, camufladas ou mesmo negadas, de modo a permitir maior eficácia, contudo, atualmente sabemos que as emoções podem ser terapêuticas (Diogo, 2023), e que a relação e os momentos de cuidados afetam os resultados em saúde, não sendo possível reduzir o ser humano a um conjunto de partes nem o cuidar a rotinas e tarefas sistematizadas, que excluem a expressão de emoções (Collière, 2003; Watson, 2021).

As emoções são indissociáveis de uma abordagem holística ao cuidar em enfermagem, não podendo a ciência do cuidar ficar indiferente às emoções (Diogo, 2023; Watson, 2021). A dimensão emocional do cuidar é particularmente importante em pediatria, decorrente das especificidades destes contextos, que envolvem grande emocionalidade e nos quais a criança e a sua família experienciam emoções de tonalidade negativa associadas aos processos de saúde-doença, sendo o processo relacional enfermeiro-cliente facilitador da gestão dessas emoções (Diogo, 2023).

A expectativa para a maior parte dos pais é terem um filho saudável, porém, nem sempre é esse o caso, existindo, em alguns casos, a necessidade de internamento na neonatologia após o nascimento. Este internamento implica uma separação abrupta entre a criança e a família e, quando ocorre em contexto de prematuridade, constitui um distúrbio inesperado à transição para a parentalidade, intensificado pela aparência da criança e pelo ambiente da unidade. A passagem pela neonatologia é descrita pelos pais como uma montanha-russa emocional, com pontos baixos como medo, ansiedade e incerteza, e altos como felicidade e confiança (Petty et al., 2019). Adama et al. (2021), numa revisão integrativa da literatura, identificaram as necessidades de apoio dos pais na neonatologia, destacando-se a necessidade de informação, assim como de profissionais inteligentes do ponto de vista emocional, preparados para prestar apoio psicológico e emocional, demonstrando simpatia, carinho e sensibilidade, destacando-se igualmente a importância de grupos de apoio entre pares. Além destas intervenções, a promoção do contacto pele com pele e da participação parental são também essenciais no apoio emocional (Maleki et al., 2022).

Ao longo da vida da criança, a doença e consequente hospitalização irão constituir crises que afetam toda a unidade familiar, implicando stressores para a criança como a separação, a perda de controlo e a dor, enquanto os pais se sentem, frequentemente, assoberbados e desamparados (Fox, 2024), sendo essencial que o enfermeiro esteja desperto para as necessidades da criança e família, nomeadamente a nível emocional, nestes momentos. Em situação de doença súbita ou agudização de uma condição crónica, o recurso à urgência pediátrica pode constituir uma situação de stress, tanto para a criança ou o jovem, como para a sua família (Vaz & Trigo, 2020). Neste contexto, a criança depara-se com um ambiente desconhecido, no qual poderá ser sujeita a procedimentos dolorosos, resultando frequentemente em medo de não recuperar completamente ou mesmo medo da morte, assim como da forma como os profissionais a irão tratar, de ser imobilizada e de faltar à escola, traduzindo-se, por exemplo, através do choro ou problemas de sono (Diogo et al., 2017b). A ansiedade, medo e stress experienciados pela família, potenciados pelas características do serviço de urgência, como a imprevisibilidade e os tempos de espera, podem levar a situações emocionalmente

intensas que, por vezes, culminam em casos de violência, mais frequentemente verbal e contra os profissionais de saúde (Yıldız & Yıldız, 2022).

Já no contexto de internamento, Claridge e Powell (2023) identificaram, num estudo que incluiu 17 crianças entre os quatro e os 15 anos, stressores como a dor e o desconforto, associados ao problema de saúde, procedimentos dolorosos, presença de equipamento médico, incerteza e confusão acerca da hospitalização, alterações à rotina e vontade de regressar a casa. Por outro lado, as distrações e o apoio social, incluindo dos profissionais de saúde, facilitavam a experiência. Para os pais, os principais stressores durante a hospitalização, segundo Abela et al. (2020), são o ambiente do serviço onde o seu filho se encontra internado, a incerteza em torno do seu estado de saúde, as alterações ao papel parental e os ajustes ao funcionamento habitual da família, com consequências a nível físico e psicológico. Neste âmbito, importa também destacar a experiência da criança internada sem acompanhante, uma vivência profundamente emocional, durante a qual o enfermeiro intervém no sentido de dar respostas às necessidades desta, nomeadamente a nível afetivo e emocional, minimizando os efeitos negativos (Lulgjuraj & Maneval, 2021). Nestes casos, o enfermeiro recorre ao afeto com intencionalidade terapêutica, sabendo que este é essencial para a criança e conseguindo, assim, atenuar a falta do acompanhante, não se pretendendo, porém, a substituição do papel do pai ou cuidador (Diogo et al., 2017a).

A emocionalidade descrita não é exclusiva aos momentos em que existe um problema de saúde, e os cuidados não são apenas necessários na presença deste, sendo que o EEESIP presta cuidados de enfermagem avançados à criança ou ao jovem e à família em qualquer contexto em que se encontrem, incluindo, entre outros, o hospital, o centro de saúde ou a escola (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

No recurso aos cuidados de saúde primários, por exemplo, a atenção à dimensão emocional é igualmente essencial, nomeadamente na consulta de saúde infantil e juvenil. É habitual, neste contexto, que a criança experiencie medo, decorrente não só do desconhecido, mas também porque é nesta consulta que decorre a vacinação, a maior parte com recurso a agulhas. Uma revisão sistemática e meta-análise, levada a cabo por McLennon e Rogers (2019), evidenciou uma maior prevalência de medo relacionado com

agulhas em crianças mais novas, mais acentuado em crianças em idade pré-escolar e escolar (Burch, 2024; Monroe, 2024). Este medo, assim como a dor associada ao procedimento e à forma como este é realizado, condicionam negativamente a experiência da criança e família, podendo mesmo conduzir a uma redução do cumprimento do programa de vacinação, assim como da utilização dos cuidados de saúde primários (McLenon & Rogers, 2019; Taddio et al., 2022). Estas experiências podem ser transformadas através de algumas intervenções para minimizar a dor, o stress e o medo sentidos pelas crianças, como a utilização de anestésicos locais e técnicas de distração (Lee et al., 2018), além de, mais recentemente, o recurso à realidade virtual, que também apresenta resultados significativos na redução da dor e ansiedade sentidas pelas crianças, durante a vacinação (Chang et al., 2022).

De facto, os cuidados não são apenas necessários quando a criança ou o jovem estão doentes, destacando-se, ainda, o caso da pandemia COVID-19, que causou repercussões, nomeadamente a nível emocional, nas crianças e famílias, mesmo naquelas que não contraíram o vírus e não foram afetadas diretamente pela doença, mas que viram a sua vida condicionada por este evento, pelo medo da infeção, da incerteza e do isolamento social, resultando em consequências que podem ser duradouras na criança e no jovem (Freitas et al., 2021). Uma revisão *scoping* por Wolf e Schmitz (2023) verificou, a nível global, um aumento das perturbações emocionais e de comportamento que podem evoluir para problemas de saúde mental, em crianças e adolescentes, associados tanto ao impacto da doença a nível global, como às restrições implementadas para o seu controlo, não tendo, contudo, ocorrido uma melhoria clara dos sintomas identificados aquando da diminuição da intensidade da pandemia e das medidas implementadas para a sua contenção.

Outro caso que importa destacar é o da criança ou do jovem vítima de maus-tratos, uma situação que também surge associada a emocionalidade intensa, normalmente com um misto de emoções, quer para a criança e família, quer para o enfermeiro, comprometendo a relação terapêutica (Rosa et al., 2020).

No acompanhamento das crianças e famílias, os enfermeiros vivenciam, também, emocionalidade intensa, sendo salientado por Collière (2003) que o enfermeiro não é

capaz de cuidar caso não tenha a oportunidade para reconstituir os seus recursos, recuperar e expressar as suas próprias emoções.

Hamama et al. (2019) analisaram o *burnout*, definido como sobrecarga emocional, entre enfermeiros e médicos, nomeadamente em pediatria, com consequências a nível da sua capacidade de trabalhar eficazmente, bem como o aumento do absentismo, a baixa motivação ou a recusa em assumir mais responsabilidade. Não tendo sido encontradas diferenças significativas entre os dois grupos, os autores enfatizam a importância do apoio social para estes profissionais, dentro e fora do hospital, por ser protetor, destacando a necessidade da existência de apoio sistemático proporcionado pelas instituições, bem como do treino formal nesta dimensão.

Finalmente, é ainda extremamente interessante, além de importante, discutir o caso dos enfermeiros do sexo masculino, numa profissão tradicionalmente feminina, que acabam por ter a sua masculinidade posta em causa pela sociedade. Estes preconceitos e esta pressão resultam numa percentagem elevada de enfermeiros do sexo masculino a experienciam stress (Martínez-Morato et al., 2021). Os mesmos autores salientam a dificuldade dos participantes em lidar com a expectativa do cliente e da família em lhes ser atribuída uma enfermeira.

2.3. Trabalho emocional em enfermagem pediátrica

A experiência emocional é, como referido anteriormente, frequentemente desvalorizada ou menos visível na prestação de cuidados pelas instituições de saúde e pelos próprios profissionais (Diogo, 2023; P. Smith, 2017). Ao constatar uma valorização das competências técnico-científicas em detrimento da dimensão emocional, Pam Smith (1992, 2017) traz para o universo da enfermagem o conceito de trabalho emocional, com origem na sociologia. Na disciplina de sociologia, o trabalho emocional define-se pela indução ou supressão de sentimentos por parte dos profissionais no sentido de manter uma aparência exterior concordante com as regras da profissão; por outro lado, para Pam Smith, o foco não é apenas a experiência dos profissionais, neste caso os enfermeiros, mas também as emoções dos outros, implicando uma gestão de emoções

e a presença de competências que são, muitas vezes, invisíveis, com componentes como, por exemplo, o suporte, a tranquilidade, a simpatia, o humor e o alívio do sofrimento (Diogo, 2023; Diogo et al., 2020; P. Smith, 2017). A segunda vertente da concepção de Pam Smith dá a entender que, ao contrário da perspectiva sociológica, na enfermagem não existe necessariamente um subjugar às regras da profissão; pelo contrário, os enfermeiros adaptam a sua conduta nas interações (Diogo, 2023). Deverá existir treino formal nesta dimensão, de modo a torná-la, também, uma parte visível e valorizada da enfermagem, destacando-se a importância da existência de modelos para a prática (Diogo, 2023; P. Smith, 2017).

O Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP) constitui uma orientação para a prática em pediatria, um contexto que envolve grande emocionalidade, como abordado anteriormente, e onde a criança e família experienciam frequentemente emoções de tonalidade negativa (Diogo, 2023). Além disso, destacam-se, em pediatria, os contextos nos quais os equipamentos e procedimentos têm um grande peso e no qual a dimensão emocional do cuidar se torna ainda mais fundamental, mas, ainda sim, potencialmente menos visível (Diogo, 2023).

Este modelo permite a transformação de situações de emocionalidade intensa e potencialmente perturbadoras, experienciadas pela criança e família nos processos de saúde-doença, em algo positivo, possibilitando a prestação de cuidados de enfermagem holísticos, uma vez que o cuidar em enfermagem não inclui apenas a dimensão fisiológica. Inclui outras, como a estética, cultural e emocional, sendo que esta última engloba o cuidado emocional, operacionalizado através do trabalho emocional (Diogo, 2023).

A existência do Modelo TEEP permite que a intervenção do enfermeiro seja apresentada de uma forma sistemática e organizada, concedendo-lhe, desta forma, visibilidade e destaque ao “dar-lhe nome” (Diogo, 2023; Watson, 2021). O modelo encontra-se sustentado pela teoria de Jean Watson, assim como pelos Cuidados Centrados na Família e Cuidados Não Traumáticos; pilares do cuidar em enfermagem pediátrica (Diogo, 2023).

Este modelo define o trabalho emocional de uma forma ampla:

gestão intencional da emocionalidade dos clientes (crianças, jovens e famílias) e dos enfermeiros, visando transformar positivamente a experiência emocional, os relacionamentos e o cuidar, promovendo o alívio do sofrimento e incrementando o bem-estar, tal como o crescimento dos sujeitos em interação; os enfermeiros mobilizam estratégias, que previnem a exaustão emocional individualmente e em equipa, promovendo o seu bem-estar emocional (Diogo, 2023, p. 111).

