



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Anexos e apêndices

**Intervenção do enfermeiro na redução do stress em pais de
crianças com cardiopatia congénita no 1º ano de vida**

Nurse intervention in reducing stress in parents of children with congenital
heart disease in the 1st year of life

Rita de Noronha Beja Neves



Lisboa
2024



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Anexos e apêndices

**Intervenção do enfermeiro na redução do stress em pais de
crianças com cardiopatia congénita no 1º ano de vida**

Nurse intervention in reducing stress in parents of children with congenital
heart disease in the 1st year of life

Rita de Noronha Beja Neves



Orientadora: Professora Tânia A. de A. Martins de Almeida e Silva



Lisboa
2024

Índice de Anexos e Apêndices

Anexos

Anexo I – Certificado de presença na sessão de formação ‘Posicionamento, manuseio e estratégias a utilizar com crianças com patologia neuromotora’

Anexo II – Escala de *Stress* Parental

Anexo III – Declaração de participação como preletora na sessão ‘SOS Stress Parental: Um modelo de abordagem pelo enfermeiro na urgência pediátrica’

Anexo IV – Declaração de participação como autor do poster ‘Superar desafios na UCIN: A intervenção do enfermeiro na redução do *stress* parental’

Apêndices

Apêndice I – Modelo de *Stress* e Resiliência Parental

Apêndice II – Guia Orientador das Atividades de Estágio

Apêndice III – Cronograma de Estágio

Apêndice IV – Estudo de Caso: Avaliação do Desenvolvimento Infantil

Apêndice V – Síntese Reflexiva

Apêndice VI – Folheto informativo ‘Bem estar parental: Como gerir o *stress* no primeiro ano de vida’

Apêndice VII – Destacável informativo sobre cardiopatia congénita

Apêndice VIII – Relatório síntese de reunião: Apresentação de Folheto

Apêndice IX – Sessão de Sensibilização ‘SOS Stress Parental: Um modelo de abordagem pelo enfermeiro na urgência pediátrica’

Apêndice X – Síntese Reflexiva

Apêndice XI – Síntese Reflexiva

Apêndice XII – Estratégia promotora de esperança em UCIN ‘SOS Stress Parental: Abordagem pelo enfermeiro em cuidados intensivos’

Apêndice XIII – Proposta de protocolo de Teleconsulta de Enfermagem de *Follow-up* após Cirurgia Cardíaca Pediátrica

Apêndice XIV – Poster ‘Superar desafios na UCIN: A intervenção do enfermeiro na redução do *stress* parental’

Apêndice XV – Intervenções lúdicas utilizadas pelos enfermeiros no cuidado à criança e ao adolescente hospitalizado: um protocolo de revisão *scoping*

Anexos

Anexo I – Certificado de presença na sessão de formação 'Posicionamento, manuseio e estratégias a utilizar com crianças com patologia neuromotora'

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que Rita Neves esteve presente na Ação de Formação “**POSICIONAMENTO, MANUSEIO E ESTRATÉGIAS A UTILIZAR COM CRIANÇAS COM PATOLOGIA NEUROMOTORA**”, que se realizou no dia 26 de junho de 2023 no [REDACTED] (total: 3 horas).

[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]

Anexo II – Escala de *Stress* Parental

Anexo II – Escala de *Stress* Parental

As seguintes afirmações descrevem sentimentos e percepções acerca da experiência de ser pai/mãe. Pense em cada um dos itens em termos de como é tipicamente a sua relação com o seu filho(a) ou filhos. Por favor, indique até que ponto concorda ou discorda dos seguintes itens, colocando o número no respetivo espaço, de acordo com a grelha seguinte.

- 1 – Discordo Totalmente
- 2 – Discordo
- 3 – Indeciso
- 4 – Concordo
- 5 – Concordo Totalmente

1. Estou contente no meu papel de pai (mãe).
2. Faço tudo o que for preciso pelo(s) meu(s) filho(s).
3. Cuidar do(s) meu(s) filho(s) por vezes exige mais tempo e energia do que aquele que tenho para dar.
4. Às vezes penso se faço o suficiente pelo(s) meu(s) filho(s).
5. Sinto-me próximo do(s) meu(s) filho(s).
6. Gosto de passar tempo com o(s) meu(s) filho(s).
7. O(s) meu(s) filho(s) é uma importante fonte de afeto para mim.
8. A maior fonte de *stress* na minha vida é o(s) meu(s) filho(s).
9. Ter um filho(s) deixa-me pouco tempo e não me permite uma grande flexibilidade na minha vida.
10. Ter um filho(s) tem sido um peso financeiro.
11. É difícil contrabalançar diferentes responsabilidades por causa do(s) meu(s) filho(s).
12. O comportamento do(s) meu(s) filho(s) é muitas vezes embaraçador ou stressante para mim.
13. Se fizesse tudo de novo decidia não ter filho(s).
14. Eu sinto-me oprimido(a) pela responsabilidade de ser pai (mãe).
15. Ter um filho(s) significa ter poucas escolhas e pouco controlo sobre a minha vida.

16. Sinto-me satisfeito(a) como pai (mãe).

17. Acho o(s) meu(s) filho(s) adoráveis.

Fonte. Escala de Stress Parental por Mixão, M. L., Leal, I. & Maroco, J. (2010) in Escala de stress parental. In I. Leal & J. Maroco (Eds.). *Avaliação em sexualidade e parentalidade* (pp. 199-210). Legis Editora.

Anexo III – Declaração de participação como preletora na sessão 'SOS Stress Parental:
Um modelo de abordagem pelo enfermeiro na urgência pediátrica'

Declaração

Rita Beja Neves participou como preletora na Sessão de Formação em Serviço sobre **“SOS Stress Parental: Um modelo de abordagem pelo enfermeiro na Urgência Pediátrica”** promovida pelo Serviço de Urgência Pediátrica, no dia 30 de Outubro de 2023, com duração de **1 hora**.

Lisboa, 2 de Novembro de 2023

A Direção de Enfermagem



Anexo IV – Declaração de participação como autor do poster 'Superar desafios na UCIN:
A intervenção do enfermeiro na redução do *stress* parental'

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que, Rita Neves, participou como autor de um Poster intitulado:
“ Superar desafios na UCIN: A intervenção do enfermeiro na redução do *stress* parental”
apresentado nas II Jornadas de Pediatria da ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde, realizada no dia
8 de Fevereiro de 2024.

Participaram como co-autores: Tânia Almeida, .

Póvoa de Varzim, 20 de fevereiro de 2024

Comissão Científica



Apêndices

Apêndice I – Modelo de *Stress* e Resiliência Parental

Apêndice I – Modelo de *Stress* e Resiliência Parental

Os pais das crianças nascidas com cardiopatia congênita (CC) experienciam altos níveis de *stress* parental, especialmente associados à experiência da hospitalização dos seus filhos (Lisanti, 2018). Os níveis de *stress* experienciados pelos pais são mais elevados que nos pais de crianças saudáveis ou mesmo de crianças com outras doenças, sendo este impacto mais acentuado, sobretudo, no primeiro ano de vida da criança (Lisanti, Allen et al., 2017).

As experiências destes pais são particularmente relevantes uma vez que se prolongam no tempo, desde o momento do diagnóstico, passando pela hospitalização da criança para cirurgia cardíaca e nos meses (e anos) que se seguem, pois apesar dos procedimentos corretivos ou paliativos a que a criança é submetida, a sua condição torna-se crônica (Lisanti, Golfenshtein et al., 2017; Lisanti, 2018).

Utilizando os construtos de modelos teóricos como a Teoria do *Stress* Familiar ou o Modelo de *Stress* e *Coping* de Lazarus e Folkman, Lisanti (2018) desenvolveu um modelo de abordagem do *stress* parental, denominado Modelo de *Stress* e Resiliência Parental em CC, através do qual reconhece o *stress* parental como uma experiência complexa e multifacetada, em que a resiliência não significa apenas ausência de *stress*, mas sim a capacidade dos pais lidarem eficazmente com as vivências stressantes.

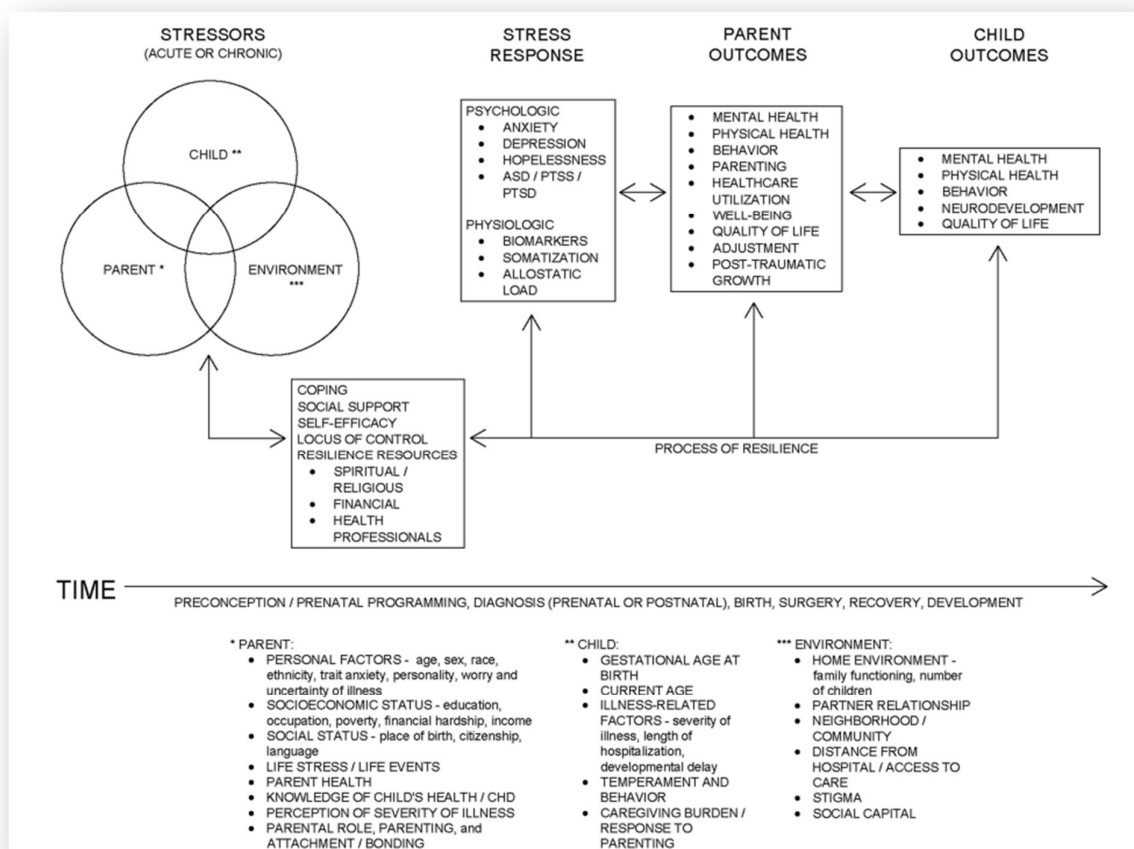
A resposta dos pais ao *stress* manifesta-se física e psicologicamente, derivando da constante preocupação e incerteza no futuro, da solidão e perda de normalidade (Lisanti, Allen et al., 2017; Lisanti, Golfenshtein et al., 2017; Lisanti, 2018). As formas psicológicas que surgem em resposta ao *stress* manifestam-se como sentimentos de ansiedade, depressão e/ou desesperança, bem como através de sintomatologia compatível com Transtorno de Stress Pós-Traumático. As respostas fisiológicas incluem alterações em biomarcadores, a somatização e a sobrecarga alostática, que ocorre quando os sistemas de adaptação ao *stress* estão sobrecarregados (Lisanti, 2018). Por conseguinte, a resposta ao *stress*, influenciará a saúde física e mental dos pais, com consequente aumento de utilização dos serviços de saúde, exercendo um impacto muito importante no seu bem-estar geral e qualidade de vida, assim como na forma como experienciam a parentalidade. Por seu lado, o *stress* vivenciado pelos pais influenciará a saúde física e

mental da criança, com grande impacto no seu comportamento, desenvolvimento e qualidade de vida (Lisanti, 2018).