A sua definição estrita incide nas intervenções de enfermagem, isto é, nas cinco categorias de cuidados através das quais os enfermeiros transformam as emoções, com tripla centralidade, ou seja, no cliente, no enfermeiro, e na relação entre estes: “(...) promover um ambiente seguro e afetuoso; nutrir os cuidados com afeto; facilitar a gestão das emoções do cliente; construir a estabilidade na relação; e regular a disposição emocional para cuidar (...)” (Diogo, 2023, p. 24).

Na primeira categoria “**promover um ambiente seguro e afetuoso**”, não é considerado apenas o ambiente físico, embora se saiba que este pode ter um impacto adverso na criança e família, sendo que o enfermeiro intervém, nomeadamente, através da maneira como acolhe e cumprimenta, ou da brincadeira e do recurso a personagens de desenhos animados, possibilitando uma experiência mais positiva e, potencialmente, uma recuperação mais rápida (Diogo, 2023).

Em “**nutrir os cuidados com afeto**” encontram-se intervenções realizadas frequentemente pelos enfermeiros, que consideram o afeto inerente aos cuidados, sendo este importante para o desenvolvimento da criança e algo que é valorizado pela própria (Diogo, 2023). Estas intervenções envolvem o sorriso e os carinhos e estão presentes quando se cumprimenta a criança e família, mas surgem também associadas à realização de procedimentos, tendo como consequência que a criança se sinta amada e tranquila e que a família sinta mais confiança, levando também a um menor sofrimento e a uma melhor relação (Diogo, 2023).

A categoria “**facilitar a gestão das emoções do cliente**” divide-se em gestão de antecipação, incluindo mostrar disponibilidade e preparar para procedimentos, e gestão das emoções reativas, que envolve, por exemplo, fazer pausas e colocar-se ao lado da

pessoa, permitindo evitar emoções negativas, e promover a tranquilidade e o autocontrole (Diogo, 2023).

Na categoria “**construir a estabilidade na relação**”, sabemos que a relação estabelecida é de extrema importância, porém, devido às situações emocionalmente intensas experienciadas, as interações podem ser condicionadas, sendo importante a construção da estabilidade, pelo enfermeiro, através do envolvimento emocional, da gestão de episódios conflituosos e da promoção de uma relação de igualdade, com equilíbrio de poderes, resultando numa relação mais tranquila, afetiva e com menos conflitos, com maior receptividade por parte da criança e família, bem como melhor adaptação (Diogo, 2023).

Finalmente, na categoria “**regular a disposição emocional para cuidar**”, partimos do conhecimento que os enfermeiros são capazes de regular a disposição emocional, tendo em conta uma intencionalidade terapêutica, muito embora possa ser difícil fazê-lo perante relações mais frágeis, por exemplo, sendo facilitada nomeadamente pelo conhecimento que os enfermeiros têm de si, e dificultada pelo excesso de trabalho ou conflitos dentro da equipa (Diogo, 2023). Os enfermeiros fazem esta regulação através da análise das experiências, da partilha de sentimentos e compreensão das reações dos clientes, atenuando positivamente as situações e procurando não se deixar afetar, levando a uma manutenção do envolvimento emocional, enquanto continuam a cuidar do cliente (Diogo, 2023).

3. Metodologia

O projeto foi desenvolvido nos cinco locais de estágio preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE): cuidados de saúde primários, consulta de desenvolvimento infantil, cuidados intensivos neonatais, urgência pediátrica e internamento de pediatria, ilustrados no cronograma em apêndice (Apêndice II), com recurso a uma metodologia sustentada na aprendizagem experiencial (Kolb, 1984) e na prática reflexiva (Schön, 1983).

Kolb (1984) afirma que a experiência permite atribuir significado aos conceitos mais abstratos, sendo da experiência que o conhecimento deriva e nela que é testado, constituindo uma transação entre a pessoa e o ambiente. Segundo Kolb (1984), a aprendizagem processa-se através de um ciclo que envolve uma experiência, uma observação reflexiva, uma conceptualização e, finalmente, uma nova experimentação.

A importância da experiência é clara, dado que mesmo situações semelhantes têm diferenças entre si devido à complexidade, incerteza e instabilidade dos diversos fenómenos no mundo real, que não surgem rigorosamente caracterizados num contexto pré-definido, como ocorre na teoria, pelo que o profissional não aplica apenas o conhecimento teórico diretamente e a sua formação não pode ser focada somente em aprendizagem teórica (Schön, 1983). Os profissionais, ao serem confrontados com novas situações na prática, lidam com elas através da reflexão-na-ação, sendo que também refletem, posteriormente, sobre a ação, e é esta prática reflexiva que permite analisar e criticar os próprios conhecimentos, bem como atribuir novos significados às situações e, idealmente, melhorar a prática (Schön, 1983).

Para este percurso formativo foram definidos dois objetivos gerais. O primeiro, **desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica em diferentes contextos de cuidados à criança ou jovem e família**, que inclui três objetivos específicos: 1) Conhecer a dinâmica estrutural, organizacional e funcional da unidade, a filosofia de cuidados e a prática diferenciada de cuidados do enfermeiro especialista; 2) Identificar, analisar e colaborar nas intervenções do enfermeiro especialista adequadas às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança ou jovem e família e em situações de especial complexidade

para a maximização da sua saúde; 3) Promover uma prática de qualidade e baseada em evidência científica, assumindo um papel dinamizador na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua e na pesquisa e partilha de evidência científica. O segundo, **desenvolver competências no âmbito do trabalho emocional do enfermeiro especialista nos processos de saúde-doença vivenciados pela criança ou jovem e família**, divide-se em três objetivos específicos: 1) Explicitar o conceito de trabalho emocional e promover a partilha de conhecimento acerca deste em enfermagem pediátrica; 2) Identificar e colaborar nas intervenções de enfermagem para a gestão intencional da emocionalidade associada aos processos de saúde-doença; 3) Analisar o trabalho emocional do enfermeiro nos processos de saúde-doença vivenciados pela criança ou jovem e família.

A concretização destes objetivos permite desenvolver as competências preconizadas pela OE, pelo que importa analisar o conceito de competência. Para Alarcão e Rua (2005), é essencial a própria origem da palavra, que ilustra a importância do contexto no seu significado; ou seja, ter competência implica a mobilização de conhecimentos e uma intervenção intencional, de uma forma adaptada à situação em concreto. Assim, é possível constatar a importância dos estágios clínicos para a concretização dos objetivos, sendo experiências que permitem o contacto com diferentes contextos de cuidados, e a mobilização e análise de conhecimentos nestes. Os autores salientam que a competência inclui um conjunto de micro-competências, também desenvolvidas nestes contextos, que envolvem as seguintes dimensões: cognitiva, que abrange a identificação, análise e interpretação de informação, planeamento da intervenção e respetiva avaliação; técnica, que envolve a realização adequada da intervenção, tendo em conta as normas e a evidência existentes; e comunicacional, que implica ser capaz de comunicar de forma adequada e adaptada ao cliente.

No capítulo que se segue, será demonstrada a aquisição de competências do EEESIP, aquele que presta cuidados de nível avançado à criança e família, trabalhando em parceria com estes, no sentido do estado de saúde mais elevado possível, em qualquer contexto em que se encontrem, com competência a nível científico, técnico e humano (Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 422/2018, 2018).

4. Contextos de Estágio e Análise das Competências Desenvolvidas

O presente capítulo encontra-se organizado por contextos de estágio e segundo a ordem cronológica da sua realização, pretendendo demonstrar, associada à caracterização de cada contexto, as atividades realizadas e a análise das competências desenvolvidas nesse local, em conformidade com as competências referidas nos regulamentos n.º 140/2019 (2019) e n.º 422/2018 (2018), designadas entre parênteses. Além disso, inclui ainda a análise das competências para a obtenção de grau de mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018), no último subcapítulo.

Para cada estágio foi elaborado um Guia Orientador das Atividades de Estágio, cuja compilação consta no Apêndice III, e que foi fundamental para a apresentação do projeto aos enfermeiros orientadores e discussão acerca deste, tendo em vista a sua adaptação às condições dos diferentes contextos. O guia ilustra, de um modo simplificado e resumido, as atividades planeadas, que surgem de forma reflexiva e fundamentada nos subcapítulos seguintes.

4.1. Cuidados de saúde primários

O estágio em cuidados de saúde primários foi realizado numa unidade de saúde familiar (USF), onde estavam inscritas 20900 pessoas, das quais 4200 eram crianças e jovens. Com o objetivo de conhecer a dinâmica estrutural, organizacional e funcional da unidade, a filosofia de cuidados e a prática diferenciada de cuidados do EEESIP no contexto de cuidados de saúde primários, foi **apresentado o projeto à equipa e foram realizadas entrevistas exploratórias aos enfermeiros orientador e chefe, assim como a consulta de documentos, manuais e normas existentes na unidade**, possibilitando a elaboração da **caracterização do contexto**. O estágio realizou-se numa unidade modelo B, funcionando com o método de enfermeiro e médico de família. As consultas eram realizadas segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

(Direção-Geral da Saúde, 2013), sendo seguida a cronologia preconizada, embora não de forma rígida, ajustando-se as consultas à disponibilidade e às necessidades das famílias. Eram realizadas de forma conexas, sendo a primeira parte efetuada pelo enfermeiro e a segunda pelo médico que, habitualmente, se dirigia ao gabinete do enfermeiro, não exigindo que a família se deslocasse entre gabinetes.

Estes detalhes, entre outros espelhados nas atividades, refletem as filosofias de Cuidados Não Traumáticos e de Cuidados Centrados na Família adotadas na USF, cuja abordagem é de apoio às famílias no seu papel, colocando-as no centro, com foco na redução do stress associado ao recurso aos cuidados de saúde (Hockenberry, 2024).

Com o objetivo de identificar, analisar e colaborar nas intervenções do enfermeiro especialista, adequadas às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança ou do jovem e da família, e em situações de especial complexidade para a maximização da sua saúde, foi realizada a **observação e análise das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, designadamente na consulta de saúde infantil e juvenil, assim como colaboração nestas, tendo sido possível a realização de várias consultas com autonomia.**

Para a realização das consultas, foi imprescindível a capacidade de **adaptar a abordagem e a comunicação à criança e à sua família, tendo em conta o estágio de desenvolvimento e a sua cultura**, assim como o estabelecimento de uma relação terapêutica, baseada em limites bem estabelecidos e em comunicação transparente, considerando as necessidades da família (Hockenberry, 2024). A **manutenção da estabilidade desta relação** pode permitir atenuar a experiência emocional de tonalidade negativa associada ao recurso aos cuidados de saúde (Diogo, 2023).

Em conjunto com a enfermeira orientadora, foram delineadas estratégias no sentido da promoção do bem-estar da criança e família e minimização da experiência emocional negativa, designadamente através do **recurso a brinquedos, livros ou bolhas de sabão, possibilitando a promoção de um ambiente seguro e afetivo, através da sintonia com o mundo infantil (Diogo, 2023)**. Grande parte das intervenções na consulta pôde ser desenvolvida através do brincar, contribuindo, por sua vez, para o estabelecimento da relação enfermeiro-cliente (Hockenberry, 2024). Cada estratégia foi

ajustada à criança: por exemplo, no pré-escolar foi benéfico o recurso a brincadeiras com **fantoches ou cubos, que envolviam os pais, assim como a utilização de vídeos** (Monroe, 2024); enquanto na criança em idade escolar, atividades **como contar histórias, fazer desenhos e livros com atividades** foram adequadas (Burch, 2024). No caso do adolescente, no qual se verifica um aumento progressivo da autonomia e separação dos pais, **parte da consulta realizou-se apenas com o jovem**, de modo a assegurar a privacidade e confidencialidade (Direção-Geral da Saúde, 2013; Duffy, 2024).

Na consulta de saúde infantil e juvenil foram ainda realizadas **intervenções para a gestão da dor**, verificando-se que algumas crianças demonstravam stress e medo derivado da vacinação, podendo esta experiência negativa constituir uma barreira à utilização dos cuidados de saúde primários e cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (McLenon & Rogers, 2019; Taddio et al., 2022). Eram utilizadas algumas das estratégias referidas anteriormente, bem como **anestésicos locais ou a colocação à mama**, quando apropriado e possível, assim como a utilização da **Buzzy** (Lee et al., 2018), cuja eficácia se apurou numa revisão sistemática e meta-análise de 16 estudos randomizados controlados, por Su et al. (2021), na qual se verificou uma redução significativa da dor através do frio e da vibração.