Segundo este modelo são diversos os fatores que condicionam o nível de *stress* experienciado pelos pais das crianças com CC, conforme explicitado na figura 1.

Figura 1.

Esquemática do Modelo de *Stress* e Resiliência Parental em CC



Fonte. Parental stress and resilience in CHD: a new Frontier for health disparities research in A. J. Lisanti, 2018, *Cardiology in the young*, 28(9), p. 1146 (<https://doi.org/10.1017/S1047951118000963>)

Os fatores que influenciam o *stress* dos pais de crianças com CC surgem de três categorias: o ambiente de prestação de cuidados, a criança e os próprios pais (Lisanti, 2018). Alguns aspetos decorrem do ambiente da UCI, pelo internamento inesperado, num local com constante atividade de profissionais desconhecidos, luzes e sons ininterruptos, associado a falta de privacidade e longos períodos de permanência nestes contextos (Lisanti, Golfenshtein et al., 2017). Outros fatores, como o grau de funcionalidade da

família, a distância entre o hospital e a casa, a existência de outros filhos, a dinâmica entre o casal e os apoios prestados pela família alargada e/ou pela comunidade em que esta se insere, podem ser decisivos para contrabalançar as vivências negativas da hospitalização (Lisanti, Golfenshtein et al., 2017; Lisanti, 2018).

Os fatores relacionados com a criança que influenciam o nível de *stress* dos pais são a aparência e a fragilidade da criança, a idade gestacional ao nascer, a gravidade da sua condição de saúde e tempo de internamento após cirurgia cardíaca, as hipóteses de sobrevivência percebidas pelos pais, assim como a possibilidade de ocorrência de outros problemas a curto, médio e longo prazo (Lisanti, Allen et al., 2017; Lisanti, 2018).

Finalmente, os stressores que advêm dos pais incluem uma miríade de fatores, entre os quais se destaca a idade, género, raça/etnia, a própria saúde (física e mental) dos pais, a sua personalidade, nível académico e status socioeconómico; de destacar que os pais estrangeiros, que não dominam a língua materna do país em que residem, estão, também, sujeitos a maior *stress*. As experiências passadas, o conhecimento acerca da doença e situação de saúde do filho, assim como a forma como desempenham o seu papel parental e a ligação/apego ao RN são fatores preponderantes que afetam, igualmente, a experiência dos pais (Lisanti, 2018).

Paralelamente aos diversos fatores descritos anteriormente, existem outros, que sendo protetores, podem estimular a resiliência dos pais, influenciando a sua resposta ao *stress*. No contexto das famílias de crianças com CC, a resiliência pode ser definida como o processo e a capacidade dos indivíduos se adaptarem positivamente à condição de saúde da criança, lidando com os stressores, enquanto desempenham o seu papel parental no cuidado ao seu filho (Lisanti, 2018). Através deste modelo, Lisanti (2018) demonstra que os efeitos nefastos das experiências vivenciadas por estes pais podem ser mediados pela capacidade de enfrentamento, a autoeficácia no cuidado, o autocontrolo, a saúde, a situação financeira do casal, os apoios sociais, assim como as práticas e crenças espirituais e religiosas. Evidencia-se o papel protetor desempenhado pelos profissionais de saúde, nomeadamente o dos enfermeiros, que ocupam um lugar cimeiro enquanto promotores da educação para a saúde, com vista a estimular o papel parental e promover a redução do *stress* associado à hospitalização (Lisanti, Allen et al., 2017; Lisanti, 2018).

Ao destacar fatores ameaçadores e protetores do *stress* parental, este modelo oferece uma visão abrangente do *stress* parental, num âmbito muito específico como a

cirurgia cardíaca pediátrica, permitindo que os profissionais de saúde sejam capazes de oferecer o suporte necessário às famílias, ao proporcionar um melhor entendimento das variáveis que influenciam as vivências dos pais de crianças com CC (Lisanti, 2018).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lisanti, A. J., Allen, L. R., Kelly, L., & Medoff-Cooper, B. (2017). Maternal stress and anxiety in the pediatric cardiac intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 26(2), 118–125. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017266>
- Lisanti, A. J., Golfenshtein, N., & Medoff-Cooper, B. (2017). The pediatric cardiac intensive care unit parental stress model: Refinement using directed content analysis. *Advances in Nursing Science*, 40(4), 319–336. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000184>
- Lisanti, A. J. (2018). Parental stress and resilience in CHD: A new frontier for health disparities research. *Cardiology in the Young*, 28(9), 1142–1150. <https://doi.org/10.1017/S1047951118000963>

Apêndice II – Guia Orientador das Atividades de Estágio

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica**

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Rita de Noronha Beja Neves

**Lisboa
fevereiro 2024**

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica**

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Rita de Noronha Beja Neves



Professor Orientador:
Professora Tânia A. de A. Martins de Almeida e Silva



Lisboa
fevereiro 2024

Índice

Nota Introdutória

1. Enquadramento Teórico-Conceptual

2. Objetivos e Atividades

Referências Bibliográficas

Nota Introdutória

O presente guia orientador enquadra-se no âmbito das Unidades Curriculares Estágio e Estágio com Relatório, integradas no 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e pretende servir de base para nortear o conjunto de atividades que me proponho desenvolver em cada contexto, de forma a atingir os objetivos previamente definidos.

A problemática que permeia o projeto de estágio teve em conta o interesse e a área profissional em que me insiro, mais propriamente uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de Cirurgia Cardiotorácica, de um Centro de Referência para Cardiopatias Congénitas (CC). Este contexto profissional é comumente caracterizado pela inúmera e complexa tecnologia, indispensável no pós-operatório de cirurgia cardíaca, cuidando-se de crianças cuja vida depende da elevada competência científica e domínio técnico dos profissionais de saúde, o que, associado ao ambiente da prática excessivamente tecnológico e à necessidade de intervenções cirúrgicas em idades muito precoces, se poderá configurar como uma barreira ao desenvolvimento do papel parental. Esta perceção é destacada na evidência científica, que salienta o facto de o internamento da criança em UCI ser gerador de elevados níveis *stress* parental, o qual tende a ser abordado de forma menos prioritária pelos profissionais de saúde (Heidarzadeh et al., 2023).

Concomitantemente, a CC evidencia-se como uma das malformações mais frequentes, afetando cerca de 1% das crianças nascidas em todo o mundo; destas, 1 em cada 4 nasce com cardiopatia congénita complexa (CCC), o que significa que terá de ser submetida a cirurgia e/ou outros procedimentos ao longo do primeiro ano de vida (Centers for Disease Control and Prevention, 2023; Lisanti, Allen et al., 2017; Lisanti, Golfenshtein et al., 2017). Segundo o relatório do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2021) sobre o Registo Nacional de Anomalias Congénitas, em Portugal, nos anos 2018-2019, as CC destacaram-se como a anomalia congénita mais prevalente nas crianças (68,08 casos/10 000 nascimentos), ocorrendo em 0,7% dos nascimentos.

Compreendendo que o *stress* vivenciado poderá ter uma influência decisiva no crescimento e desenvolvimento das crianças, no desenvolvimento do papel parental e na adaptação dos pais à doença do seu filho, torna-se decisivo orientar a prática com base

num modelo que envolva a família na prestação de cuidados e confira maior segurança e qualidade aos mesmos. Simultaneamente, o número muito elevado de crianças com CC que são internadas no período neonatal, demonstram o quão importante será intervir precocemente, preferencialmente logo após o nascimento e ao longo do primeiro ano de vida, por forma a diminuir o impacto do *stress* parental. Por conseguinte, o projeto que se desenvolveu centrou-se no desenvolvimento de estratégias redutoras do *stress* parental, com foco no primeiro ano de vida, por forma a capacitar os pais para lidar com a doença do seu filho e, assim, favorecer o desenvolvimento da criança, intitulando-se *'Intervenção do enfermeiro na redução do stress em pais de crianças com cardiopatia congénita no 1º ano de vida'*.

A primeira etapa de estágio será desenvolvida em instituições que centram a sua atividade a nível comunitário e desenrolar-se-á entre 22 de maio e 9 de julho de 2023. A segunda etapa de estágio será desenvolvida em instituições que centram a sua atividade a nível hospitalar e desenrolar-se-á entre 2 de outubro de 2023 e 9 de fevereiro de 2024.

Este guia orientador estrutura-se num corpo de desenvolvimento de 2 capítulos: após esta breve nota introdutória, desenvolve-se a problemática identificada, à luz da mais recente evidência científica, incluindo-se os referenciais teóricos e modelos orientadores que sustentam a intervenção do enfermeiro; por fim, expõem-se os aspetos metodológicos, nomeadamente os objetivos que se pretendem alcançar, seguidos do planeamento das atividades. As normas de referência utilizadas seguem as normas APA 7.^a edição.

1. Enquadramento Teórico-Conceptual

O nascimento de uma criança constitui um momento emocionalmente intenso para qualquer família, sendo os pais confrontados com a transição natural de quem acaba de acrescentar um novo elemento à sua família. Este facto associado a um diagnóstico inesperado, grave e que coloca em risco a vida da criança – como é o caso de uma CCC – surge como um fator de desequilíbrio para os pais, culminando em elevados níveis de *stress* (Mixão et al., 2010) com consequências diretas não só para o casal, mas também para o seu filho. Os avanços tecnológicos e científicos das últimas décadas têm concentrado a atenção na sobrevivência dos RN, lactentes e crianças criticamente doentes, sendo o *stress* parental, habitualmente, relegado para segundo plano (Heidarzadeh et al., 2023). No caso da CC, os níveis de *stress* vivenciados pelos pais são mais elevados que nos pais de crianças saudáveis ou mesmo de crianças com outras doenças, tendo um impacto muito mais acentuado em pais cujos filhos têm idade inferior a 1 ano (Lisanti, Allen et al., 2017).

Os elevados níveis de *stress* experienciados transformam a hospitalização da criança num evento potencialmente traumático, o qual condiciona sensações de culpa, vergonha, medo, ansiedade, angústia, desespero, tristeza e, até mesmo, depressão (Barreto et al., 2016; Sousa & Curado, 2021). Alguns autores alertam, ainda, para o risco de emergência de sintomatologia compatível com Transtorno de *Stress* Pós-Traumático (TSPT), o que afetará não só o desenvolvimento do seu papel parental, mas, sobretudo, a qualidade da relação da díade, com sério impacto no crescimento e desenvolvimento da criança (Chifa et al., 2021; Shaw et al., 2009). Entre várias consequências, destacadas na evidência científica, salienta-se a maior dificuldade em estabelecer relações com os outros, a menor capacidade de autocontrolo (Shaw et al., 2009) e autorregulação (Garthus-Niegel et al., 2016), assim como o fraco desempenho cognitivo (Turpin et al., 2019) e o atraso no desenvolvimento da linguagem aos 4 anos de idade (Woodward et al., 2014, como citado em Turpin et al., 2019, p. 6).

A situação de doença, especialmente a de doença crónica (como é o caso da CC), tem um impacto muito significativo nas famílias, sendo os pais confrontados não só com a sua própria capacidade de gestão/reação face à doença do filho, mas também no apoio

que lhe podem prestar. Cuidar da criança e, ao mesmo tempo, garantir que esta se desenvolve de forma tão normal quanto a possível, torna-se uma tarefa complexa e difícil de perspetivar (Mixão et al, 2010).