Nas consultas, foi também realizada a **avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil**, essenciais na avaliação e promoção da saúde da criança e do jovem, assim como na deteção atempada de problemas que requeiram intervenção precoce, que aumenta a probabilidade de a criança atingir o seu potencial de desenvolvimento (Hockenberry, 2024; Scott, 2024). A avaliação realizada na consulta incluía o peso e o comprimento ou a altura da criança, o perímetro cefálico, até aos dois anos de idade, a motricidade grossa e fina, a linguagem e a comunicação, entre outros parâmetros (Direção-Geral da Saúde, 2013; Scott, 2024). **A recolha de dados antropométricos e avaliação do desenvolvimento efetuou-se através da escala de avaliação do desenvolvimento Mary Sheridan Modificada (Anexo I)**, sendo a avaliação realizada pelo EEESIP, correspondendo ao que consta na Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários (Instituto de Apoio à Criança, 2021). Nos casos em que, através de

sinais de alerta, **foi identificado um atraso no desenvolvimento ou o seu risco, foi realizada uma referência ao sistema de intervenção precoce na infância (SNIPI).**

Além disto, nas consultas existia um grande foco nos **cuidados antecipatórios**, enquanto promotores da saúde da criança e família e preventores da doença (Direção-Geral da Saúde, 2013; Hockenberry, 2024). Estes mantêm-se ao longo dos estádios de desenvolvimento infantil e têm, idealmente, início ainda antes do nascimento, no sentido da preparação dos pais para o seu novo papel, explorando antecipadamente as suas expectativas e dúvidas, e possibilitando o estabelecimento de uma parceria de cuidados (Hagan et al., 2017). Permitem, ainda, realizar a gestão das emoções dos clientes (Diogo, 2023). Era essencial, assim como um direito da criança e família, que a informação fosse transmitida de uma forma adaptada à sua compreensão (Instituto de Apoio à Criança, 2021). Estes cuidados foram realizados designadamente através da **transmissão de conhecimento acerca de temas como a alimentação, a higiene, os hábitos de sono, a segurança e o desenvolvimento**, que ocorria não só na consulta, mas também na sala de espera ou na escola (Direção-Geral da Saúde, 2013; Hagan et al., 2017). No âmbito da saúde escolar, a USF desenvolve um projeto cujo objetivo é facilitar a adaptação da criança ou do jovem com condição crónica, através de formação aos profissionais de cada escola, sendo também realizadas formações nas escolas direcionadas aos alunos, acerca de temas como alimentação saudável ou sexualidade.

Estes temas, e outros que compunham as intervenções desenvolvidas, focam-se nos problemas que mais frequentemente afetam a criança, tais como as **perturbações emocionais e do comportamento, os hábitos alimentares menos saudáveis e o excesso de peso, os acidentes domiciliários e rodoviários, o consumo de substâncias na adolescência e a violência e maus-tratos** (Direção-Geral da Saúde, 2013; Hagan et al., 2017; Hockenberry, 2024). Além destes, **as preocupações manifestadas pelos cuidadores, assim como os sinais de alerta, no sentido do despiste de potenciais situações de risco**, são também um foco importante (Direção-Geral da Saúde, 2013). No caso de risco de maus-tratos e violência, verificando-se critérios como violência doméstica, problemas de saúde mental nos pais, entre outros, era realizada uma **referência para o núcleo de apoio a crianças e jovens em risco**. Relativamente à

prestação de cuidados à criança vítima de maus-tratos e violência, destaca-se a **participação no Webinar do Projeto de Investigação Emoções em Saúde & Práxis de Enfermagem, com o título "Cuidar de crianças maltratadas: Intervenção na comunidade" (Anexo II)**, que ofereceu valiosos contributos para a prestação de cuidados nestas situações na comunidade.

Como explicitado, a criança e família experienciam emocionalidade intensa, neste contexto, passível de ser transformada positivamente através do trabalho emocional do enfermeiro (Diogo, 2023), sendo fulcral uma abordagem que tem em conta as emoções da pessoa, das quais esta não pode ser separada, indo além do foco no físico, devendo a equipa ter formação adequada para responder a estas necessidades (Instituto de Apoio à Criança, 2021; Watson, 2021). Porém, e no mesmo sentido, constatou-se que, embora a equipa de enfermagem afirmasse reconhecer a importância desta dimensão do cuidar, desconhecia o conceito de trabalho emocional e estas intervenções eram consideradas complementares e não reconhecidas como uma componente central do seu trabalho. Assim, foi efetuada, na quarta semana de estágio, uma **formação em serviço à equipa de enfermagem acerca do trabalho emocional em enfermagem pediátrica** (Apêndice IV), tendo como objetivos: explicitar o conceito de trabalho emocional e analisar o Modelo TEEP (Diogo, 2023), no contexto de consulta de saúde infantil e juvenil. Esta atividade foi realizada para a concretização dos objetivos específicos: promover uma prática de qualidade e baseada em evidência científica, assumindo um papel dinamizador na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua e na pesquisa e partilha de evidência científica, assim como de explicitar o conceito de trabalho emocional e promover a partilha de conhecimento acerca deste em enfermagem pediátrica.

Tendo em vista a concretização dos objetivos específicos de identificar e colaborar nas intervenções de enfermagem para a gestão intencional da emocionalidade associada aos processos de saúde-doença, e analisar o trabalho emocional do enfermeiro nos processos de saúde-doença vivenciados pela criança ou jovem e família, realizaram-se, frequentemente, **reflexões com o enfermeiro orientador acerca deste tema, mobilizando o Modelo TEEP, sendo identificadas características deste nos cuidados prestados, tais como o acolhimento da criança e família, a dádiva de afeto, a**

disponibilidade, o favorecimento da expressão de sentimentos, o esclarecimento de dúvidas e o envolvimento emocional, assim como a regulação da disposição emocional para cuidar do enfermeiro (Diogo, 2023). Além disso, foi elaborado um **jornal de aprendizagem acerca de uma situação emocionalmente intensa vivenciada na consulta, com foco no tema da saúde oral da criança e na intervenção do enfermeiro especialista** (Apêndice V). Salienta-se que, embora não tenha sido possível participar diretamente em iniciativas relacionadas com a saúde escolar, através deste trabalho foi possível explorar esta área, além de ter sido **analisada a intervenção do enfermeiro neste contexto, em conjunto com a enfermeira orientadora**, a partir dos projetos que a equipa desenvolve neste âmbito, descritos anteriormente.

Este primeiro estágio permitiu desenvolver um conjunto de competências comuns do enfermeiro especialista, designadamente relacionadas com a tomada de decisão sustentada do ponto de vista legal, ético e deontológico, assim como avaliação deste processo e dos seus resultados, otimizando o processo de cuidados (A1), a promoção da proteção dos direitos humanos e a gestão de práticas que fomentam a segurança, privacidade e dignidade (A2), a avaliação da qualidade das práticas clínicas (B2.1.), a gestão dos cuidados e adaptação do estilo de liderança e dos recursos ao contexto (C1, C2), e ainda no âmbito da detenção de consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro e capacidade de gerar respostas de adaptabilidade, a nível individual e organizacional (D1) e de ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (D2.1.). Foi, igualmente, possível desenvolver e consolidar competências específicas, destacando-se a implementação e gestão em parceria de um plano de saúde e o diagnóstico precoce e intervenção nas doenças comuns e situações de risco (E1), assim como a gestão diferenciada da dor e do bem-estar (E2.2.), a promoção da adaptação da criança ou do jovem e da sua família à doença (E2.5), do crescimento e desenvolvimento infantil (E3.1.) e da vinculação, a comunicação com a criança e família de forma apropriada ao seu estágio de desenvolvimento e cultura (E3.3.) e, finalmente, a promoção da autoestima do adolescente e da sua autodeterminação (E3.4.).

4.2. Consulta de desenvolvimento infantil

O estágio de observação em consulta de desenvolvimento infantil decorreu na consulta externa de um hospital, que recebia crianças e jovens entre os zero e os 18 anos e as suas famílias, incluindo várias especialidades além da consulta de desenvolvimento, tais como consultas de Diabetes *Mellitus* e de obesidade, entre outras. Na consulta de desenvolvimento, são recebidas crianças referenciadas após a identificação de sinais de alerta e necessidade de intervenção precoce, como verificado no contexto de estágio anterior. Uma grande parte das crianças que recorrem à consulta tinha o diagnóstico de perturbação do espectro do autismo, que constitui um dos problemas mais frequentes a nível do neurodesenvolvimento na criança, e que inclui um défice na comunicação e interação social, bem como interesses ou atividades repetitivas, sendo o diagnóstico habitualmente realizado pelos dois ou três anos de idade, altura em que se identificam alterações no desenvolvimento (Bryant, 2024). Para o rastreio destas perturbações é utilizado o M-CHAT (*Modified checklist for autism in toddlers*) (Anexo III), devendo as crianças cujos resultados sejam preocupantes ser alvo de uma avaliação do desenvolvimento por um profissional especializado (Direção-Geral da Saúde, 2013). Outra situação encontrada com regularidade na consulta foi a da criança com perturbação de hiperatividade e défice de atenção, na qual se verificam níveis de desatenção, impulsividade e hiperatividade, que não vão de encontro aos esperados para o desenvolvimento em determinada idade, sendo a sua identificação e tratamento precoces essenciais para a promoção da saúde da criança (Fisher, 2024). Além disso, recorrem à consulta crianças que nasceram prematuras e as suas famílias, sendo que o nascimento prematuro constitui um fator de risco para problemas a nível cognitivo, comportamental, motor, visual, auditivo, educacional e do neurodesenvolvimento, apresentando um risco três vezes superior ao de uma criança nascida de termo (Altimier & Holditch-Davis, 2019).

Com o objetivo de conhecer a dinâmica estrutural, organizacional e funcional da unidade, a filosofia de cuidados e a prática diferenciada de cuidados do EEESIP, foi realizada uma **entrevista exploratória ao enfermeiro orientador acerca da dinâmica do serviço e a consulta e análise de documentos existentes, além da apresentação**

e adaptação do projeto de estágio à unidade. As consultas decorrem em gabinetes decorados por desenhos e autocolantes, além de alguns brinquedos, sendo realizadas pela equipa de enfermagem, composta por duas EEESIP, em articulação com a equipa médica. Neste contexto, era claramente identificável a articulação entre o profissional e a criança e a família, reconhecidos como participantes ativos, sendo estabelecida uma Parceria de Cuidados, numa lógica de Cuidados Centrados na Família, decorrente de uma relação terapêutica caracterizada pela equidade, flexibilidade e colaboração entre as partes, reconhecendo que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança (Hockenberry, 2024; Monteiro & Cerqueira, 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Com o objetivo de identificar, analisar e colaborar nas intervenções do enfermeiro especialista, adequadas às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança ou jovem e família e em situações de especial complexidade para a maximização da sua saúde, **foi realizada a observação participante nos cuidados prestados na consulta, nomeadamente na avaliação do crescimento e do desenvolvimento, com recurso à escala *Mary Sheridan Modificada* (Anexo I).** Subsequente a esta intervenção e à identificação das necessidades e das preocupações da família, **realizou-se educação para a saúde,** tendo em vista a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança. Neste sentido, destacam-se as **sessões de capacitação para os cuidadores de crianças com necessidades especiais, tendo sido elaborada uma análise crítica e reflexiva acerca desta intervenção** (Apêndice VI).

Além das consultas, neste contexto são **realizados procedimentos como colheitas sanguíneas,** que estavam envoltos por uma especial complexidade, decorrente das necessidades especiais destas crianças. Por exemplo, no caso da criança com perturbação do espectro do autismo, é essencial não prolongar a duração do procedimento, além da utilização de uma sala privada com o mínimo possível de estímulos e distrações, bem como a presença dos pais, verificando-se que o sucesso do procedimento depende da relação estabelecida e dos cuidados sustentados por uma filosofia de Cuidados Não Traumáticos (Bryant, 2024; Hockenberry, 2024).