De acordo com a evidência científica, vários são os fatores responsáveis pelos níveis elevados de *stress* experienciado pelos pais de crianças com CC durante o internamento. Entre estes destacam-se o ambiente da UCI (Lisanti, Golfenshtein et al., 2017), a aparência e fragilidade da criança, associada à gravidade da sua condição de saúde e às hipóteses de sobrevivência perçecionadas pelos pais (Lisanti, Allen et al., 2017; Sousa & Curado, 2022), assim como a alteração do papel parental (Lisanti, Golfenshtein et al., 2017). Esta impossibilidade em desempenhar o papel que tanto perspetivaram apresenta-se como fator fulcral e decorre da constante preocupação e incerteza do futuro, da solidão, perda de normalidade e outras circunstâncias pessoais e familiares, associadas à própria dinâmica do casal (Lisanti, Golfenshtein et al., 2017).

Vários foram já os autores que testaram intervenções visando a redução do *stress* de mães de crianças internadas em UCI, tornando evidente a importância de criar intervenções direcionadas à capacitação dos pais, as quais se devem alicerçar na parceria com as famílias no cuidado à criança (Melyn et al., 2001; Cheng et al., 2021); estas destacam-se entre as medidas mais eficazes para reduzir o *stress* associado à hospitalização (Cheng et al., 2021; O'Brien et al., 2018; Roque et al., 2017). Dadas as suas competências, os enfermeiros ocupam uma posição chave para educar os pais, estimular o seu papel parental e promover a redução do *stress* (Lisanti, Allen et al., 2017).

O modelo de cuidado integrativo da família, proposto por Cheng et al. (2021), destaca nos seus quatro pilares: **a educação dos pais para o cuidado ao seu filho**, promovendo-o ao longo de todo o internamento; **a formação das equipas de saúde**, no sentido de capacitar os profissionais para o envolvimento dos pais no cuidado ao seu filho; a importância de garantir um **suporte ambiental** que estimule a presença dos pais; e, ainda, **suporte psicológico**, por exemplo através da interação entre pais que ultrapassam (ou ultrapassaram) situações semelhantes.

Paralelamente ao envolvimento dos pais nos cuidados ao seu filho durante o internamento, uma transição segura do hospital para casa será fundamental para qualquer RN ou criança, nomeadamente aqueles que apresentaram longos períodos de internamento (como é o caso de muitos RN e lactentes com CCC). Neste sentido, Griffith

et al. (2022) sugerem, igualmente, que as famílias destas crianças podem beneficiar de intervenções direcionadas após a alta que promovam a capacitação dos pais, nomeadamente quanto aos cuidados a ter com o seu filho; desta forma, garante-se um aumento da confiança e competência dos pais, uma melhor interação entre estes e o seu filho, assim como uma redução do *stress* parental, dos sintomas de depressão pós-parto das mães e do número de visitas desnecessárias ao hospital (Griffith et al., 2022).

Este breve enquadramento remete para o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, como referencial teórico para orientar a intervenção do enfermeiro. Este modelo constitui uma orientação para o bem-estar que envolve uma perceção de sistemas de energia dinâmicos em interação com o ambiente em que se inserem; desta forma será possível minimizar os possíveis danos internos e externos da ação de stressores, enquanto cuidadores e clientes formam uma parceria para negociar metas e resultados desejados para a restauração da saúde e preservação do bem-estar. A intervenção do enfermeiro desenvolver-se-á com o objetivo de reter, atingir e manter a estabilidade do sistema, através de três níveis de prevenção: primária (reter), secundária (atingir) e terciária (manter) (Neuman, 2011).

Simultaneamente, a intervenção do enfermeiro é guiada pelo referencial dos cuidados centrados na família. Envolver a família no cuidado à criança com doença crónica e complexa, como é o caso da CC, implica apoiar a família a enfrentar a situação, promovendo o seu ótimo funcionamento e adaptação ao longo da trajetória de doença. Um suporte ótimo na altura do diagnóstico e no momento da alta revela-se crucial, fornecendo informações explícitas e avaliando a compreensão da mesma, conhecendo a rotina diária da família, os seus conhecimentos e habilidades, bem como a capacidade de enfrentamento face à situação (Docherty et al., 2017). Não menos importante, as intervenções devem ser instituídas tendo por base o paradigma de cuidado não traumático, que garante uma abordagem aos stressores por forma a eliminar o sofrimento que deles advêm (Hockenberry, 2017). Este modelo promove os pais como principais reguladores do bem-estar do seu filho (Coughlin, 2017), indo ao encontro da filosofia da parceria de cuidados. Assim, à medida que os pais aprendem acerca das necessidades de saúde dos seus filhos e colaboram nos cuidados, veem diminuídos os seus níveis de *stress* (Cheng et al., 2021), o que não só terá impacto no *outcome* da criança, como também os torna especialistas a cuidar do seu filho (Docherty et al., 2017).

2. Objetivos e Atividades

Após a identificação da problemática, enquadrando o tema à luz da evidência mais recente e selecionando os modelos orientadores da intervenção do enfermeiro, segue-se a definição dos objetivos e o planeamento (englobando atividades e recursos necessários) com vista a dar resposta ao que se propõe desenvolver. Os objetivos definidos não englobam, apenas, a temática central anteriormente apresentada, mas também o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), com base no autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem previamente efetuado.

Em concordância com as competências comuns e específicas do EEESIP, tendo, sempre, presente o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem e congregando a motivação pessoal, a realidade profissional e os requisitos académicos, foram delineados os seguintes objetivos gerais:

1. Desenvolver competências especializadas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no cuidado à criança, jovem e família, nos processos de saúde-doença, em diferentes contextos de saúde;
2. Desenvolver competências para a redução do *stress* parental em pais de crianças com cardiopatia congénita;
3. Elaborar uma proposta de protocolo de consulta de enfermagem de *follow-up* após cirurgia cardíaca.

A partir dos objetivos gerais, definiram-se os objetivos específicos e algumas atividades a desenvolver, distinguindo-se, igualmente, os recursos previstos, assim como indicadores de avaliação. Estes constam nas tabelas que se seguem, para cada contexto.

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS		
Período de Estágio: 22 de maio a 25 de junho de 2023		
OBJETIVOS GERAIS	COMPETÊNCIAS COMUNS	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ESIP
OBJETIVO GERAL 1: Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança, jovem e família, nos processos de saúde-doença, em diferentes contextos de saúde	A1 A2 C1 C2	E1.1 E2.2 E3.1 E3.3 E3.4
OBJETIVO GERAL 2: Desenvolver competências para a redução do stress parental em pais de crianças com cardiopatia congénita	B1 B2 D1 D2	E1.1 E2.5 E3.3

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS					
OG	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
			HUMANOS	MATERIAIS	
OBJETIVO GERAL 1	1.1. Conhecer o contributo do EEESIP na dinâmica do serviço e sua participação no processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados	- Realização de entrevistas exploratórias à Enf.^a Gestora e Enf.^a Orientadora para aprofundar conhecimentos relativamente ao funcionamento e organização da unidade: conhecer a caracterização, contextualização, população abrangida, entre outras particularidades do serviço - Consulta das normas, protocolos e/ou manuais de boas práticas existentes no serviço - Observação da dinâmica funcional e organizacional em contexto de CSP - Observação da dinâmica de prestação de cuidados	- Enf.^a Gestora - Enf.^a Orientadora	- Normas - Protocolos - Manuais de boas práticas - Enquadramento legal e ético da profissão	Documento de síntese reflexiva e análise crítica sobre as experiências vivenciadas e seu contributo para o desenvolvimento de competências em ESIP
	1.2. Prestar cuidados à criança/jovem e família, promotores da saúde, da parentalidade e do desenvolvimento infantil	- Realização de pesquisa bibliográfica para atualização e aprofundamento de conhecimentos nos seguintes âmbitos: crescimento e desenvolvimento infantil (escalas de avaliação); cuidados antecipatórios e promotores da maximização da saúde da criança/jovem - Observação participada da prestação de cuidados à criança/jovem e família - Avaliação do desenvolvimento infantil com recurso a instrumentos adequados à criança/jovem e contexto de estágio: Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada - Realização de consultas de saúde infantil consoante preconizado pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil - Promoção da saúde, integrando os cuidados antecipatórios nas intervenções de enfermagem - Observação participante na referenciação multidisciplinar para recursos da comunidade - Discussão e reflexão acerca das funções do EEESIP com a Enf.^a Orientadora e Docente Orientadora	- Enf.^a Orientadora - Peritos - Docente Orientadora	- Bibliografia de referência - Evidência científica - PNSIJ - PNV - Enquadramento legal e ético da profissão - Bases de Dados - Computador	- Documento de síntese reflexiva e análise crítica sobre as experiências vivenciadas e seu contributo para o desenvolvimento de competências em ESIP - Registo de uma aplicação à criança da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (Estudo de caso)

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS					
OG	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
			HUMANOS	MATERIAIS	
OBJETIVO GERAL 2	2.1. Prestar cuidados à criança com cardiopatia congénita e sua família, promotores da saúde, da adaptação à doença crónica e da parentalidade	- Realização de pesquisa bibliográfica para atualização e aprofundamento de conhecimentos nos seguintes âmbitos: principais fatores motivadores de <i>stress</i> nos pais ao longo do 1º ano de vida; estratégias redutoras do <i>stress</i> parental - Elaboração um folheto informativo a entregar aos pais que compile estratégias redutoras do <i>stress</i> parental - Preparação da apresentação do folheto na reunião semanal de equipa da USF - Apresentação do folheto na reunião semanal de equipa da USF e sensibilização dos profissionais para a temática - Discussão e reflexão acerca das funções do EEESIP com a Enf.^a Orientadora e Docente Orientadora	- Enf.^a Orientadora - Equipa multidisciplinar - Docente Orientadora	- Manuais de boas práticas - Bibliografia de referência - Evidência científica - Bases de dados - Computador - Telefone	- Documento de síntese reflexiva e análise crítica sobre as experiências vivenciadas e seu contributo para o desenvolvimento de competências em ESIP - Relatório síntese da reunião

CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO		
Período de Estágio: 26 de junho a 09 de julho de 2023		
OBJETIVOS GERAIS	COMPETÊNCIAS COMUNS	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ESIP
OBJETIVO GERAL 1: Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança, jovem e família, nos processos de saúde-doença, em diferentes contextos de saúde OBJETIVO GERAL 2: Desenvolver competências para a redução do <i>stress</i> parental em pais de crianças com cardiopatia congênita	A1 A2 C1 C2	E1.1 E2.5 E3.1

CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO					
OG	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
			HUMANOS	MATERIAIS	
OBJETIVO GERAL 1	1.1. Compreender a intervenção do EEESIP na promoção do desenvolvimento da criança/jovem e família com necessidades especiais de saúde	- Realização de pesquisa bibliográfica para atualização e aprofundamento de conhecimentos nos seguintes âmbitos: paralisia cerebral; crescimento e desenvolvimento infantil; cuidados antecipatórios e promotores da maximização da saúde da criança/jovem; intervenção precoce; inclusão - Observação da prestação de cuidados à criança/jovem e família - Observação da avaliação do desenvolvimento infantil com recurso a instrumentos adequados à criança/jovem e contexto de estágio: Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada - Promoção da saúde, integrando os cuidados antecipatórios nas intervenções de enfermagem - Participação na sessão de formação: Posicionamento, manuseio e estratégias a utilizar em crianças com patologia neuromotora - Observação da utilização de recursos de comunicação aumentativa e adaptativa pela criança/jovem com alterações de desenvolvimento e/ou necessidades especiais - Observação da referência multidisciplinar para os recursos existentes na unidade e na comunidade - Discussão e reflexão acerca das funções do EEESIP com o Enf. Orientador e Docente Orientadora	- Enf. Orientador - Peritos - Docente Orientadora	- Bibliografia de referência - Evidência científica - Políticas de saúde e saúde infantil vigentes - Enquadramento legal e ético da profissão - Bases de Dados - Computador	Documento de síntese reflexiva e análise crítica sobre as experiências vivenciadas e seu contributo para o desenvolvimento de competências em ESIP

CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO					
OG	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
			HUMANOS	MATERIAIS	
OBJETIVO GERAL 2	2.1. Conhecer a intervenção do EEESIP na maximização da saúde da criança/jovem e família com necessidades especiais de saúde	• Realização de pesquisa bibliográfica para atualização e aprofundamento de conhecimentos nos seguintes âmbitos: crianças com necessidades especiais de saúde; estratégias redutoras do <i>stress</i> parental; estratégias promotoras de esperança • Realização de entrevista exploratória ao Enf. Orientador sobre as estratégias promotoras de esperança aplicadas neste contexto • Observação das estratégias utilizadas para redução do <i>stress</i> parental – estratégias promotoras da esperança • Observação da prestação de cuidados à criança e família com necessidades especiais de saúde • Participação em momentos de reflexão juntamente com o Enf. Orientador e Docente Orientadora	• Enf. Orientador • Peritos • Docente Orientadora	• Bibliografia de referência • Evidência científica • Políticas de saúde e saúde infantil vigentes • Enquadramento legal e ético da profissão • Bases de Dados • Computador	• Documento de síntese reflexiva e análise crítica sobre as experiências vivenciadas e seu contributo para o desenvolvimento de competências em ESIP

URGÊNCIA PEDIÁTRICA		
Período de Estágio: 02 de outubro a 03 de novembro de 2023		
OBJETIVOS GERAIS	COMPETÊNCIAS COMUNS	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ESIP
OBJETIVO GERAL 1: Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança, jovem e família, nos processos de saúde-doença, em diferentes contextos de saúde	A1 A2 C1 C2	E1.1 E1.2 E2.1 E 2.2 E 2.5 E3.3
OBJETIVO GERAL 2: Desenvolver competências para a redução do stress parental em pais de crianças com cardiopatia congênita	B1 B2 C1 D1 D2	E1.1 E2.5 E3.2 E3.3

URGÊNCIA PEDIÁTRICA					
OG	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
			HUMANOS	MATERIAIS	
OBJETIVO GERAL 1	1.1. Conhecer o contributo do EEESIP na dinâmica do serviço e sua participação no processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados	- Realização de entrevistas exploratórias à Enf.ª Gestora e Enf.ª Orientadora para aprofundar conhecimentos relativamente ao funcionamento e organização da unidade: conhecer a caracterização, contextualização, população abrangida, entre outras particularidades do serviço - Consulta das normas, protocolos e/ou manuais de boas práticas existentes no serviço - Observação da dinâmica funcional e organizacional da unidade - Observação da dinâmica de prestação de cuidados	- Enf.ª Gestora - Enf.ª Orientadora	- Normas - Protocolos - Manuais de boas práticas - Enquadramento legal e ético da profissão	Documento de síntese reflexiva e análise crítica sobre as experiências vivenciadas e seu contributo para o desenvolvimento de competências em ESIP
	1.2. Prestar cuidados à criança/jovem e família, em situação de doença aguda com vista ao restabelecimento da sua saúde	- Realização de pesquisa bibliográfica para atualização e aprofundamento de conhecimentos nos seguintes âmbitos: doenças comuns às várias idades; cuidados centrados na família; cuidado não traumático - Colaboração na prestação de cuidados à criança/jovem e família – foco na triagem - Integração dos cuidados centrados na família e cuidados não traumáticos nas intervenções de enfermagem - Promoção da saúde, integrando os cuidados antecipatórios nas intervenções de enfermagem - Discussão e reflexão acerca das funções do EEESIP com a Enf.ª Orientadora e Docente Orientadora	- Enf.ª Orientadora - Peritos - Docente Orientadora	- Bibliografia de referência - Evidência científica - Políticas de saúde e saúde infantil vigentes - Enquadramento legal e ético da profissão - Bases de Dados - Computador	Documento de síntese reflexiva e análise crítica sobre as experiências vivenciadas e seu contributo para o desenvolvimento de competências em ESIP
	1.3. Prestar cuidados à criança/jovem e família, em situações de risco e especial complexidade	- Realização de pesquisa bibliográfica para aprofundamento de conhecimentos no âmbito das situações de risco para a saúde e bem estar da criança/jovem, nomeadamente situações de abuso, negligência e maus-tratos - Observação participante na identificação e referenciação de situações de risco para a saúde e bem-estar da criança/jovem - Participação em momentos de reflexão juntamente com a Enf.ª Orientadora e Docente Orientadora	- Enf.ª Orientadora - Peritos - Docente Orientadora	- Bibliografia de referência - Evidência científica - Políticas de saúde e saúde infantil vigentes - Enquadramento legal e ético da profissão - Bases de Dados	Documento de síntese reflexiva e análise crítica sobre as experiências vivenciadas e seu contributo para o desenvolvimento de competências em ESIP

URGÊNCIA PEDIÁTRICA

OG	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
			HUMANOS	MATERIAIS	
OBJETIVO GERAL 2	2.1. Prestar cuidados à criança com necessidades especiais de saúde e sua família, promotores da saúde, da parentalidade e da adaptação à doença crônica	- Realização de pesquisa bibliográfica para aprofundamento de conhecimentos nos seguintes âmbitos: principais stressores parentais na urgência pediátrica; estratégias redutoras de <i>stress</i> parental - Aplicação da Escala de <i>Stress</i> Parental para adequação das intervenções de enfermagem - Promoção da parentalidade através da integração da família na prestação de cuidados ao RN/criança - Promoção da saúde, integrando os cuidados antecipatórios nas intervenções de enfermagem - Observação participante na referência multidisciplinar para recursos da comunidade - Discussão e reflexão acerca das funções do EEESIP com o(a) Enf. Orientador(a) e Docente Orientadora	- Enf.^a Orientadora - Peritos - Docente Orientadora	- Manuais de boas práticas - Bibliografia de referência - Evidência científica - Bases de dados - Computador	Documento de síntese reflexiva e análise crítica sobre as experiências vivenciadas e seu contributo para o desenvolvimento de competências em ESIP
	2.2. Participar no processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e de desenvolvimento das aprendizagens profissionais	- Reuniões informais com a Enf.^a Gestora, Enf.^a Orientadora e Enf. responsável pela formação para efetuar levantamento das necessidades formativas da equipa - Preparação de uma sessão de sensibilização sobre estratégias redutoras do <i>stress</i> parental na urgência pediátrica - Elaboração de um cartaz de divulgação da sessão - Realização da sessão “SOS Stress Parental: Um modelo de abordagem pelo enfermeiro na urgência pediátrica” - Avaliação da sessão	- Enf.^a Gestora - Enf.^a Orientadora - Enf. Responsável - Formação	- Bibliografia de referência - Evidência científica - Bases de dados - Software: Teams - Computador	- Cartaz de divulgação - Plano de sessão - Sessão – apresentação (ppt) - Avaliação da sessão

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS		
Período de Estágio: 13 de novembro a 15 de dezembro de 2023		
OBJETIVOS GERAIS	COMPETÊNCIAS COMUNS	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ESIP
OBJETIVO GERAL 1: Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança, jovem e família, nos processos de saúde-doença, em diferentes contextos de saúde	A1 A2 C1 C2	E1.1 E2.1 E2.2 E2.5 E3.1 E3.2 E3.3
OBJETIVO GERAL 2: Desenvolver competências para a redução do stress parental em pais de crianças com cardiopatia congénita	B1 B2 B3 C1 D1 D2	E1.1 E2.5 E3.2 E3.3

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS					
OG	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
			HUMANOS	MATERIAIS	
OBJETIVO GERAL 1	1.1. Conhecer o contributo do EEESIP na dinâmica do serviço e sua participação no processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados	- Realização de entrevistas exploratórias à Enf.^a Gestora e Enf.^a Orientadora para aprofundar conhecimentos relativamente ao funcionamento e organização da unidade: conhecer a caracterização, contextualização, população abrangida, entre outras particularidades do serviço - Consulta das normas, protocolos e/ou manuais de boas práticas existentes no serviço - Observação da dinâmica funcional e organizacional da unidade - Observação da dinâmica de prestação de cuidados	- Enf.^a Gestora - Enf.^a Orientadora	- Normas - Protocolos - Manuais de boas práticas - Enquadramento legal e ético da profissão	Documento de síntese reflexiva e análise crítica sobre as experiências vivenciadas e seu contributo para o desenvolvimento de competências em ESIP
	1.2. Prestar cuidados ao RN/lactente e família, promotores da parentalidade e de um desenvolvimento saudável	- Realização de pesquisa bibliográfica para atualização e aprofundamento de conhecimentos nos seguintes âmbitos: modelo de cuidado integrativo para o desenvolvimento; vinculação; cuidados centrados na família; cuidado não traumático - Observação participada da prestação de cuidados - Integração dos cuidados centrados na família e cuidados não traumáticos nas intervenções de enfermagem - Promoção da parentalidade e vinculação segura através da integração da família na prestação de cuidados - Discussão e reflexão acerca das funções do EEESIP com o(a) Enf. Orientador(a) e Docente Orientadora	- Enf.^a Orientadora - Peritos - Docente Orientadora	- Bibliografia de referência - Evidência científica - Políticas de saúde e saúde infantil vigentes - Enquadramento legal e ético da profissão - Bases de Dados - Computador	Documento de síntese reflexiva e análise crítica sobre as experiências vivenciadas e seu contributo para o desenvolvimento de competências em ESIP
	1.3. Prestar cuidados ao RN/lactente e família em situações de especial complexidade	- Realização de pesquisa bibliográfica para atualização e aprofundamento de conhecimentos nos seguintes âmbitos: estratégias facilitadoras dos processos de luto - Promoção da esperança realista e assistência aos processos de luto da família - Participação em momentos de reflexão juntamente com a Enf.^a Orientadora e Docente Orientadora	- Enf.^a Orientadora - Peritos - Docente Orientadora	- Bibliografia de referência - Evidência científica - Enquadramento legal e ético da profissão - Bases de Dados - Computador	Documento de síntese reflexiva e análise crítica sobre as experiências vivenciadas e seu contributo para o desenvolvimento de competências em ESIP

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS					
OG	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
			HUMANOS	MATERIAIS	
OBJETIVO GERAL 2	2.2. Prestar cuidados ao RN/lactente com cardiopatia congênita e sua família, promotores da parentalidade e da adaptação à doença crônica	- Realização de pesquisa bibliográfica para atualização e aprofundamento de conhecimentos nos seguintes âmbitos: principais stressores parentais na UCIN; estratégias redutoras de <i>stress</i> parental - Aplicação da Escala de <i>Stress</i> Parental para adequação das intervenções de enfermagem - Presença num encontro do GAM para Pais de Crianças com Cardiopatia Congênita - Discussão e reflexão acerca das funções do EEESIP com a Enf.^a Orientadora e Docente Orientadora	- Enf.^a Orientadora - Peritos - Pais - Docente Orientadora	- Bibliografia de referência - Evidência científica - Bases de dados - Computador	Documento de síntese reflexiva e análise crítica sobre as experiências vivenciadas e seu contributo para o desenvolvimento de competências em ESIP
	2.3. Desenvolver estratégias redutoras do <i>stress</i> parental, promotoras da parentalidade e vinculação segura	- Reuniões informais com a Enf.^a Gestora, Enf.^a Orientadora e peritos para efetuar levantamento das necessidades do serviço - Criação de cartões de celebração das conquistas alcançadas ao longo do processo de recuperação do RN/lactente: - Elaboração de questionário de diagnóstico à equipa de enfermagem para levantamento dos momentos-chave a celebrar - Criação dos cartões - Divulgação dos recursos criados à equipa, através de uma sessão de sensibilização - Preparação de uma sessão de sensibilização - Elaboração de um cartaz de divulgação da sessão - Realização da sessão	- Enf.^a Orientadora - Peritos - Equipa de Enfermagem	- Bibliografia de referência - Evidência científica - Bases de dados - Computador - Software: Teams	- Questionário de diagnóstico - Cartões de conquistas - Cartaz de divulgação - Sessão – apresentação (ppt)