A fim de analisar o trabalho emocional do enfermeiro nos processos de saúde-doença vivenciados pela criança ou jovem e família, e de identificar e colaborar nas

intervenções de enfermagem para a gestão intencional da emocionalidade associada aos processos de saúde-doença, foram realizadas, ao longo do estágio, **reflexões com o enfermeiro orientador acerca do trabalho emocional em enfermagem pediátrica, com foco no contexto de consulta de desenvolvimento**, verificando-se que se tratava de um contexto de grande emocionalidade para a criança e família, decorrente das necessidades especiais da criança. Os pais experienciam stress e ansiedade, existindo um impacto nomeadamente no seu casamento, assim como a nível financeiro, enquanto a criança se sente diferente e excluída, tendo sido fundamental a intervenção para atenuar esta situação, assim como para incentivar a expressão das emoções experienciadas (Hesselgrave & Santucci, 2024). Na consulta, foi realizada a **gestão da emocionalidade, nomeadamente através da promoção de um ambiente seguro, do afeto, da gestão das emoções e da construção da estabilidade na relação**, visando a transformação positiva da situação (Diogo, 2023).

Ainda no decorrer deste período de estágio, foi possível participar no **“Encontro com a Dra. Jean Watson” (Anexo IV)**, a 27 de maio de 2023, no Polo Artur Ravara da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no qual **foi submetido e apresentado um ePoster designado “Emocionalidade na unidade de cuidados intensivos neonatais: Experiências das famílias e dos enfermeiros” (Apêndice VII)**, que recebeu uma **menção honrosa (Anexo V)** e que deu resposta ao objetivo específico de promover uma prática de qualidade e baseada em evidência científica, assumindo um papel dinamizador na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua e na pesquisa e partilha de evidência científica. A sua realização no contexto da consulta de desenvolvimento foi fundamental, na medida em que várias crianças e famílias que a ela recorrem estiveram, anteriormente, internadas na neonatologia, nomeadamente por prematuridade, tendo possibilitado uma maior compreensão da sua experiência a nível emocional. Além disso, contribuiu também para o estágio realizado posteriormente, em cuidados intensivos neonatais, pelo mesmo motivo.

O estágio de observação em consulta de desenvolvimento infantil permitiu consolidar competências relativas à prática de cuidados que respeita os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2), ao suporte da prática clínica em evidência

científica (D2.2.), e à promoção da formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada (D2.3.), através da rentabilização de oportunidades de aprendizagem (D2.3.3.). Relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, destacam-se competências relacionadas com a implementação e gestão de um plano de saúde (E1.1.), com destaque para a utilização de estratégias motivadoras para a assunção dos papéis em saúde (E1.1.3), a transmissão de conhecimento e aprendizagem que facilita o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos de saúde-doença (E1.1.4) e a procura de oportunidades para trabalhar com a criança e família no sentido da adoção de comportamentos de saúde (E1.1.5.). Além destas, salientam-se competências no âmbito da gestão da dor e do bem-estar da criança ou jovem (E2.2.), da promoção da adaptação deste e da sua família à doença crónica e deficiência ou incapacidade (E2.5), da promoção do seu crescimento e desenvolvimento (E3.1.), da adaptação da comunicação à criança e família, tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento e cultura (E3.3.), e da promoção da autoestima do adolescente e da sua determinação nas escolhas relativas à saúde (E3.4.).

4.3. Neonatologia

O primeiro estágio em contexto hospitalar decorreu numa unidade de cuidados intensivos neonatais, onde foram prestados cuidados a recém-nascidos de alto risco e às suas famílias. O recém-nascido de alto risco é aquele que apresenta morbilidade e mortalidade superior à da média, por circunstâncias específicas relacionadas com prematuridade; dificuldade respiratória, derivada por exemplo de aspiração de mecónio ou taquipneia transitória no recém-nascido; ou processos infecciosos, relacionados com rotura prolongada de membranas e infeções congénitas; entre outros motivos (Behr, 2024; Bodin & Hoffman, 2019; Gentle et al., 2019).

A unidade era constituída por cinco vagas de intensivos (nível III) e nove vagas de intermédios (nível II), nas quais eram recebidas crianças a partir das 24 semanas de idade gestacional e até aos 28 dias de vida.

Com o objetivo de conhecer a dinâmica estrutural, organizacional e funcional da unidade, a filosofia de cuidados e a prática diferenciada de cuidados do EEESIP, foram realizadas **entrevistas exploratórias ao enfermeiro chefe e ao enfermeiro orientador acerca da dinâmica da unidade, possibilitando a apropriação desta, tendo sido também consultados e analisados os documentos existentes na unidade, além da apresentação do projeto à equipa de enfermagem.**

Estas atividades permitiram a caracterização deste contexto, sendo possível depreender que os cuidados prestados na unidade refletem uma filosofia de Cuidados Centrados na Família, constatada nomeadamente através do apoio prestado, baseado nas forças e capacidades da família, tendo em vista o envolvimento e capacitação parental (Hockenberry, 2024). Além disso, são ainda essenciais os cuidados informados sobre o trauma, tendo em conta a vulnerabilidade acrescida do recém-nascido de alto-risco, nomeadamente aquele que nasce prematuro, reconhecendo-se necessidades que vão além daquelas relacionadas com a patologia, assim como as importantes sequelas decorrentes do trauma experienciado na neonatologia (Coughlin, 2021). O reconhecimento da vulnerabilidade da pessoa e do cuidar enquanto algo que vai além da própria ação e de diagnósticos médicos remete-nos para Watson (2021), que descreve um processo de dar e receber vida, colocando a pessoa nas mãos de quem cuida e, no caso da neonatologia, literalmente, ilustrando a magnitude do cuidar neste contexto (Coughlin, 2021).

Com o objetivo de identificar, analisar e colaborar nas intervenções do enfermeiro especialista adequadas às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança ou do jovem e da família, e em situações de especial complexidade para a maximização da sua saúde, **foi realizada, de forma sistemática, a observação e análise das intervenções do enfermeiro especialista e, ainda, a participação ativa nos cuidados ao recém-nascido e família.** Estes incluem, nomeadamente, **o posicionamento, os cuidados à pele, a otimização da função respiratória,** podendo a criança ter ou não necessidade de dispositivos de ventilação, e **a alimentação entérica,** realizada por sonda nasogástrica ou por via oral, através de biberão, mama ou sonda-dedo (Behr, 2024). Relativamente à alimentação do recém-nascido, destaca-se a **participação no seminário**

do projeto NIDCare, intitulado “Prática Baseada na Evidência na Seleção das Técnicas de Alimentação Oral do Recém-nascido” (Anexo VI), que permitiu aprofundar conhecimentos acerca do tema.

No âmbito do mesmo objetivo, foi elaborado um **estudo de caso acerca de um recém-nascido com encefalopatia hipóxico-isquêmica** (Apêndice VIII), uma lesão que pode resultar em disfunção orgânica, compromisso neurológico ou mesmo na morte, habitualmente associada a um episódio de asfixia antes, durante ou após o parto (Behr, 2024; Ditzenberger & Blackburn, 2019; Graça et al., 2022). Em resposta a este problema, o recém-nascido foi submetido a tratamento com hipotermia induzida, que é, atualmente, o tratamento de eleição para casos moderados a severos deste problema (Ditzenberger & Blackburn, 2019; Graça et al., 2022).

Como referido anteriormente, o recém-nascido prematuro apresenta uma vulnerabilidade acrescida, encontrando-se especialmente suscetível às experiências sensoriais, com consequências no seu neurodesenvolvimento (Altimier & Phillips, 2016; Coughlin, 2021). Este é particularmente suscetível às experiências dolorosas precoces, que influenciam o desenvolvimento do sistema nervoso, resultando em efeitos que perduram no tempo, e às quais é exposto frequentemente na neonatologia, associado a procedimentos como a aspiração de secreções, colocação de sondas gástricas e punções, entre outros (Hellsten, 2024; Walden & Spruill, 2019). Os recém-nascidos prematuros têm uma menor capacidade para reagir à dor que, por vezes, pode ser identificável apenas através da instabilidade das funções vitais ou não existirem quaisquer sinais, sendo que as ferramentas disponíveis para a sua avaliação não incluem todos os fatores que influenciam a experiência de dor (Hellsten, 2024; Walden & Spruill, 2019). O seu controlo, que deve **envolver os pais, é realizado através de medidas não farmacológicas, como a contenção, a sucção não nutritiva, a administração de sacarose e o contacto pele com pele, e medidas farmacológicas, como analgésicos** (Hellsten, 2024; Walden & Spruill, 2019). Neste contexto, são ainda essenciais **a avaliação e o controlo da dor e do sofrimento do recém-nascido em final de vida** (Walden & Spruill, 2019).

Além do controlo da dor, **qualquer intervenção realizada na neonatologia é informada pelas sete medidas neuroprotetoras**, identificadas no Modelo Integrativo

de Desenvolvimento Neonatal (*Neonatal Integrative Developmental Care Model*) cuja finalidade é minimizar complicações, nomeadamente a nível do desenvolvimento cognitivo e motor, através de cuidados centrados na família e protetores do neurodesenvolvimento (Altimier & Phillips, 2016). Este modelo destaca a importância do **contacto pele com pele**, enquanto local ideal para o recém-nascido, particularmente o prematuro, bem como o **ambiente, a parceria com a família, o posicionamento e a manipulação, a minimização da dor e stress, a proteção do sono, a proteção da pele e a otimização da nutrição** (Altimier & Phillips, 2016).

Associado ainda à vulnerabilidade acrescida do recém-nascido internado na neonatologia, qualquer intervenção neste contexto teve em conta a **segurança do cliente**, condicionada pelo uso contínuo de equipamento, pela administração de terapêutica e pela manipulação de acessos centrais, entre outros fatores, sendo indispensável que o enfermeiro atue, nomeadamente, no sentido da **prevenção da queda, na administração segura da terapêutica e no controlo da infeção** (Anderson & Herring, 2024). No mesmo sentido, o **transporte do recém-nascido** constituía uma preocupação neste contexto, quer na alta, na qual o transporte era realizado com recurso a um sistema de retenção apropriado, quer no transporte para outras unidades ou instituições.

Com o objetivo de analisar o trabalho emocional do enfermeiro nos processos de saúde-doença vivenciados pela criança ou jovem e família, e de identificar e colaborar nas intervenções de enfermagem para a gestão intencional da emocionalidade associada aos processos de saúde-doença, **refleti com o enfermeiro orientador acerca do trabalho emocional em enfermagem pediátrica, com foco nas cinco categorias de cuidados do modelo TEEP (Diogo, 2023)**, verificando-se a importância do **acolhimento, da manutenção de um ambiente familiar, do afeto associado aos cuidados e em momentos espontâneos, da gestão emocional de antecipação e das emoções reativas, assim como da manutenção da estabilidade da relação**, visando a transformação positiva da experiência emocional da família (Diogo, 2023). Verificando-se a emocionalidade experienciada pelos pais na unidade de neonatologia, associada à separação abrupta decorrente da necessidade de internamento, à aparência alterada da

criança e ao ambiente desconhecido da unidade (Petty et al., 2019), a abordagem à criança e família não pode desconsiderar a experiência emocional (Coughlin, 2021; Watson, 2021), pelo que este estágio permitiu desenvolver competências no âmbito do **trabalho emocional em pediatria**. Das várias situações passíveis de serem analisadas no âmbito deste tema, foi eleita uma delas e elaborado um **jornal de aprendizagem com o título “A emocionalidade na perda de um gêmeo na neonatologia: reflexão sobre a intervenção do enfermeiro especialista”** (Apêndice IX).

Em resposta à emocionalidade inerente a este contexto, os enfermeiros desenvolvem frequentemente intervenções, porém, verificou-se que a maior parte da equipa as considerava acessórias ao seu trabalho, pelo que foi realizada uma **sessão de formação em serviço para pares sobre o trabalho emocional em enfermagem pediátrica** (Apêndice X), dando resposta aos objetivos específicos de promover uma prática de qualidade e baseada em evidência científica, assumindo um papel dinamizador na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua e na pesquisa e partilha de evidência científica, e de explicitar o conceito de trabalho emocional e promover a partilha de conhecimento acerca deste em enfermagem pediátrica. A sessão de formação teve como objetivos explicitar o conceito de trabalho emocional e analisar o Modelo TEEP (Diogo, 2023), assim como a sua aplicabilidade no contexto de neonatologia.

No mesmo sentido, destacam-se atividades como a **elaboração de diários e memórias para os pais, com o tema de diferentes celebrações, e colaboração na organização da festa do dia da prematuridade** (Apêndice XI), constituindo intervenções que promovem um ambiente seguro e afetuoso (Diogo, 2023). Esta atividade deu resposta ao objetivo específico de identificar e colaborar nas intervenções de enfermagem para a gestão intencional da emocionalidade associada aos processos de saúde-doença.