INTERNAMENTO DE PEDIATRIA		
OBJETIVOS GERAIS	COMPETÊNCIAS COMUNS	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ESIP
OBJETIVO GERAL 1: Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança, jovem e família, nos processos de saúde-doença, em diferentes contextos de saúde	A1 A2 C1 C2	E1.1 E2.2 E2.3 E2.4 E2.5 E3.1 E3.2 E3.3 E3.4
OBJETIVO GERAL 2: Desenvolver competências para a redução do <i>stress</i> parental em pais de crianças com cardiopatia congénita	B1 B2 C1 D1 D2	E1.1 E2.5 E3.2 E3.3
OBJETIVO GERAL 3: Elaborar uma proposta de protocolo de consulta de enfermagem de <i>follow-up</i> após cirurgia cardíaca	B1 B2	E1.1 E2.3 E2.5

INTERNAMENTO DE PEDIATRIA					
OG	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
			HUMANOS	MATERIAIS	
OBJETIVO GERAL 1	1.1. Conhecer o contributo do EEESIP na dinâmica do serviço e sua participação no processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados	- Realização de entrevistas exploratórias à Enf.^a Gestora e Enf.^a Orientadora para aprofundar conhecimentos relativamente ao funcionamento e organização da unidade: conhecer a caracterização, contextualização, população abrangida e outras particularidades do serviço - Consulta das normas, protocolos e/ou manuais de boas práticas existentes no serviço - Observação da dinâmica funcional e organizacional em contexto de CSP - Observação da dinâmica de prestação de cuidados	- Enf.^a Gestora - Enf.^a Orientadora	- Normas - Protocolos - Manuais de boas práticas - Enquadramento legal e ético da profissão	Documento de síntese reflexiva e análise crítica sobre as experiências vivenciadas e seu contributo para o desenvolvimento de competências em ESIP
	1.2. Prestar cuidados à criança/jovem e família, promotores da saúde, da parentalidade e do desenvolvimento infantil	- Realização de pesquisa bibliográfica para atualização e aprofundamento de conhecimentos nos seguintes âmbitos: cuidados antecipatórios e promotores da maximização da saúde da criança/jovem; modelo de cuidado integrativo para o desenvolvimento; vinculação; cuidados centrados na família; cuidado não traumático - Observação participada da prestação de cuidados à criança/jovem e família, integrando os cuidados centrados na família e cuidados não traumáticos nas intervenções de enfermagem - Promoção da saúde, integrando os cuidados antecipatórios nas intervenções de enfermagem - Observação participante na referenciação multidisciplinar para recursos da comunidade - Discussão e reflexão acerca das funções do EEESIP com a Enf.^a Orientadora e Docente Orientadora	- Enf.^a Orientadora - Peritos - Docente Orientadora	- Bibliografia de referência - Evidência científica - Políticas de saúde e saúde infantil vigentes - Enquadramento legal e ético da profissão - Bases de Dados - Computador	Documento de síntese reflexiva e análise crítica sobre as experiências vivenciadas e seu contributo para o desenvolvimento de competências em ESIP

INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

OG	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
			HUMANOS	MATERIAIS	
OBJETIVO GERAL 2	2.1. Prestar cuidados ao RN/criança com cardiopatia congênita e sua família, promotores da saúde, da parentalidade e da adaptação à doença crônica	- Realização de pesquisa bibliográfica para atualização e aprofundamento de conhecimentos nos seguintes âmbitos: principais stressores parentais no internamento; estratégias redutoras de <i>stress</i> parental; estratégias facilitadoras dos processos de luto; encaminhamento de crianças com doenças raras - Aplicação da Escala de <i>Stress</i> Parental para adequação das intervenções de enfermagem - Promoção da parentalidade através da integração da família na prestação de cuidados ao RN/criança - Promoção da saúde, integrando os cuidados antecipatórios nas intervenções de enfermagem de preparação para a alta - Observação participante na referenciação multidisciplinar para recursos da comunidade - Promoção da esperança realista e assistência aos processos de luto da família - Presença num encontro do GAM para Pais de Crianças com Cardiopatia Congénita - Discussão e reflexão acerca das funções do EEESIP com a Enf.^a Orientadora e Docente Orientadora	- Enf.^a Orientadora - Peritos - Docente Orientadora	- Manuais de boas práticas - Bibliografia de referência - Evidência científica - Bases de dados - Computador	Documento de síntese reflexiva e análise crítica sobre as experiências vivenciadas e seu contributo para o desenvolvimento de competências em ESIP
	3.1. Participar no processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados	- Realização de pesquisa bibliográfica para aprofundamento de conhecimentos nos seguintes âmbitos: principais necessidades/dificuldades dos pais após a alta - Realização de entrevistas exploratórias, a pais e equipa de saúde, para levantamento das principais necessidades/dificuldades da família após a alta - Levantamento dos recursos disponíveis para estabelecimento de um canal de comunicação com a família após a alta - Discussão/Reflexão do levantamento efetuado com a Enf.^a Orientadora - Elaboração de um protocolo de consulta de enfermagem de <i>follow-up</i> após cirurgia cardíaca - Reunião/Reflexão com a Enf.^a Orientadora e Enf.^a Gestora para discussão e melhoria da proposta elaborada	- Enf.^a Gestora - Enf.^a Orientadora - Peritos - Chefes de equipa - Equipa de Enfermagem - Docente Orientadora	- Bibliografia de referência - Evidência científica - Bases de dados - Computador - Telefone	- Documento de síntese reflexiva e análise crítica sobre as experiências vivenciadas e seu contributo para o desenvolvimento de competências em ESIP - Proposta de protocolo de consulta de enfermagem de <i>follow-up</i> após cirurgia cardíaca

Referências Bibliográficas

- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9–22. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>
- Barreto, T. S. M., Sakamoto, V. T. M., Magagnin, J. S., Coelho, D. F., Waterkemper, R., & Canabarro, S. T. (2016). Experience of parents of children with congenital heart disease: feelings and obstacles. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 17(1), 128–136. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100017>
- Braz, P., Machado, A., Roquette, R., & Matias Dias, C. (2021). *Registo nacional de anomalias congénitas: Relatório 2018-2019*. INSA.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023, fevereiro 2). *What are congenital heart defects?* <https://www.cdc.gov/ncbddd/heartdefects/facts.html>
- Cheng, C., Franck, L. S., Ye, X. Y., Hutchinson, S. A., Lee, S. K., & O'Brien, K. (2021). Evaluating the effect of family integrated care on maternal stress and anxiety in neonatal intensive care units. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(2), 166–179. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1659940>
- Chifa, M., Hadar, T., Politimou, N., Reynolds, G., & Franco, F. (2021). The soundscape of neonatal intensive care: A mixed-methods study of the parents' experience. *Children*, 8(644), 1–24. <https://doi.org/10.3390/children8080644>
- Coughlin, M. (2017). Trauma informed, neuroprotective care for hospitalised newborns and infants. *Infant Journal*, 13(5), 176–179. https://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf_077_eur.pdf

- Docherty, S., Barfield, R. & Brandon, D. (2017). Quality of life for children living with chronic or complex diseases. In M. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's Essentials of Pediatric Nursing* (10th ed., pp. 963-1018). Elsevier.
- Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Martini, J., von Soest, T., & Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: A population-based, 2-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 47(1), 161–170. <https://doi.org/10.1017/S003329171600235X>
- Griffith, T., Singh, A., Naber, M., Hummel, P., Bartholomew, C., Amin, S., White-Traut, R., & Garfield, L. (2022). Scoping review of interventions to support families with preterm infants post-NICU discharge. *Journal of Pediatric Nursing*, 67, e135–e149. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.08.014>
- Heidarzadeh, M., Heidari, H., Ahmadi, A., Solati, K., & sadeghi, N. (2023). Evaluation of parental stress in neonatal intensive care unit in Iran: A national study. *BMC Nursing*, 22(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01200-4>
- Hockenberry, M. (2017). Perspectives of pediatric nursing. In M. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's Essentials of pediatric nursing* (10th ed., pp. 35-63). Elsevier.
- Lisanti, A. J., Allen, L. R., Kelly, L., & Medoff-Cooper, B. (2017). Maternal stress and anxiety in the pediatric cardiac intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 26(2), 118–125. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017266>
- Lisanti, A. J., Golfenshtein, N., & Medoff-Cooper, B. (2017). The pediatric cardiac intensive care unit parental stress model: Refinement using directed content analysis. *Advances in Nursing Science*, 40(4), 319–336. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000184>

- Melnyk, B. M., Alpert-Gillis, L., Fischbeck Feinstein, N., Fairbanks, E., Schultz-Czarniak, J., Hust, D., Sherman, L., LeMoine, C., Moldenhauer, Z., Small, L., Bender, N., & Sinkin, R. A. (2001). Improving cognitive development of low-birth-weight premature infants with the COPE program: A pilot study of the benefit of early NICU intervention with mothers. *Research in Nursing & Health*, 24(5), 373–389. <https://doi.org/10.1002/nur.1038>
- Mixão, M. L., Leal, I. & Maroco, J. (2010). Escala de stress parental. In I. Leal & J. Maroco (Eds.). *Avaliação em sexualidade e parentalidade* (pp. 199-210). Legis Editora.
- Neuman, B. (2011). The Neuman systems model. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.). *The Neuman Systems Model* (5th ed., pp. 3-33). Pearson.
- O'Brien, K., Robson, K., Bracht, M., Cruz, M., Lui, K., Alvaro, R., da Silva, O., Monterrosa, L., Narvey, M., Ng, E., Soraisham, A., Ye, X. Y., Mirea, L., Tarnow-Mordi, W., & Lee, S. K. (2018). Effectiveness of family integrated care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: A multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 2(4), 245–254. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(18\)30039-7](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(18)30039-7)
- Roque, A. T. F., Lasiuk, G. C., Radünz, V., & Hegadoren, K. (2017). Scoping review of the mental health of parents of infants in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 46(4), 576–587. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.02.005>
- Shaw, R. J., Bernard, R. S., Deblois, T., Ikuta, L. M., Ginzburg, K., & Koopman, C. (2009). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in the neonatal intensive care unit. *Psychosomatics*, 50(2), 131–137. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.2.131>
- Sousa, F. P., & Curado, M. A. S. (2021). Parental stress scale in the neonatology unit: Statistical validation for the portuguese population. *Enfermeria Global*, 20(64), 403–414. <https://doi.org/10.6018/eglobal.459491>

Sousa, F. P., & Curado, M. A. S. (2022). Parental stress in the neonatology unit - The influence of hospital stay length and neonatal unit differentiation. *Journal of Neonatal Nursing*, 506–510. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2022.08.009>

Turpin, H., Urban, S., Ansermet, F., Borghini, A., Murray, M. M., & Müller-Nix, C. (2019). The interplay between prematurity, maternal stress and children's intelligence quotient at age 11: A longitudinal study. *Scientific Reports*, 9(1), 1–6. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-36465-2>

Apêndice III – Cronograma de Estágio

Apêndice III – Cronograma de Estágio

Ano	2023																								2024										
Mês	Maio		Junho				Julho				Agosto	Setembro			Outubro				Novembro				Dezembro			Janeiro				Fevereiro					
Dias	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	Pausa Letiva	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	Pausa Letiva	1	8	15	22	29	5	12	19	26
	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28		15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15		5	12	19	26	2	9	16	23	1
Semanas em Estágio	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª								8ª	9ª	10ª	11ª	12ª		13ª	14ª	15ª	16ª	17ª			18ª	19ª	20ª	21ª	22ª			
Cuidados de Saúde Primários																																			
Consulta de Desenvolvimento																																			
Urgência Pediátrica																																			
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais																																			
Internamento de Pediatria																																			
Elaboração do Relatório Final de Estágio																																			

- Presença em Estágio
- Realização e Apresentação do Relatório
- Pausas Letivas: 31 de Julho a 11 de setembro de 2023
18 dezembro de 2023 a 3 de janeiro de 2024

Apêndice IV – Estudo de Caso: Avaliação do Desenvolvimento Infantil

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica**

Unidade Curricular Estágio

**Estudo de Caso: Avaliação do
Desenvolvimento Infantil**

Rita de Noronha Beja Neves

**Lisboa
junho 2023**

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular Estágio

Estudo de Caso: Avaliação do Desenvolvimento Infantil

Rita de Noronha Beja Neves



Professor Orientador:
Professora Tânia A. de A. Martins de Almeida e Silva



Lisboa
junho 2023

Índice

Introdução

1. Anamnese

2. Avaliação do Crescimento e Desenvolvimento

2.1. Avaliação antropométrica

2.2. Exame físico

2.3. Aplicação da escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada

2.4. Interpretação dos dados

3. Orientações Antecipatórias e Atividades Promotoras do Desenvolvimento

Infantil

Referências Bibliográficas

Introdução

O estudo de caso que se apresenta surge no decurso da Unidade Curricular Estágio, integrada no 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e pretende sistematizar a realização de uma consulta de enfermagem em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), deve garantir a realização de consultas integradas no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), que têm como aspetos prioritários: a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil; o incentivo ao cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV); a promoção da saúde e prevenção da doença, integrando, neste sentido, os cuidados antecipatórios como pedra basilar nas consultas realizadas; e, ainda, a deteção precoce e acompanhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde e a qualidade de vida da criança e sua família (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013).

Destaca-se, neste estudo de caso, a avaliação do desenvolvimento infantil, uma vez que este se constitui como um aspeto primordial da intervenção do enfermeiro. De acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança (Resolução da Assembleia da República n.º 20/90), deve ser assegurado, na máxima medida possível, a sobrevivência e desenvolvimento da criança. Franklin & Prows (2017) referem-se ao crescimento e desenvolvimento como uma unidade, expressando a soma das inúmeras mudanças que ocorrem durante a vida de um indivíduo; todo este percurso é dinâmico e engloba vários processos, nomeadamente o crescimento, desenvolvimento, maturação e diferenciação. Os processos referidos estão interrelacionados, ocorrendo de forma simultânea e contínua, pelo que nenhum ocorre separado dos outros.

O termo desenvolvimento *per si* descreve a aquisição e aperfeiçoamento de competências, de forma progressiva e de crescente complexidade; este tende a seguir padrões previsíveis, que são contínuos, ordenados e progressivos, os quais, embora universais e básicos para todos os seres humanos, são atingidos ao ritmo próprio de cada um (Franklin & Prows, 2017). Por conseguinte, é importante realçar que cada criança é única e o seu desenvolvimento segue um ritmo próprio. É, também, fundamental ter em conta que existem diversos fatores que o influenciam, entre os quais se destacam os

fatores biológicos, hereditários, psicológicos, ambientais e sociais (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010; Franklin & Prows, 2017).

Assim, avaliação do desenvolvimento deve ser efetuada de forma estruturada, através de um instrumento de avaliação, com o intuito de identificar o mais precocemente possível eventuais problemas e, assim, garantir uma intervenção rápida que minimize as consequências para a criança e sua família (DGS, 2013; OE, 2010). Nas consultas de saúde infantil é utilizada, de forma mais generalizada, a Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada uma vez que esta permite a avaliação de diversas áreas centrais como a postura e motricidade global, visão e motricidade fina, audição, linguagem, comportamento e adaptação social, constituindo-se como uma escala de aplicação rápida, precisa e fiável.

O EEESIP ocupa, neste âmbito, um papel de destaque, prestando cuidados específicos em resposta às necessidades de vida e desenvolvimento da criança e do jovem, devendo, para isso, promover a maximização do seu potencial de desenvolvimento. Neste sentido, deverá ser dotado dos conhecimentos necessários à avaliação do crescimento e desenvolvimento, garantindo a sua avaliação sistemática e transmitindo orientações antecipatórias com vista à maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil. Para concretizar este objetivo, o enfermeiro deve reconhecer os pais enquanto primeiros prestadores de cuidados à criança, procurando promover a sua capacitação, por forma a favorecer o desenvolvimento do exercício da parentalidade e, desta forma, garantir o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança, assim como o bem-estar de toda a família (DGS, 2013; Regulamento nº 422/2018).

Este documento, procurando resumir os principais passos da consulta de enfermagem realizada, estrutura-se em 3 capítulos: numa primeira parte efetua-se a descrição da anamnese da criança; segue-se a avaliação do crescimento e desenvolvimento, assim como a interpretação dos dados obtidos; finalmente, destacam-se as principais áreas de intervenção, englobando os cuidados antecipatórios e promotores do desenvolvimento. As normas de referência utilizadas seguem as normas APA 7.^a edição.

1. Anamnese

Para este estudo de caso, foi selecionada uma criança (G.) que se enquadrava na área temática e faixa etária do projeto de estágio previamente elaborado: trata-se de uma criança de 12 meses, com uma anomalia cardíaca congênita detetada aos 2 meses de idade, embora já com alta da consulta de especialidade pela resolução da situação.

Pai e mãe de nacionalidade portuguesa, respetivamente com 33 e 29 anos. Tanto o pai como a mãe não apresentam antecedentes pessoais de saúde relevantes; não estão documentadas alergias. Ambos estavam presentes na consulta realizada.

O G. é o primeiro filho do casal. Não tem irmãos.

Como antecedentes pessoais de saúde destaca-se um internamento de curta duração aos 2 meses de idade, na sequência de um episódio de engasgamento que ocorreu quando estava a ser amamentado. De acordo com os esclarecimentos prestados pelos pais, não chegou a ocorrer paragem respiratória, embora a criança tenha passado alguns segundos sem respirar, apresentando-se muito cianosada; a situação reverteu quando o pai conseguiu desobstruir eficazmente a via aérea. Foi alertado o INEM e a criança foi conduzida e avaliada no serviço de urgência de um hospital central. Foi internada para avaliação, mas não foram detetadas alterações que pudessem ter causado o incidente.

Nesse internamento, foi, também, detetado um sopro cardíaco e a criança encaminhada para consulta de especialidade. Não se fazendo acompanhar de documentação sobre a situação, subentendeu-se, pelas explicações dos pais, que a criança terá nascido com uma comunicação interventricular (CIV) que terá encerrado com o crescimento, tendo sido dada alta recentemente da consulta de cardiologia pediátrica.

Sem outros antecedentes de saúde relevantes. Seguido em consulta de vigilância de saúde infantil em CSP. PNV para atualizar na consulta atual (vacinas correspondentes aos 12 meses).

Segundo os pais, não ocorreram intercorrências desde a última consulta e não referem preocupações ou dificuldades desde essa altura.

Quando abordados aspetos relacionados com a alimentação, verificou-se que o G. ainda não integrou a dieta familiar. Faz leite materno, 2 a 3 vezes por dia, mais

frequentemente de manhã e ao deitar. A diversificação alimentar foi efetuada de acordo com as recomendações fornecidas nas consultas de vigilância de saúde infantil. Os pais oferecem a comida triturada, colocando a carne e o peixe na sopa (igualmente triturados); apenas muito recentemente começaram a colocar alguns pedaços de maior dimensão, mas sempre misturados com a sopa. Quando questionados acerca do facto de não oferecerem texturas diferentes à criança, verbalizaram o receio que ela voltasse a engasgar-se, mencionando o episódio anteriormente descrito.

O G. não apresenta alterações do trânsito intestinal.

Os pais referem hábitos de higiene diários e de higiene oral 2 vezes por dia, de manhã e ao deitar. Utilizam escova de dentes e pasta dentífrica adequada.

No que concerne à higiene do sono, o G. dorme cerca de 11-12 horas por noite e faz uma sesta à tarde que dura, em média, 2 horas. Os pais referem, com alguma preocupação, que o G. acorda mais vezes à noite a chorar nas últimas semanas, embora conforto facilmente na presença dos pais ou amamentado pela mãe.

A criança aparenta uma boa relação com os pais, em quem procura conforto e segurança. Ainda não frequenta a creche; como o pai trabalha por turnos, conseguem alternar entre eles ficar com a criança em casa; quando necessário, têm a ajuda do avô, com quem a criança gosta muito de ficar (segundo os pais). O avô leva o G. todas as semanas, pelo menos 2 vezes, a brincar ao parque infantil.

Segundo os pais, evitam a exposição a ecrãs.

2. Avaliação do Crescimento e Desenvolvimento

2.1. Avaliação antropométrica

Peso: 73cm

Comprimento: 8,57kg

IMC: 16,1cm

Perímetro Cefálico: 47cm

2.2. Exame físico

O exame físico foi efetuado pela médica de família na presença da equipa de enfermagem. Não foram identificadas alterações importantes no exame. A destacar:

- Fontanela anterior ainda não encerrou, embora com dimensões mínimas;
- Apresenta 4 dentes de leite (incisivos), 2 em cada arcada; dentes e mucosa oral com sinais de uma higiene adequada;
- Mantém fimose.

2.3. Aplicação da escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada

A avaliação do desenvolvimento infantil foi efetuada com recurso à Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de Mary Sheridan Modificada, dado ser esta a escala adotada no local de estágio que frequentei.

Segue-se o quadro com a avaliação.

Quadro 1. Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada

Nome G. Data de nascimento 17/05/2022 Processo n.º

	4 – 6 Semanas	3 M	6 M	9 M	12 M
Postura e Motricidade Global	• Em decúbito ventral – levanta a cabeça. • Em decúbito dorsal – a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão. • Em tração pelas mãos – a cabeça cai. • Quando sentado(a) – dorso em arco e mãos fechadas. • Em suspensão vertical – cabeça ereta membros semi-fletidos.	• Em decúbito ventral – apoio nos antebraços. • Em decúbito dorsal – postura simétrica, membros com movimentos ritmados. • Em tração pelas mãos – cabeça ereta e coluna dorsal direita. • De pé – flete os joelhos, não faz apoio.	• Em decúbito ventral – apoia-se nas mãos. • Em decúbito dorsal – levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos. • Em tração pelas mãos – faz força para se sentar. • Mantém-se sentado(a) sem apoio. • De pé faz apoio.	• Senta-se sozinho(a) e fica sentado(a) 10 a 15 minutos. • Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se.	✓ Passa de decúbito dorsal a sentado(a). ✓ Tem equilíbrio sentado(a). ✓ Gatinha. ✓ Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos.
Visão e Motricidade Fina	• Segue uma bola pendente a 20-25 cm em ¼ de círculo (do lado até à linha média).	• Mantém mãos abertas – junta-as na linha média e brinca com elas. • Segura brevemente a roca e move-a em direção à face. • Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal. • Apresenta convergência ocular. • Faz pestanejo de defesa.	• Tem preensão palmar. • Leva os objetos à boca. • Transfere objetos. • Esquece imediatamente o objeto quando este cai. • Apresenta boa convergência (estrabismo anormal).	• Tem preensão e manipulação. • Leva tudo à boca. • Aponta com o indicador. • Faz pinça. • Atira os objetos ao chão deliberadamente. • Procura o objeto que caiu ao chão.	✓ Explora com energia os objetos e atira-os sistematicamente ao chão. ✓ Procura um objeto escondido. ✓ Tem interesse visual para perto e longe.