Para a consecução do mesmo objetivo, a **participação e colaboração nas reuniões do grupo de apoio à parentalidade**, que decorriam em articulação com o médico pedopsiquiatra e o psicólogo, supervisionadas pela enfermeira orientadora e com posterior análise da reunião com esta. Durante o internamento na neonatologia, os pais apresentam várias necessidades, destacando-se a necessidade de apoio psicológico e

emocional, decorrente da experiência emocional intensa vivenciada, sendo a realização de grupos de apoio entre os pais extremamente importante e valorizada pelos próprios (Adama et al., 2021; Petty et al., 2019).

Ainda para dar resposta a este objetivo, assim como ao de promover uma prática de qualidade e baseada em evidência científica, assumindo um papel dinamizador na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua e na pesquisa e partilha de evidência científica, destaca-se a **participação no desenvolvimento de um novo projeto**, cujo objetivo é a manutenção da identidade e promoção da vinculação na criança em risco de institucionalização, visando a **elaboração de um projeto de melhoria contínua da qualidade, tendo sido redigida a sua fundamentação teórica** (Apêndice XII). O projeto surgiu a partir da identificação de alguns casos de crianças em risco de institucionalização, nas quais pode ocorrer o desenvolvimento de estilos de vinculação desorganizados ou inseguros, decorrentes do ambiente instável e da ausência de um cuidador principal (Barone et al., 2017; Franklin & Mooney-Doyle, 2019; Raby & Dozier, 2019). Nestas crianças, a adoção constitui uma medida importante para uma mudança para um estilo de vinculação seguro, caso a experiência com a família adotiva seja positiva e os cuidadores sejam emocionalmente disponíveis, sendo essencial o apoio prestado neste sentido (Barone et al., 2017; Lionetti et al., 2015; Pace et al., 2019; Raby & Dozier, 2019). Assim, a intervenção proposta consiste no registo e na reunião de informações e objetos da criança, que a irão acompanhar desde o seu nascimento até ao momento em que é acolhida ou adotada, contribuindo para a preservação da identidade da criança, adaptação entre si e a família e o desenvolvimento de uma vinculação segura.

A promoção da vinculação foi transversal a todos os cuidados prestados aos recém-nascidos internados na unidade, nomeadamente através do **envolvimento dos pais, da promoção da amamentação, do contacto pele com pele e da participação parental**, sabendo que a família é sujeita a uma separação abrupta com implicações a nível emocional e da vinculação (Behr, 2024; Coughlin, 2021; Maleki et al., 2022), e sendo essencial a prestação de Cuidados Centrados na Família, que incluem a criança e a família no plano de cuidados e enquanto membros da equipa, colocando a pessoa e família no

centro e reconhecendo que cada um destes é único, e respeitando os seus valores, as suas perspetivas e as suas escolhas (W. Smith, 2018).

Adicionalmente, com o objetivo de promover uma prática de qualidade e baseada em evidência científica, assumindo um papel dinamizador na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua e na pesquisa e partilha de evidência científica, destaca-se a **colaboração na elaboração de um artigo intitulado “Intervenções de enfermagem promotoras da gestão emocional na parentalidade em neonatologia durante a COVID-19: protocolo de revisão *scoping*”**, integrado no projeto Emoções em Saúde & Práxis de Enfermagem do Centro de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR/ESEL), coordenado pela Professora Doutora Paula Diogo, e a convite da mesma.

As atividades deste estágio permitiram a aquisição e consolidação de várias competências, das quais se destacam o desenvolvimento de uma prática ética e legal, na área de especialidade, concordante com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1), que respeita os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2), assim como no âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade (B), através da colaboração na conceção e operacionalização de projetos e a sua disseminação (B1) e o desenvolvimento de práticas de qualidade, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua (B2) e promoção de um ambiente terapêutico e seguro. Além destas, a gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde (C1), a adaptação da liderança e gestão de recursos (C2), bem como do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D), das quais se destaca uma práxis clínica especializada sustentada em evidência científica, nomeadamente através da colaboração em estudos de investigação (D2.2.3.), e interpretação e organização de resultados que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da disciplina (D2.2.4). No âmbito das competências específicas, destaca-se a implementação e a gestão de um plano de saúde em parceria, o diagnóstico e a intervenção nas doenças e situações de risco (E1), e o cuidar da criança e família em situação de especial complexidade, cuidando em situações de particular exigência (E2), com ênfase para o reconhecimento de situações de instabilidade e risco de morte (E2.1.),

a gestão da dor e do bem-estar (E2.2.) e a promoção da adaptação à doença, deficiência e incapacidade (E2.5.), e da prestação de cuidados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento (E3), nomeadamente a promoção do crescimento e desenvolvimento (E3.1.) e da vinculação, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais (E3.2.).

4.4. Urgência pediátrica

O segundo estágio hospitalar decorreu em contexto de urgência pediátrica, onde são prestados cuidados à criança ou ao jovem e à família que recorrem ao hospital em contexto de urgência ou emergência, sendo as queixas principais mais frequentes a febre, a dificuldade respiratória e as lesões, associadas, por exemplo, a quedas (Vaz & Trigo, 2020). Neste contexto, a equipa de enfermagem era constituída por 23 enfermeiros que trabalhavam em articulação com a equipa médica e de assistentes operacionais, dando resposta aos três setores do serviço: triagem, sala de tratamentos e sala de observação.

De modo a dar resposta ao objetivo de conhecer a dinâmica estrutural, organizacional e funcional da unidade, a filosofia de cuidados e a prática diferenciada de cuidados do EEESIP, além da **apresentação do projeto à equipa, foram realizadas entrevistas exploratórias ao enfermeiro chefe e ao enfermeiro orientador acerca da dinâmica da unidade**, possibilitando a apropriação desta, além de terem sido **consultados e analisados os documentos existentes**.

Neste contexto, tratando-se de um serviço de urgência, existia a necessidade de estabelecer uma prioridade no atendimento de acordo com a situação clínica, através da triagem, caracterizada por uma **avaliação rápida das necessidades da criança, associada à utilização de um instrumento como o Protocolo de Triagem de Manchester**, implementado em Portugal em 2000 (Marques & Lino, 2021; Vaz & Trigo, 2020) e utilizado neste contexto de estágio. Através deste era selecionado, com base na queixa principal, um fluxograma composto por sinais e sintomas que constituíam discriminadores para a definição da prioridade, guiando o processo (Marques & Lino, 2021). A triagem era realizada por enfermeiros, devendo o triador ser capaz de realizar

uma avaliação e tomar decisões de forma precisa, com acesso a informação limitada, num ambiente muitas vezes imprevisível e inconstante, enquanto estabelece uma relação com a criança e família, comunicando de forma adequada com estes (Marques & Lino, 2021; Vaz & Trigo, 2020). Além disso, a intervenção não era limitada à queixa principal, estando o enfermeiro desperto para a **deteção de outras alterações, por exemplo, no comportamento da criança e na sua relação com a família** (Vaz & Trigo, 2020). Em urgência pediátrica, esta função deve ser assumida, sempre que possível, pelo EEESIP (Vaz & Trigo, 2020), o que se verificava neste contexto.

Após a triagem, a criança e a família eram encaminhadas para a sala de espera ou procediam imediatamente para a sala de reanimação, quando se verificava uma necessidade de intervenção urgente, por exemplo, em situações de obstrução da via aérea ou alteração do estado de consciência (Vaz & Trigo, 2020). Caso contrário, após serem observados por um médico, existindo a necessidade de realizar colheitas ou de administrar medicação, entre outras situações, a criança e família deslocavam-se para a sala de tratamentos. Quando se verificava essa necessidade, a criança era internada, ficando em sala de observação ou na unidade de cuidados especiais pediátricos, para as quais o serviço dispunha de um total de seis vagas.

Neste contexto, foi possível identificar, nos cuidados prestados pela equipa, a importância dos Cuidados Não Traumáticos, por se tratar de um contexto onde a criança era sujeita frequentemente a procedimentos dolorosos e geradores de desconforto, associados ao stress do ambiente desconhecido e potencialmente assustador, sendo realizadas sistematicamente intervenções para eliminar ou reduzir o stress e desconforto experienciados pela criança e família (Hockenberry, 2024). Esta filosofia de cuidados constatou-se, nomeadamente, através da **preparação para procedimentos e da minimização da separação entre a criança e a família.**

Com o objetivo de identificar, analisar e colaborar nas intervenções do enfermeiro especialista adequadas às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança ou jovem e família e em situações de especial complexidade para a maximização da sua saúde, **foi realizada, de forma sistemática, a observação e análise das intervenções do enfermeiro especialista na urgência pediátrica, além da participação ativa nos**

cuidados à criança e família nos diferentes setores deste contexto: triagem, sala de tratamentos e sala de observação, com supervisão do enfermeiro especialista.

Neste contexto, verificou-se a importância do primeiro contacto, sabendo que uma ida à urgência, mesmo que devido a um problema de saúde aparentemente menos grave, está sempre associada a uma elevada carga emocional, devendo este contacto ser acolhedor e transmitir confiança e tranquilidade (Vaz & Trigo, 2020). Foi essencial a intervenção a nível da **gestão do medo na criança**, por esta estar num ambiente desconhecido no qual poderia ser sujeita a procedimentos invasivos e dolorosos, sendo alguns dos medos mais frequentes, em crianças em idade pré-escolar, o medo de não acordar, de sentir algo, de morrer e de ser abandonada (Diogo et al., 2017b). A atenuação deste medo, assim como da ansiedade, foi realizada nomeadamente através do **brincar e do lúdico**, na medida em que constituem a linguagem universal da criança e reduzem o trauma associado à doença, à hospitalização e aos procedimentos, possibilitando a prestação de Cuidados Não Traumáticos (Fox, 2024; Scott, 2024). Associado a colheitas sanguíneas e outros procedimentos dolorosos, as crianças experienciavam dor e medo, sendo esta **intervenção realizada na presença dos pais e com recurso a contar histórias, à distração, a vídeos e a músicas, a autocolantes ou a brinquedos que a criança trazia consigo**. Efetivamente, o brincar foi utilizado com frequência, mostrando-se extremamente eficaz, tal como nos informa a evidência, destacando-se um estudo randomizado controlado, por Oluç e Sarialioğlu (2023), que verificou uma eficácia estatisticamente significativa da utilização de fantoches na redução da dor e do medo durante a venipunção. Além deste procedimento, a terapêutica inalatória também pode causar grande ansiedade na criança, que pode ser desvalorizada por não se tratar de um procedimento doloroso ou invasivo. Contudo, verificou-se que a sua realização podia ser traumática, exigindo muitas vezes a imobilização da criança. O **recurso à simulação da técnica, nomeadamente com recurso a um brinquedo**, revelou-se útil nestes casos, tendo este efeito sido constatado por Kirkan e Kahraman (2023), num estudo randomizado controlado, que incluiu crianças entre os três e os oito anos de idade num serviço de urgência, verificando-se uma redução do medo e da ansiedade, assim como maior aceitação e adaptação ao tratamento.

Ainda decorrente do estado emocional, particularmente da família, podem ocorrer situações de violência no serviço de urgência, tendo como causa a ansiedade dos pais relativamente ao estado de saúde do seu filho, além de frustração pelos tempos de espera, pelo que o enfermeiro se encontra vulnerável à violência, neste contexto (Pich et al., 2013). O enfermeiro, estando consciente da emocionalidade intensa experienciada no serviço de urgência, é capaz de transformar de forma positiva as emoções vivenciadas pela criança e família (Diogo, 2023), desde o primeiro contacto, na triagem, nomeadamente através do **acolhimento, da brincadeira, da preparação e suporte para procedimentos, e da transmissão de informação sobre como a criança pode colaborar.**

Com o objetivo de analisar o trabalho emocional do enfermeiro nos processos de saúde-doença vivenciados pela criança e família, e de identificar e colaborar nas intervenções de enfermagem para a gestão intencional da emocionalidade associada aos processos de saúde-doença, **refleti juntamente com o enfermeiro orientador acerca do trabalho emocional em enfermagem pediátrica, com foco nas cinco categorias de cuidados do modelo TEEP, e elaborei um jornal de aprendizagem acerca de uma situação de violência em contexto de urgência** (Apêndice XIII), um fenómeno resultante de um comportamento intencional, derivado de fatores ambientais do serviço de urgência, que envolve uma agressão física ou verbal contra o profissional de saúde, por parte do cliente ou acompanhante (Hou et al., 2022). Estas situações são, muitas vezes, decorrentes do estado emocional da família, relacionado com o problema da saúde da criança, acentuado pela perceção de que as necessidades desta não estão a ser correspondidas (Pich et al., 2013).