	4 – 6 Semanas	3 M	6 M	9 M	12 M
Audição e Linguagem	• Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido.	• Atende e volta-se geralmente aos sons.	• Segue os sons a 45 cm do ouvido. • Vocaliza sons monossílabos e dissílabos. • Dá gargalhadas.	• Tem atenção rápida para os sons perto e longe. • Localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido. • Repete várias sílabas ou sons do adulto.	✓ Tem resposta rápida aos sons suaves, mas habitua-se depressa. ✓ Dá pelo nome e volta-se. ✓ <i>Jargão</i> (vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível). ✓ Compreende ordens simples “dá, cá e adeus”.
Comportamento e Adaptação Social	• Fixa a face da mãe quando o alimenta. • Tem sorriso presente às 6 semanas. • Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.	• Sorri. • Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar.	• É muito ativo(a), atento(a) e curioso(a).	• Leva uma bolacha à boca. • Mastiga. • Distingue os familiares dos estranhos.	✓ Bebe pelo copo com ajuda. ✓ Segura a colher mas não a usa. ✓ Colabora no vestir levantando os braços. ✓ É muito dependente do adulto. ✓ Demonstra afeto.

Dados adicionais:

- Postura e motricidade global: não foi considerado como não atingido o facto de o G. não gatinhar; segundo os pais, sempre se deslocou sentado arrastando-se pelo chão. Neste momento, já se coloca de pé e desloca-se apoiando-se na parede ou dando a mão aos pais. O calçado que trazia para a consulta era adequado.
- Visão e motricidade fina: de acordo com a mãe, o G. gosta de atirar objetos ao chão, observando-os no local onde estes caíram, mesmo se fora do campo de visão. Quando oferecido um cubo pequeno, o G. segura-o corretamente entre o 1º e 2º dedos da mão.
- Audição e linguagem: Quando se chama suavemente pelo G., este volta-se imediatamente na direção do som. Compreende ordens simples. Apesar da generalidade da linguagem ser incompreensível, o G. já vocaliza 4 sons compreendidos pelos pais como: 'uz' (luz), 'mã' (mamã), 'pá' (papá) e 'vô' (avô).

2.4. Interpretação dos dados

De acordo com os dados colhidos junto dos pais e a observação efetuada, o G. apresenta uma boa evolução estado-ponderal e um desenvolvimento infantil adequado à idade. Sem sinais de alarme.

De acordo com a história clínica, uma preocupação importante a esclarecer prende-se com a capacidade de mastigar, uma vez que a dieta oferecida ao G. era totalmente triturada até muito recentemente, com pouca variedade de texturas, dado o receio dos pais de poder ocorrer novo episódio de engasgamento. Foi possível oferecer um pedaço de fruta ao G. e perceber que este já mastiga, não se engasgando quando deglute. Também não apresenta disfagia a líquidos.

Como descrito na literatura, os pais de crianças com cardiopatia congénita, à semelhança de outros pais de crianças com doença crónica, tendem a limitar experiências que poderão influenciar o seu desenvolvimento devido ao *stress* que vivenciam com a situação (Lee & Koo, 2020). Por conseguinte, a situação que o G. e os pais vivenciaram quando este tinha 2 meses, poderia tornar-se limitativa do desenvolvimento infantil da criança. Foi reforçada a importância de oferecer à criança diferentes texturas e sabores,

demonstrando, enquanto a criança comia um pedaço de fruta, que era capaz de mastigar e deglutir corretamente. Efetivamente, não tinha sido detetado qualquer problema e o episódio ocorrido foi único. Foi lembrado aos pais que, à data em que o incidente ocorreu, o G. ainda não apresentava controlo total da cervical, o que aumenta o risco de episódios de engasgamento; foi explicado que, neste momento, o G. apresenta controlo cervical e força no tronco, o que diminui o risco de ocorrência desses acontecimentos. No entanto, foi salientada a importância do tamanho dos alimentos a fornecer, assim como a presença de um adulto junto à criança enquanto esta come sozinha, para evitar essa situação.

3. Orientações Antecipatórias e Atividades Promotoras do Desenvolvimento Infantil

Foram incentivados e elogiados todos os comportamentos positivos adotados pela família, mencionados ao longo da anamnese realizada, e que em muito contribuíram para o bom crescimento, desenvolvimento e bem-estar da criança. As intervenções realizadas não visaram apenas a promoção da saúde da criança, mas pretenderam, igualmente, promover o equilíbrio emocional dos pais e redução do *stress*, nomeadamente relacionado com os aspetos da alimentação e o incidente ocorrido quando o G. tinha 2 meses de idade. A acrescentar, ainda, o *stress* relacionado com a anomalia cardíaca congénita, que, apesar de resolvida, ainda contribuía para alguma preocupação por parte da família.

Durante a consulta, seguiram-se os aspetos salientados aos 12 e 15 meses no boletim de saúde infantil e juvenil, com especial foco para as seguintes intervenções:

- Alimentação: integração na dieta familiar, com especial atenção para o teor de sal; incentivo ao consumo de frutas e hortícolas, assim como de água. Para além de os pais terem sido alertados para a importância de reforçar o treino de sabores e texturas, contrariando a neofobia alimentar, foram ainda esclarecidos acerca do surgimento da anorexia fisiológica própria do 2º ano de vida. Foi, também, salientado a importância de não entrar em conflito à hora da refeição.
- Higiene: reforço da higiene diária e cuidados com o prepúcio, salientando o aspeto da fimose fisiológica.
- Sono: foi explicado aos pais que é expectável que a criança acorde mais vezes durante a noite, dada a fase de intenso desenvolvimento motor em que se encontra. Reforçada a importância dos rituais do sono.
- Segurança: dado que o G. começa a querer explorar e dar os primeiros passos sozinho, foi reforçado o ensino em relação à prevenção de quedas (especial atenção a escadas, que existem em casa do avô); os pais foram alertados, também, para outras questões relativas à segurança em casa, nomeadamente para a importância de não terem acessíveis produtos de limpeza ou outros com

perigo de ingestão pela criança. No que concerne ao transporte em automóvel, foi reforçada a importância de manter a cadeira no sentido inverso da marcha até, pelo menos, aos 18 meses. Dado a época de verão que se aproxima e possível ida a praia e piscina, foram, igualmente, alertados para o risco de afogamento.

- Proteção solar: reforço da importância da utilização de protetor solar nas deslocções à rua; foi abordado o horário adequado para passeios na rua e idas à praia.
- Ecrãs: reforço da importância de evitar a utilização de ecrãs nos 2 primeiros anos de vida.
- Vacinação: foram prestadas orientações antecipatórias relacionadas com as vacinas administradas na consulta.

No que concerne a atividades promotoras do desenvolvimento, foi oferecido aos pais um folheto, disponível na unidade de saúde, que inclui diversas atividades, nomeadamente jogos que englobam atividade física; foi reforçada a importância e elogiada a ida ao parque infantil com o avô. Os pais foram incentivados a brincar com a criança, passear e estimular o contacto com os livros, por exemplo, lendo uma história todos os dias, ao deitar.

Foi, igualmente, destacado:

- A relevância da capacidade de explorar nesta idade e a forma como os pais não devem limitar essa vontade, garantido, sempre, a segurança da criança. Dado que é destacado na literatura a forma como os pais de crianças com anomalia cardíaca congénita tendem a preocupar-se com a atividade física, chegando a restringi-la com receio que seja prejudicial para a criança (Lee & Koo, 2020), foi abordado este tópico com os pais.
- A importância de estabelecer limites, antecipando a entrada na idade do negativismo e das birras.
- A estimulação do desenvolvimento da linguagem, incentivando a criança a verbalizar um pedido.

Referências Bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde (2013). *Norma 010/2013 de 31-05-2013. Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. DSG. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013.aspx>
- Franklin, Q. & Prows, C. A. (2017). Developmental and genetic influences on child health promotion. In M. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's Essentials of pediatric nursing* (10th ed., pp. 114-151). Elsevier
- Lee, B. R., & Koo, H. Y. (2020). Needs for post-hospital education among parents of infants and toddlers with congenital heart disease. *Child Health Nursing Research*, 26(1), 107–120. <https://doi.org/10.4094/chnr.2020.26.1.107>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* – Volume I. OE.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia da República. *Diário da República. II Série* (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Resolução da Assembleia da República n.º 20/90 (1990). Aprova, para ratificação, a Convenção sobre os Direitos da Criança, assinada em Nova Iorque a 26 de janeiro de 1990. Assembleia da República. *Diário da República. I Série* (Nº 211 de 12-09-1990), 2-20. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-assembleia-republica/20-1990-222390>

Apêndice V – Síntese Reflexiva

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica**

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

Síntese Reflexiva

Rita de Noronha Beja Neves

**Lisboa
dezembro 2023**

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

Síntese Reflexiva

Rita de Noronha Beja Neves



Professor Orientador:
Professora Tânia A. de A. Martins de Almeida e Silva



Lisboa
dezembro 2023

Esta análise crítica e reflexiva surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP), e pretende retratar uma parte do percurso de desenvolvimento de competências enquanto mestranda em ESIP. Mais especificamente, tenciona estabelecer-se uma ponte entre o desenvolvimento de competências e a temática do projeto de estágio, focando a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

Esta segunda fase em contexto clínico engloba o estágio em unidades de cuidados diferenciados, nomeadamente em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Esta etapa foi realizada, mais precisamente, numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um Centro de Referência para Cardiopatias Congénitas, no qual se cuida de recém-nascidos (RN) submetidos a cirurgia cardíaca. O diagnóstico da generalidade destas crianças é súbito e inesperado, impondo o internamento imediato do RN numa unidade diferenciada, em muitos casos fora da área de residência, com consequente separação da criança e dos seus pais.

Consequentemente, é num contexto de cuidados intensivos que ocorrem os primeiros contactos mais próximos entre os pais e a criança. Neste meio, toda a família está sujeita a inúmeros stressores que transformam a hospitalização num acontecimento potencialmente traumático (Barreto et al., 2016; Sousa & Curado, 2021). Perante os stressores que emergem da hospitalização do RN, surgem nos pais sentimentos como sensação de culpa, angústia, vergonha, medo e tristeza, os quais resultam em elevados níveis de *stress* (Barreto et al., 2016; Sousa & Curado, 2021) e numa sensação de falha perante o que consideram dever ser o seu papel parental (Kegler et al., 2019; Sousa & Curado, 2021). Este facto poderá condicionar, não só, a aquisição de competências parentais, mas também a qualidade da relação afetiva estabelecida com a criança (Chifa et al., 2021; Medina et al., 2018; Shaw et al., 2009), derivado da interrupção abrupta do processo de vinculação ao seu filho (Kegler et al., 2019).

A evidência científica destaca uma estreita ligação entre o apego e a competência parental (Goulet et al., 1998). Mercer (2004), baseando-se nos estudos de Rubin sobre o desenvolvimento do apego e a formação de uma identidade maternal, descreve que a ligação que a mãe desenvolve com o seu filho favorece a sua motivação para alcançar a competência para cuidar do mesmo, garantindo a sua satisfação no desempenho do seu

papel. Assim, dados os desafios emocionais enfrentados pelos pais e RN durante o internamento numa UCIN emergem algumas questões: como é que o EEESIP pode desempenhar um papel transformador diante das complexas dinâmicas que surgem neste meio? De que forma será capaz de empoderar os pais e ao mesmo tempo promover estratégias eficazes para impulsionar a relação emocional com o seu filho? Estas questões conduziram-me a explorar o papel vital desempenhado pelo enfermeiro especialista (EE), como facilitador da construção de uma base emocional sólida entre o RN e a sua família.

Na análise do conceito de *attachment* entre os pais e a criança são descritos três atributos essenciais: a proximidade, a reciprocidade e o compromisso (Goulet et al., 1998). Manter a proximidade é uma característica do relacionamento entre pais e filhos. Segundo Bowlby (1969), como citado em Goulet et al (1998), os pais desenvolvem o sentimento de apego com o seu filho ainda antes do seu nascimento apenas por desejarem estar junto do mesmo; a experiência sensorial de tocar, pegar ao colo e manter um contacto visual prolongado, favorece a interação, o desenvolvimento do seu papel parental e de laços afetivos (Goulet et al., 1998).