Com o objetivo de promover uma prática de qualidade e baseada em evidência científica, assumindo um papel dinamizador na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua e na pesquisa e partilha de evidência científica, assim como de explicitar o conceito de trabalho emocional e promover a partilha de conhecimento acerca deste em enfermagem pediátrica, foi realizada uma **sessão de formação em serviço para pares sobre o trabalho emocional em enfermagem pediátrica** (Apêndice XIV), cujos objetivos foram explicitar o conceito de trabalho emocional e analisar o Modelo

de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Diogo, 2023), assim como a sua aplicabilidade em urgência pediátrica.

Ainda no mesmo âmbito e no decorrer deste estágio, foi possível **participar na atividade formativa “Série de Workshops – Temas de Humanização em Enfermagem: Cuidar da criança com necessidades paliativas e a sua família em casa”** (Anexo VII), desenvolvido pela Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano, dando resposta aos objetivos de promover uma prática de qualidade e baseada em evidência científica, assumindo um papel dinamizador na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua e na pesquisa e partilha de evidência científica.

O estágio em urgência pediátrica permitiu o desenvolvimento e consolidação de diversas competências, das quais se destacam competências no âmbito do desenvolvimento de uma prática ética e legal, de acordo com normas legais, princípios éticos e deontologia profissional (A1) e que respeita os direitos humanos e responsabilidades profissionais (A2), assim como da avaliação da qualidade das práticas clínicas (B2.1.), da promoção de um ambiente terapêutico e seguro (B3), da gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde (C1), e da adaptação da liderança e gestão dos recursos, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2), do desenvolvimento de autoconhecimento e da assertividade (D1), da responsabilidade por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho (D2.1.), e da formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada (D2.3.). Relativamente às competências específicas, destaca-se a implementação e gestão de um plano de saúde em parceria e o diagnóstico e a intervenção nas doenças e situações de risco (E1), assim como o reconhecimento de situações de instabilidade e risco de morte (E2.1.), gestão da dor e do bem-estar (E2.2.) e a comunicação de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura (E3.3.).

4.5. Internamento de pediatria

O último estágio decorreu em contexto de internamento de pediatria, um serviço composto por 15 vagas onde se encontravam internadas crianças e jovens entre os zero e os 18 anos de idade (menos um dia), procedentes do serviço de urgência ou da neonatologia, ou admitidos de forma programada, por exemplo, para a realização de uma intervenção cirúrgica, sendo os motivos de internamento mais frequentes a prematuridade e problemas de saúde como infeções, principalmente do trato respiratório. O contexto de estágio era, além disso, um centro de referência de epilepsia refratária, encontrando-se internadas crianças e jovens para monitorização com vídeo-eletroencefalograma (vídeo-EEG).

À semelhança dos estágios anteriores, de modo a conhecer a dinâmica estrutural, organizacional e funcional da unidade, a filosofia de cuidados e a prática diferenciada de cuidados do EEESIP, foram **realizadas entrevistas exploratórias ao enfermeiro orientador, assim como à enfermeira chefe e enfermeira coordenadora do serviço**, tendo também sido indispensável a **apresentação do projeto de estágio à equipa**, bem como a **consulta de documentos orientadores e normas existentes na unidade**, relacionadas com o acolhimento da criança e família ao serviço e a intervenção do enfermeiro em vários procedimentos, destacando-se um documento sobre a intervenção do enfermeiro com crianças ou jovens e famílias internados para monitorização com vídeo-EEG.

Esta atividade permitiu constatar uma filosofia de Cuidados Centrados na Família e de Cuidados Não Traumáticos, identificada também a partir da **participação nos cuidados de enfermagem, com progressiva autonomia**, dando resposta ao objetivo específico de identificar, analisar e colaborar nas intervenções do enfermeiro especialista adequadas às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança ou jovem e família e em situações de especial complexidade para a maximização da sua saúde.

Na prestação de cuidados à criança e família, foi fundamental o **estabelecimento e manutenção de uma relação terapêutica**, dependente de limites claros e de uma comunicação transparente, tendo em vista as necessidades específicas de cada família, e

através da qual foi possível atenuar a experiência emocional de tonalidade negativa, decorrente do internamento (Diogo, 2023; Hockenberry, 2024).

Garantir a segurança do cliente foi também essencial em todos os cuidados, existindo um risco associado ao estágio de desenvolvimento, à terapêutica, ao ambiente, ao equipamento e às rotinas diferentes no internamento, que podiam resultar, por exemplo, em queda, engasgamento e afogamento, entre outros acidentes, pelo que todos os profissionais intervinham neste âmbito (Anderson & Herring, 2024).

No mesmo sentido, a administração de terapêutica e o controlo de infeção incluem intervenções cuja realização implicou ter em conta a **segurança do cliente e os riscos associados aos cuidados de saúde, possibilitando um ambiente terapêutico e seguro**, nomeadamente através da confirmação do nome do doente e da medicação administrada, e das precauções com os isolamentos (Anderson & Herring, 2024).

A realização de alguns destes procedimentos, tais como a **administração de terapêutica intravenosa, oral ou inalatória, colheitas sanguíneas e a realização de oxigenoterapia**, constituíam experiências geradoras de ansiedade para a criança e a sua família, nomeadamente devido à dor e desconforto, assim como pela utilização de material desconhecido (Claridge & Powell, 2023). A dor é um fenómeno complexo, que não se limita à dimensão física e ao estímulo doloroso em determinado momento, envolvendo ainda uma dimensão cognitiva e emocional, que condiciona a experiência e que a pode intensificar e prolongar, não podendo estas vivências ser desvalorizadas apenas por serem associadas a procedimentos necessários (Fernandes, 2020; Hellsten, 2024). Desta forma, foi fundamental a adoção de **estratégias para a gestão da dor e do bem-estar da criança**, que dependeram de uma **avaliação sistemática da dor, com recurso a ferramentas adequadas, nomeadamente ao estágio de desenvolvimento, assim como a caracterização da dor** (Fernandes, 2020; Hellsten, 2024).

Os procedimentos são **realizados nas salas de tratamento, permitindo a prestação de Cuidados Não Traumáticos**, sendo que estes procedimentos não eram realizados no quarto da criança, que permanecia um espaço seguro (Hockenberry, 2024). Além disto, esteve sempre **presente o cuidador principal e a criança era preparada para os procedimentos, nomeadamente a nível emocional, e tendo em conta o seu**

estádio de desenvolvimento, também numa lógica de Cuidados Não Traumáticos, sendo reservado um espaço para explicações e demonstrações, designadamente através do brincar (Anderson & Herring, 2024). O brincar e o lúdico tiveram um papel de destaque ao longo de todo o internamento, constatando-se a sua eficácia na literatura, nomeadamente numa revisão sistemática da literatura por Díaz-Rodríguez et al. (2021), na qual se verificaram os efeitos do brincar terapêutico na redução da dor e ansiedade, assim como no incremento do bem-estar geral da criança e dos pais, durante a hospitalização, tendo sido proporcionadas, sempre que possível, oportunidades para brincar. No mesmo sentido, a **utilização de músicas foi também um recurso no controlo da dor e ansiedade**, sendo uma intervenção passível de ser realizada pelo enfermeiro na execução de procedimentos dolorosos, encontrando-se demonstrada a sua eficácia na evidência científica (Johnson et al., 2021).

Associada às estratégias não farmacológicas, em alguns casos pode ser necessária a utilização de fármacos, sendo preconizada a utilização combinada de intervenções adaptadas à situação (Fernandes, 2020; Hellsten, 2024). Em pediatria, a recomendação atual para o controlo da dor através de fármacos é baseada em dois degraus, sendo o primeiro a utilização de analgésicos não-opioides, e o segundo o recurso a opioides para dor severa, podendo ser ainda utilizada terapêutica adjuvante, tal como as benzodiazepinas (Hesselgrave & Santucci, 2024).

Os cuidados prestados neste contexto não se limitavam à realização de procedimentos, sendo o cuidar algo que transcende a própria ação, que implica estar autenticamente presente, ver a pessoa e reconhecer as suas necessidades e aquilo que esta valoriza (Watson, 2021). Neste contexto, à semelhança dos restantes, era imprescindível uma prática promotora do melhor estado de saúde e bem-estar possível, da capacitação parental e promoção das competências da criança ou do jovem, sustentada pela comunicação e relação estabelecidas, no âmbito de uma parceria de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Os cuidados prestados implicaram, ainda, a **manutenção da rotina da criança, possibilitando a liberdade de movimentos, assim como a promoção da independência, principalmente no caso do adolescente**, que permitiram a minimização da sensação de perda de controlo associada à hospitalização

(Fox, 2024). Além disso, foram **proporcionadas atividades adequadas a cada cliente**, facilitadas neste contexto através da existência de duas salas, uma com brinquedos para crianças mais novas, como *toddlers*, pré-escolares e escolares, e outra com jogos e livros, direcionada para adolescentes, contribuindo para um ambiente que dava resposta às necessidades destas crianças (Instituto de Apoio à Criança, 2021). A existência destas salas é extremamente benéfica, sendo espaços valorizados pelos pais enquanto refúgio, durante o internamento, para os próprios, para a criança e para os irmãos (Kelada et al., 2021).

Na prestação de cuidados à criança e família, em resposta à emocionalidade intensa experienciada neste contexto, foi realizada a **gestão desta emocionalidade decorrente das experiências potencialmente perturbadoras no internamento, que não se limitavam ao problema de saúde ou aos procedimentos dolorosos, transformando a experiência da criança e família e promovendo o seu bem-estar emocional** (Diogo, 2023). Esta intervenção foi imprescindível, sabendo que a doença e a necessidade de hospitalização constituem uma crise para a criança e família, associada a stressores como a separação, a alteração da rotina e a dor (Claridge & Powell, 2023; Fox, 2024). Associados aos motivos mais frequentes de internamento neste contexto, como a prematuridade, infeções respiratórias ou diabetes inaugural, entre outros, verificava-se uma emocionalidade intensa, derivada do choque do diagnóstico, da necessidade de internamento e da alteração da rotina ou de assimilar muita informação em pouco tempo, constituindo uma experiência potencialmente perturbadora para a família, pelo que foi indispensável uma abordagem holística e humanizada, que considera as emoções vivenciadas, das quais a pessoa não pode ser separada (Carbonell-Estrany et al., 2018; Diogo, 2023; Loewenstein et al., 2021; Watson, 2021; Thoft et al., 2022).

Neste sentido, a equipa de saúde deve ser capaz de dar resposta às necessidades psicológicas e emocionais da criança hospitalizada e respetiva família (EACH, 1996), tendo sido essencial a **reflexão com o enfermeiro orientador acerca o trabalho emocional do enfermeiro em pediatria, considerando as situações vivenciadas e com recurso ao Modelo TEEP** (Diogo, 2023), para a consecução dos objetivos de analisar o trabalho emocional do enfermeiro nos processos de saúde-doença vivenciados pela criança ou

jovem e família, assim como de identificar e colaborar nas intervenções de enfermagem para a gestão intencional da emocionalidade associada aos processos de saúde-doença, destacando-se algumas intervenções. Algumas foram já apresentadas, tais como **preservar o quarto do cliente e a sintonia com o mundo infantil, tendo em vista a promoção de um ambiente seguro e afetuoso**, o que possibilita uma experiência mais positiva e uma recuperação mais rápida. Além destas, também a **preparação para procedimentos, o fornecimento de informação, o favorecimento da expressão de sentimentos, a distração e o envolvimento da família nos cuidados foram essenciais para promover a tranquilidade e o bem-estar emocional**, havendo já sido exploradas. Para a estabilidade da relação, a intervenção passou pela **construção de uma ligação afetiva, recurso a uma abordagem calma e sem juízos de valor, assim como através do equilíbrio de poderes**.

Dando resposta ao objetivo de explicitar o conceito de trabalho emocional e promover a partilha de conhecimento acerca deste em enfermagem pediátrica, assim como de analisar o trabalho emocional do enfermeiro nos processos de saúde-doença vivenciados pela criança ou jovem e família, foi realizada, na última semana de estágio, uma **sessão de análise das práticas intitulada “Gestão da emocionalidade da criança e família em contexto de internamento de pediatria: análise da intervenção do enfermeiro”** (Apêndice XV). Os objetivos da sessão foram: identificar e analisar as práticas dos enfermeiros do internamento de pediatria, relativas à gestão emocional da criança e família, tendo em conta a evidência científica existente acerca do tema, e explicitar o conceito de trabalho emocional e analisar o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica e a sua aplicabilidade, no contexto de internamento. A sessão teve a duração de uma hora, contou com a presença de 11 enfermeiros, dos quais quatro eram especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, e partiu de um enquadramento teórico acerca do tema, seguido de um exemplo prático, de modo a facilitar a partilha de experiências e pontos de vista acerca do assunto, que foram, posteriormente, confrontadas com a evidência científica existente.

Ainda com o objetivo de analisar o trabalho emocional do enfermeiro nos processos de saúde-doença vivenciados pela criança ou jovem e família, foi elaborado um

jornal de aprendizagem acerca da criança e família internadas em contexto de epilepsia refratária (Apêndice XVI), na qual ocorre a persistência de convulsões apesar de tentativas de controlo com recurso a três terapêuticas anticonvulsivantes (Ingle & Gibbs, 2024), sendo o seu impacto significativo, não só a nível neurológico e cognitivo, como a nível psicológico e social (World Health Organization, 2019).

Finalmente, com o objetivo de identificar e colaborar nas intervenções de enfermagem para a gestão intencional da emocionalidade associada aos processos de saúde-doença, bem como de promover uma prática de qualidade e baseada em evidência científica, assumindo um papel dinamizador na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua e na pesquisa e partilha de evidência científica, destaca-se a **apresentação do projeto iniciado no contexto de neonatologia** (Apêndice XII), cuja finalidade é a manutenção da identidade da criança em risco de institucionalização e a promoção da vinculação, tendo sido uma oportunidade significativa para promover a articulação entre os dois serviços, neonatologia e pediatria, nos quais este projeto será implementado. Além da apresentação do projeto à equipa, foi **elaborado um instrumento para o registo das crianças abrangidas pelo projeto** (Apêndice XVII).

Assim, este estágio possibilitou a consolidação de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, das quais se destacam, de entre as competências comuns, o desenvolvimento de uma prática ética e legal (A1), o respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais (A2), do domínio da melhoria contínua da qualidade (B), adotando um papel dinamizador em projetos institucionais na área da qualidade, desenvolvendo práticas de qualidade e colaborando em programas de melhoria contínua, participando na sua disseminação (B1, B2), assim como a promoção de um ambiente terapêutico e seguro (B3). Além destas, enfatizo a gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde (C1), a adaptação da liderança e gestão de recursos (C2), e ainda as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D). Relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, o último estágio permitiu consolidar competências relativas à implementação e gestão de um plano de saúde em parceria e ao diagnóstico e à intervenção nas doenças

e situações de risco (E1), ao cuidar em situações de especial complexidade (E2), destacando-se a gestão diferenciada da dor e bem-estar (E2.2.) e a adaptação da criança e jovem à doença (E2.5.), e à prestação de cuidados em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento (E3), designadamente da promoção da vinculação, em especial no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais (E3.2.), comunicação de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3.) e promoção da autoestima do adolescente (E3.4.).

4.6. Competências de mestre

Além das competências de enfermeiro especialista, este percurso possibilitou o desenvolvimento de competências de mestre, tendo em vista a obtenção deste grau. Isto ocorreu designadamente por meio do desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos da disciplina obtidos anteriormente, ao longo da **componente teórica e clínica do curso, aplicados ainda em contexto de investigação, principalmente através da colaboração na elaboração de um protocolo de revisão *scoping***. Ainda no âmbito da investigação, salienta-se **a participação no Webinar “Redação de artigos científicos”** (Anexo VIII), que ofereceu valiosos contributos para o desenvolvimento de competências no campo da investigação. No âmbito da disseminação da produção científica, destaca-se a **apresentação do ePoster no evento científico internacional “Encontro com Dra. Jean Watson” (Apêndice VII) ao qual foi atribuído uma menção honrosa (Anexo V)**.

Além disto, ao longo dos estágios, nos quais foram encontradas situações novas, foi possível **aplicar e testar conhecimentos e habilidades**, possibilitando uma melhoria da prática de cuidados. Ocorreu em articulação com a equipa de enfermagem de cada contexto, designadamente com o EEESIP, assim como com a restante equipa multidisciplinar, verificando-se durante os turnos e na produção escrita que resultou das experiências de estágio, incluindo **sessões de formação, jornais de aprendizagem e um estudo de caso**, através dos quais se demonstrou, nomeadamente, a capacidade de analisar e refletir acerca de situações complexas, confrontando-as com a literatura e

evidência científica existentes, assim como com as perspectivas dos orientadores clínicos e professores. Além disto, foram desenvolvidas competências no âmbito da **comunicação, em sala de aula, em contexto de estágio e em encontros científicos, sendo esta dirigida a professores, a pares, especialistas em saúde infantil e pediátrica ou de outras áreas, e não especialistas, assim como a profissionais de outras disciplinas**, como médicos, educadores e assistentes sociais, entre outros. Finalmente, este percurso exigiu ainda a capacidade de **identificar oportunidades de aprendizagem** em cada contexto, decorrentes das especificidades de cada um e resultando na necessidade de **aprofundar aprendizagens, designadamente acerca do desenvolvimento da criança e do jovem ou problemas de saúde mais comuns em cada contexto e os cuidados de enfermagem necessários**, em conjunto com os orientadores, clínicos ou académicos, e de forma autónoma.

5. Considerações Finais e Projetos Futuros

O presente relatório representa o culminar de um percurso de aprendizagem e reflexão sobre a prática, cuja finalidade foi o desenvolvimento de competências de mestre e de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, almejando a prestação de cuidados avançados à criança e família, perspetivando-os como centro dos cuidados, assim como parceiros, no sentido do melhor estado de saúde possível (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

O percurso formativo possibilitou o aprofundamento da problemática de enfermagem delineada, tendo como objeto de estudo o trabalho emocional em enfermagem pediátrica, com recurso ao modelo TEEP (Diogo, 2023), enquanto resposta ao problema da emocionalidade intensa experienciada pelas crianças e famílias nos processos de saúde-doença. Adicionalmente, este trabalho encontra-se sustentado nos Cuidados Centrados na Família e nos Cuidados Não Traumáticos, tendo como conceção teórica dominante a teoria de Jean Watson (2021), que reconhece a importância de não reduzir a pessoa a partes, salientando que a ciência do cuidar deve unir os extremos, não podendo ficar indiferente ao subjetivo, à experiência e às emoções humanas.

O presente relatório reflete uma transformação do conhecimento e as aprendizagens resultantes do encontro entre a teoria e a prática, espelhadas nas atividades desenvolvidas neste período e na reflexão acerca destas. Destas atividades, destacam-se as oportunidades para prestar cuidados à criança e família em diferentes contextos, possibilitando o desenvolvimento e consolidação de conhecimentos e habilidades. Além destas, salientam-se as reflexões individuais ou em conjunto com os enfermeiros em cada contexto de estágio, com foco na intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e na contribuição para o desenvolvimento de competências. Adicionalmente, foram fundamentais as reflexões e sessões de formação acerca do trabalho emocional em enfermagem pediátrica realizadas à equipa de enfermagem, que contribuíram para o desenvolvimento de competências, assim como para dar visibilidade à intervenção do enfermeiro, sistematizada e

organizada no Modelo TEEP (Diogo, 2023), cuja aplicabilidade se verificou em cada contexto de estágio.

Este percurso constituiu uma oportunidade de crescimento a nível pessoal e profissional, permitindo uma melhoria da prática de cuidados. Numa altura em que a Enfermagem aparenta encontrar-se numa encruzilhada, trouxe ainda uma responsabilidade acrescida para a conduzir no sentido de uma boa práxis (*eupraxis*), que transcende a ação e representa uma união perfeita da teoria, ética, moral, investigação e prática, tal como surge caracterizada por Watson (2018), pelo que o encerramento deste trabalho não representa uma conclusão, mas sim um novo capítulo, enquanto agente de mudança e de referência, designadamente na área de especialidade.

Assim, continuarei a prestar cuidados à criança, neste caso ao recém-nascido, e à sua família, daqui em diante de uma forma especializada. Neste contexto, irei prosseguir com o desenvolvimento do projeto de melhoria contínua da qualidade ao qual dei início neste percurso. A nível académico, pretendo continuar a investir na minha formação, nomeadamente no âmbito da dimensão emocional do cuidar. No mesmo sentido, seguidamente, pretendo realizar uma formação pós-graduada no âmbito dos cuidados paliativos pediátricos, por ter constatado, ao longo deste mestrado e na minha prática de cuidados diária, que se trata de um tema absolutamente fundamental e que carece de maior atenção e aprofundamento, na prestação de cuidados à criança e família.

Referências Bibliográficas

- Abela, K. M., Wardell, D., Rozmus, C., & LoBiondo-Wood, G. (2020). Impact of Pediatric Critical Illness and Injury on Families: An Updated Systematic Review. *Journal of Pediatric Nursing, 51*, 21-31. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.10.013>
- Adama, E. A., Adua, E., Bayes, S., & Mörelius, E. (2021). Support needs of parents in neonatal intensive care unit: An integrative review. *Journal of clinical nursing, 31*(5-6), 532-547. doi:<https://doi.org/10.1111/jocn.15972>
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & contexto - enfermagem, 14*(3), pp. 373-382. doi:<https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Altimier, L. B., & Holditch-Davis, D. (2019). Neurobehavioral Development. In C. Kenner, L. B. Altimier, & M. V. Boykova, *Comprehensive Neonatal Nursing Care* (6ª ed., pp. 675-712). Springer Publishing Company.
- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews, 16*, 230-244. doi:<http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Anderson, C. E., & Herring, R. A. (2024). Pediatric nursing interventions and skills. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's nursing care of infants and children* (12ª ed., pp. 668-738). Elsevier.
- Barone, L., Lionetti, F., & Green, J. (2017). A matter of attachment? How adoptive parents foster post-institutionalized children's social and emotional adjustment. *Attachment & Human Development, 19*(4), 323-339. doi:<https://doi.org/10.1080/14616734.2017.1306714>
- Behr, J. H. (2024). The high-risk newborn and family. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's Nursing care of infants and children* (12ª ed., pp. 270-337). Elsevier.

- Bodin, M. B., & Hoffman, J. (2019). Immune System. In C. Kenner, L. B. Altimier, & M. V. Boykova, *Comprehensive Neonatal Nursing Care* (6^a ed., pp. 257-280). Elsevier.
- Bryant, R. (2024). Impact of cognitive or sensory impairment on the child and family. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's nursing care of infants and children* (12^a ed., pp. 621-647). Elsevier.
- Burch, A. M. (2024). Health promotion of the school-age child and family. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's Nursing care of infants and children* (12^a ed., pp. 463-481). Elsevier.
- Carbonell-Estrany, X., Dall'Agnola, A., Fullarton, J. R., Rodgers-Gray, B. S., Girardi, E., Mussa, A., . . . Manzoni, P. (2018). Interaction between healthcare professionals and parents is a key determinant of parental distress during childhood hospitalisation for respiratory syncytial virus infection (European RSV Outcomes Study [EROS]). *Acta Paediatrica*, 107(5), 854-860. doi: <https://doi.org/10.1111/apa.14224>
- Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Cuidados centrados na família. In A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (p. 2832). Lidel.
- Chang, Z. Y., Kang, G. C.-y., Koh, E. Y., Fong, R. J., Tang, J., Goh, C. K., & Tan, N. C. (2022). Immersive Virtual Reality in Alleviating Pain and Anxiety in Children During Immunization in Primary Care: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Frontiers in pediatrics*, 10. doi:<https://doi.org/10.3389/fped.2022.847257>
- Claridge, A. M., & Powell, O. J. (2023). Children's experiences of stress and coping during hospitalization: A mixed-methods examination. *Journal of Child Health Care*, 27(4), 531-546. doi:<https://doi.org/10.1177/13674935221078060>
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2^a ed.). Lusociência.
- Coughlin, M. E. (2021). *Transformative nursing in the NICU: Trauma-informed age-appropriate care* (2^a ed.). Springer Publishing Company.
- Díaz-Rodríguez, M., Alcántara-Rubio, L., Aguilar-García, D., Pérez-Muñoz, C., Carretero-Bravo, J., & Puertas-Cristóbal, E. (2021). The Effect of Play on Pain and Anxiety in

- Children in the Field of Nursing: A Systematic Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 61, 15-22. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.02.022>
- Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisbon International Press.
- Diogo, P. M., Freitas, B. H., Costa, A. L., & Gaíva, M. M. (2021). O cuidar em enfermagem pediátrica na perspectiva das emoções: de Nightingale à atualidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(4). doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0377>
- Diogo, P., Baltar, P., Santiago, D., & Prudêncio, A. (2017a). Afeto na prática de cuidados à criança hospitalizada sem acompanhante: determinante da relação enfermeiro-cliente. In P. Diogo, *Investigar os fenómenos emocionais da prática e da formação em enfermagem - Projeto multiestudos* (pp. 1-43). Lusodidacta.
- Diogo, P., Costa, A., & Almeida, T. (2020). Trabalho emocional em enfermagem: uma revisão scoping sobre os contextos de cuidados pediátricos. *Pensar Enfermagem*, 24(2), 43-64. doi:[10.56732/pensarenf.v24i2.173](https://doi.org/10.56732/pensarenf.v24i2.173)
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2017b). Medos das crianças dos 6 a 12 anos em contexto de urgência pediátrica: o enfermeiro enquanto gestor emocional. In P. Diogo, *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem* (pp. 45-76). Lusodidacta.
- Direção Geral da Saúde (2013). Programa nacional de saúde infantil e juvenil. Acedido em: https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa_tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx
- Ditzenberger, G. R., & Blackburn, S. T. (2019). Neurologic system. In C. Kenner, & L. Altimier, *Comprehensive neonatal nursing care* (6ª ed., pp. 373-416). Springer Publishing Company.
- Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, 1ª Série (N.º 157 de 2018-08-16), 4147-4182.

- Duffy, E. A. (2024). Health promotion of the adolescent and family. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's nursing care of infants and children* (12^a ed., pp. 510-536). Elsevier.
- European Association for Children in Hospital. (1996). Obtido de https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Fawcett, J. (1995). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (3^a ed.). F.A. Davis.
- Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e dor em pediatria. In A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 40-55). Lidel.
- Fisher, B. (2024). Health problems of the school-age child. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's nursing care of infants and children* (12^a ed., pp. 483-509). Elsevier.
- Fox, J. L. (2024). Family-centered care of the child during illness and hospitalization. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's Nursing care of infants and children* (12^a ed., pp. 648-667). Elsevier.
- Franklin, Q., & Mooney-Doyle, K. (2019). Social, cultural, religious, and family influences on child health promotion. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers, *Wong's Nursing care of infants and children* (11^a ed., pp. 15-40). Elsevier.
- Freitas, B. H., Costa, A. L., Diogo, P. M., & Gaíva, M. M. (2021). Emotional labor in pediatric nursing considering the repercussions of covid-19 in childhood and adolescence. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, 1-7. doi:<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200217>
- Gentle, S., Travers, C., & Carlo, W. A. (2019). Respiratory System. In C. Kenner, L. Altimier, & M. V. Boykova, *Comprehensive Neonatal Nursing Care* (6^a ed., pp. 127-146). Springer Publishing.
- Graça, A., Pinto, F., Vilan, A., Dinis, A., Pinho, L., Sampaio, I., . . . Proença, E. (2022). Hipotermia induzida no tratamento da encefalopatia hipoxico-isquêmica neonatal. *Consenso de Hipotermia Induzida da SNN*. Obtido de

https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/11/Consenso-HT-2022_23-com-anexos-V2.pdf

- Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (Edits.). (2017). *Bright Futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (4^a ed.). American Academy of Pediatrics.
- Hamama, L., Hamama-Raz, Y., Stokar, Y. N., Pat-Horenczyk, R., Brom, D., & Bron-Harlev, E. (2019). Burnout and perceived social support: The mediating role of secondary traumatization in nurses vs. physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2742-2752. doi:10.1111/jan.14122
- Hellsten, M. B. (2024). Pain assessment in children. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's nursing care of infants and children* (12^a ed., pp. 131-166). Elsevier.
- Hesselgrave, J., & Santucci, G. (2024). Impact of complex chronic illness, disability, or end-of-life care on the child and family. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's Nursing care of infants and children* (12^a ed., pp. 574-620). Elsevier.
- Hockenberry, M. J. (2024). Perspectives of pediatric nursing. In J. M. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's Nursing care of infants and children* (12^a ed., pp. 1-13). Elsevier.
- Hockenberry, M. J., Duffy, E. A., & Gibbs, K. D. (2024). *Wong's nursing care of infants and children* (12^a ed.). Elsevier.
- Hou, Y., Corbally, M., & Timmins, F. (2022). Violence against nurses by patients and visitors in the emergency department: A concept analysis. *Journal of Nursing Management*, 30(6), 1688-1699. doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.13721>
- Ingle, T., & Gibbs, K. D. (2024). The child with cerebral dysfunction. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's Nursing care of infants and children* (12^a ed., pp. 1111-1171). Elsevier.
- Instituto de Apoio à Criança. (2021). Carta da Criança nos cuidados de saúde primários . Obtido de https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/05/CARTA-V14_digital.pdf

- Johnson, A. A., Berry, A., Bradley, M., Daniell, J. A., Lugo, C., Schaum-Comegys, K., . . . Whalen, M. (2021). Examining the Effects of Music-Based Interventions on Pain and Anxiety in Hospitalized Children: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Nursing*, *60*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.02.007>
- Jones, T. L., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, *52*(6), 1121-1137. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
- Kelada, L., Wakefield, C. E., De Graves, S., Treadgold, C., Dumlao, G., Schaffer, M., & O'Brien, T. (2021). Evaluation of an In-Hospital Recreation Room for Hospitalised Children and Their Families. *Journal of Pediatric Nursing*, *61*, 191-198. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.05.017>
- K erouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (2002). *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson.
- Kirkan,  ., & Kahraman, A. (2023). Effect of therapeutic play using a toy nebulizer and toy mask on a child's fear and anxiety levels. *Journal of Pediatric Nursing*, *73*, 556-562. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.10.033>
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning: Experience as The Source of Learning and Development*. Prentice Hall, Inc.
- Lee, V. Y., Caillaud, C., Fong, J., & Edwards, K. M. (2018). Improving vaccine-related pain, distress or fear in healthy children and adolescents—a systematic search of patient-focused interventions. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, *14*(1), 2737–2747. doi:<https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1480238>
- Lionetti, F., Pastore, M., & Barone, L. (2015). Attachment in institutionalized children: A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, *42*, 135-145. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.013>
- Loewenstein, K., Barroso, J., & Phillips, S. (2021). The experiences of parent dyads in the neonatal intensive care unit: A qualitative description. *Journal of Pediatric Nursing*, *60*, 1-10. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.01.023>

- Lulgjuraj, D., & Maneval, R. E. (2021). Unaccompanied hospitalized children: An integrative review. *Journal of pediatric nursing*, 56, 38-46. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.10.015>
- Maleki, M., Mardani, A., Harding, C., Basirinezhad, M. H., & Vaismoradi, M. (2022). Nurses' strategies to provide emotional and practical support to the mothers of preterm infants in the neonatal intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *Women's Health*, 18, 1-16. doi:<https://doi.org/10.1177/17455057221104674>
- Marques, S., & Lino, P. (2021). Protocolo de Triagem de Manchester. In N. Coimbra, *Enfermagem de urgência e emergência* (pp. 25-30). Lidel.
- Martínez-Morato, S., Feijoo-Cid, M., Galbany-Estragués, P., Fernández-Cano, M., & Marañón, A. A. (2021). Emotion management and stereotypes about emotions among male nurses: a qualitative study. *BMC Nursing*, 20(114). doi:<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00641-z>
- McLenon, J., & Rogers, M. A. (2019). The fear of needles: A systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, 75(1), 30-42. doi:<https://doi.org/10.1111/jan.13818>
- Monroe, R. A. (2024). Health promotion of the preschooler and family. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's Nursing care of infants and children* (12 ed., pp. 425-441). Elsevier.
- Monteiro, A. J., & Cerqueira, C. (2020). Modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. In A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 33-38). Lidel.
- Oluç, T., & Sarialioğlu, A. (2023). The effect of a hand puppet-based therapeutic play for preschool children on the fear and pain associated with blood collection procedure. *Journal of Pediatric Nursing*, 72, 80-86. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.06.012>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

- Pace, C. S., Di Folco, S., Guerriero, V., & Muzi, S. (2019). Late-adopted children grown up: a long-term longitudinal study on attachment patterns of adolescent adoptees and their adoptive mothers. *Attachment & Human Development, 21*(4), 372-388. doi:<https://doi.org/10.1080/14616734.2019.1571519>
- Petty, J., Jarvis, J., & Thomas, R. (2019). Understanding parents' emotional experiences for neonatal education: A narrative, interpretive approach. *Journal of Clinical Nursing, 28*(9-10), 1911-1924. doi:<https://doi.org/10.1111/jocn.14807>
- Pich, J., Hazelton, M., & Kable, A. (2013). Violent behaviour from young adults and the parents of paediatric patients in the emergency department. *International Emergency Nursing, 21*(3), 157-162. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.08.007>
- Raby, K. L., & Dozier, M. (2019). Attachment across the lifespan: insights from adoptive families. *Current Opinion in Psychology, 25*, 81-85. doi:<https://doi.org/10.1016/j.copsy.2018.03.011>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Diário da República, 2ª Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, 4744 - 4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Rosa, M. F., Diogo, P., & Barros, L. (2020). O processo emocional experienciado pelos enfermeiros na interação com os pais maltratantes na consulta de saúde infantil. *Pensar Enfermagem, 24*(1), 39-57. doi:10.37548/RPE/1SEM2020/4
- Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.
- Scott, K. L. (2024). Communication and physical assessment of the child and family. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's nursing care of infants and children* (12ª ed., pp. 74-131). Elsevier.

- Smith, P. (1992). *The emotional labour of nursing: how nurses care*. Macmillan Education.
- Smith, P. (2017). *The emotional labour of nursing revisited: Can nurses still care?* (2ª ed.). Bloomsbury Publishing.
- Smith, W. (2018). Concept Analysis of Family-Centered Care of Hospitalized Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57-64. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
- Su, H.-C., Hsieh, C.-W., Lai, N. M., Chou, P.-Y., Lin, P.-H., & Chen, K.-H. (2021). Using vibrating and cold device for pain relieves in children: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Pediatric Nursing*, 61, 23-33. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.02.027>
- Taddio, A., McMurtry, C. M., Logeman, C., Gudzak, V., Boer, A., Constantin, K., . . . Pham, B. (2022). Prevalence of pain and fear as barriers to vaccination in children – Systematic review and meta-analysis. *Vaccine*, 40(52), 7526-7537. doi:<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.10.026>
- Thoft, D. S., Nielsen, B. K., & Enggaard, H. (2022). To become an expert within a week: Children's and parents' experiences of the child being diagnosed with type 1 diabetes and receiving diabetes education – A qualitative interview study. *Journal of Pediatric Nursing*, 67, 24-30. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.10.004>
- United Nations Children's Fund. (1990). *A convenção sobre os direitos da criança*. Obtido de https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ficheiros/convencao_direitos_crianca.pdf
- Vaz, F., & Trigo, R. (2020). A criança e o jovem em contexto de urgência. In A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 293-309). Lidel.
- Walden, M., & Spruill, C. T. (2019). Pain in the Newborn and Infant. In C. Kenner, L. B. Altimier, & M. V. Boykova, *Comprehensive Neonatal Nursing Care* (6ª ed., pp. 539-555). Springer publishing company.

- Watson, J. (2018). *Unitary Caring Science: The philosophy and praxis of nursing* (1^a ed.). University Press of Colorado.
- Watson, J. (2021). *Caring science as sacred science - New revised edition*. Lotus Library Watson Caring Science Institute.
- Wolf, K., & Schmitz, J. (2023). Scoping review: longitudinal effects of the COVID-19 pandemic on child and adolescent mental health. *European Child & Adolescent Psychiatry*. doi:<https://doi.org/10.1007/s00787-023-02206-8>
- World Health Organization. (2019). *Epilepsy: a public health imperative. Summary*. Geneva.
- Yıldız, I., & Yıldız, F. T. (2022). Pediatric emergency nurses' workplace violence experiences: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 62, 1-7. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101160>