Por seu lado, o processo de reciprocidade caracteriza a qualidade da interação: baseando-se nos sinais emitidos pela criança, os pais adaptam o seu comportamento com o objetivo de provocar uma reação positiva por parte da criança. Os pais que desenvolvem a sensibilidade para decodificar as pistas fornecidas pelos filhos, conseguem sincronizar-se com a sua criança e, assim, promover o desenvolvimento de um vínculo afetivo saudável e duradouro (Goulet et al, 1998).

Finalmente, o compromisso está relacionado com a natureza duradoura da relação de apego, envolvendo duas dimensões: a centralidade e a exploração do papel parental. A centralidade refere-se à forma como os pais colocam o filho no centro da sua vida e da vida da sua família, reconhecendo a sua responsabilidade pelo bem-estar, segurança, crescimento e desenvolvimento da criança. Por sua vez, a exploração do papel parental distingue a capacidade dos pais para encontrar o seu próprio caminho e integrarem a identidade parental em si mesmos. Compreende-se, assim, a importância destes atributos para a consolidação das competências parentais, o que resulta num crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança e no estabelecimento de um vínculo afetivo seguro e duradouro (Goulet et al., 1998).

Por conseguinte, as intervenções do enfermeiro devem ter, sempre, presentes os atributos descritos anteriormente, assim como devem estabelecer-se não só na interação entre os pais e o RN, assim como entre estes e a equipa de enfermagem (Querido et al., 2022), baseando-se no estabelecimento de uma relação de parceria que favoreça o envolvimento dos pais nos cuidados ao seu filho.

Ao longo do estágio ficou patente que favorecer a proximidade, entre os pais e o RN após cirurgia cardíaca, pode ser difícil no contexto de uma UCI. Este fator não advém apenas da instabilidade da situação de saúde da criança, que impede a mãe de amamentar ou os pais de segurarem o filho no colo, mas também pela aparência do RN, pelas próprias rotinas e procedimentos do serviço, assim como pelo facto de alguns pais tenderem a afastar-se dos cuidados ao RN (Skene et al., 2012), ao viverem uma constante incerteza no futuro, particularmente entre a dúvida na sobrevivência da criança e a possibilidade da morte desta ocorrer (Carvalho et al., 2022). Procurando contornar esta dificuldade, o enfermeiro pode envolver a família em atividades mais simples, nomeadamente através da participação nos cuidados básicos ou na massagem ao RN (Altimier & Phillips, 2013). A experiência tátil tem um efeito de reforçar o estabelecimento do vínculo da díade familiar e, em simultâneo, reduzir o *stress* e ansiedade dos pais (Medina et al., 2018). Em suma, à medida que os pais são, aos poucos, envolvidos nos cuidados, promovendo o conforto do RN, reconhecem que a sua presença é importante, permanecendo, assim, mais tempo em contacto próximo com o seu filho, estimulando este antecedente fundamental do processo de vinculação – a proximidade (Skene et al., 2012).

Numa UCI, estabelecer a reciprocidade entre pais e filho é, igualmente, um desafio: para além do impacto da aparência do RN, os pais revelam dificuldade em interpretar os sinais do seu filho, enquanto a criança criticamente doente, dificilmente exhibe comportamentos em resposta à interação dos pais. Simultaneamente, nos primeiros dias de internamento, o principal foco dos pais detém-se sobre o equipamento que rodeia o seu filho, procurando informações que os alertem para o surgimento de algum problema ou que garantam que o estado de saúde da criança esteja a evoluir favoravelmente (Skene et al., 2012). À medida que os pais se adaptam ao ambiente tecnológico da UCI e a aparência do RN evolui positivamente, o seu foco passa para a criança. O enfermeiro deve permanecer atento a esta abertura, ensinando-os a interpretar os comportamentos e

sinais do seu filho em situações de desconforto e a compreender de que forma o podem confortar; as respostas do filho, que se acalma ao som da voz ou do toque do pai e da mãe, funcionam como importantes estímulos para que esta aprendizagem se sistematize, aumentam a motivação dos pais para cuidar do filho e, acima de tudo, fomentam o processo de vinculação (Altimier & Phillips, 2013; Skene et al., 2012).

O envolvimento dos pais no cuidado ao RN é preponderante para que se estabeleça o compromisso. Ao estarem presentes ao longo do internamento, os pais colocam a criança no centro da vida da família, mas necessitam, também, de explorar o seu papel parental para garantir o estabelecimento da sua identidade enquanto pais (Goulet et al., 1998; Institute for Patient and Family Centered Care, s.d.). Todas as medidas anteriormente mencionadas estimulam o desenvolvimento desse compromisso. Assim, à medida que a situação de saúde da criança evolui para uma situação de maior estabilidade evolui também a participação dos pais nos cuidados, pelo que estes se sentem mais motivados a permanecer mais tempo junto ao RN, assim como mais envolvidos e motivados em participar nos cuidados de rotina, o que tem um impacto muito significativo na sensação de conexão com a criança (Querido et al., 2022).

Estabelece-se aqui outro âmbito da intervenção do enfermeiro: a interação entre os pais e equipa de enfermagem. O processo de envolvimento dos pais nos cuidados ao RN é fomentado por uma interação positiva entre estes e a equipa de enfermagem, o que apenas é possível quando é incentivada uma comunicação aberta entre todos (Querido et al., 2022). A comunicação envolve, entre outros, a informação aos pais relativamente ao estado do seu filho; esta informação cria suporte e orientação, para além de favorecer a confiança dos pais na equipa, ao transmitir a expectativa que o seu filho está seguro e a ser bem cuidado (Fraser, 2017; Querido et al., 2022). Neste sentido, a comunicação deve ser simples e a linguagem técnica deve ser evitada; as informações devem ser prestadas a um ritmo que possam ser assimiladas corretamente, assim como criado espaço para os pais colocarem questões e esclarecerem as suas dúvidas (Fraser, 2017).

Não menos importante, a interação entre os pais e os enfermeiros deve garantir que é prestado apoio emocional à família. O enfermeiro, sendo conhecedor das necessidades dos pais, antecipa perguntas e dúvidas que, por diversas vezes, os pais têm receio em colocar (Fraser, 2017; Querido et al., 2022). Ao prestar apoio emocional aos pais, através da escuta ativa, com empatia, estabelecendo uma boa comunicação, sem fazer

juizamentos, diminui-se o *stress* vivenciado pelos pais e aumenta-se a qualidade da relação que estabelecem com a equipa de enfermagem, o que exerce impacto significativo no processo de vinculação ao seu filho. Estimula-se, assim, o compromisso e a responsabilidade dos pais (Querido et al., 2022; Skene et al., 2012).

Para que estes antecedentes se reflitam nas intervenções de enfermagem, será profícuo estabelecer o modelo do enfermeiro de referência: comunicar de forma consistente com o mesmo grupo de enfermeiros, não só diminui a discrepância entre as informações prestadas, como favorece o estabelecimento de uma relação de confiança com a equipa; dado que os pais dificilmente conseguem permanecer 24 horas junto dos filhos, sentem-se, desta forma, mais tranquilizados ao reconhecerem que os seus filhos são cuidados por uma equipa competente e disponível (Fraser, 2017).

A gestão das emoções dos pais e a transformação da experiência da hospitalização é sustentada na teoria do cuidado humano de Jean Watson. Segundo Watson (2002, 2018), cuidar, em enfermagem, implica que o enfermeiro atente à dimensão afetiva e espiritual daqueles de quem cuida; implica um encontro entre o enfermeiro e o cliente, baseado em empatia, compaixão, amor e respeito mútuo. Consequentemente, requer que o enfermeiro esteja atento às necessidades emocionais, para além das necessidades físicas, estabelecendo um relacionamento humano, pessoal e autêntico com o outro e, assim, contribuindo para uma prática de enfermagem humanizada (Watson, 2002, 2018).

Ao longo desta análise crítica e reflexiva ficou claro que o EEESIP, procurando garantir a maximização e o bem-estar da criança, deve enquadrar o seu exercício numa filosofia de cuidado centrado na família, garantindo o seu envolvimento, participação e capacitação para cuidar da criança (Regulamento n.º 351/2015). Tendo em conta as exigências desenvolvimentais contempladas após o nascimento, deve procurar promover, de forma sistemática, a vinculação, nomeadamente no contexto descrito, onde se cuida de RN com necessidades especiais de saúde. Neste sentido, deve avaliar o desenvolvimento da parentalidade, negociando o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN, estimulando o contacto físico entre estes e a criança, nomeadamente através da amamentação, e promovendo, sempre que possível, o seu comportamento interativo (Regulamento n.º 422/2018).

O papel do EEESIP deve, ainda, distinguir-se pelo desenvolvimento de competências relacionais, para além de técnicas, por forma a cuidar globalmente da

criança e família nos processos de saúde/doença. Por conseguinte, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados destacada nas competências comuns do EE, este deve procurar estabelecer uma relação empática, visando minimizar o impacto dos stressores associados à hospitalização, através da comunicação expressiva das emoções (Regulamento n.º 351/2015). Em suma, a intervenção do enfermeiro na UCIN não se trata, apenas, de monitorizar indicadores clínicos, mas de cultivar uma abordagem holística que reconheça e aborde as necessidades emocionais da família, visando fortalecer os laços fundamentais de afeto e segurança para o RN.

Referências Bibliográficas

- Ainsworth, M. D. S. (1985). Patterns of infant-mother attachments: Antecedents and effects on development. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61(9), 771–791. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1911899/>
- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9–22. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>
- Barreto, T. S. M., Sakamoto, V. T. M., Magagnin, J. S., Coelho, D. F., Waterkemper, R., & Canabarro, S. T. (2016). Experience of parents of children with congenital heart disease: feelings and obstacles. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 17(1), 128–136. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100017>
- Carvalho, M. S., Duarte, T., & Charepe, Z. (2022). Promover a esperança perante um diagnóstico de cardiopatia congênita: Reflexão sobre as vivências dos pais. *Cadernos de Saúde*, 14(1), 51–57. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2022.10195>
- Chifa, M., Hadar, T., Politimou, N., Reynolds, G., & Franco, F. (2021). The soundscape of neonatal intensive care: A mixed-methods study of the parents' experience. *Children*, 8(644), 1–24. <https://doi.org/10.3390/children8080644>
- Fraser, D. (2017). Health problems of newborns. In M. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's Essentials of pediatric nursing* (10th ed., pp. 463-585). Elsevier
- Goulet, C., Bell, L., Tribble, D. S. C., Paul, D., & Lang, A. (1998). A concept analysis of parent-infant attachment. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 1071–1081. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00815.x>

Guedeney, N. (2002). Conceitos-chave da teoria da vinculação. In Guedeney, N. & Guedeney, A. (Eds.), *Vinculação: Conceitos e aplicações* (1ª ed., pp. 33-43). Climepsi.

Institute for Patient and Family-Centered Care. (s.d.). *Patient and family-centered care*.
<https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>

Kegler, J. J., Neves, E. T., Silva, A. M., Jantsch, L. B., Bertoldo, C. da S., & Silva, J. H. (2019). Stress in parents of newborns in a neonatal intensive care unit. *Escola Anna Nery*, 23(1), 1-6. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0178>

Medina, I. M. F., Granero-Molina, J., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J. M., Camacho Ávila, M., & López Rodríguez, M. del M. (2018). Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers. *Women and Birth*, 31(4), 325-330. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.11.008>

Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>

Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Caldeira, S., & Nunes, E. (2022). Nursing interventions concerning the bonding of hospitalized newborns – Scoping review. *Enfermeria Global*, 21(2), 625-637. <https://doi.org/10.6018/eglobal.479291>

Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Assembleia da República. *Diário da República. II Série* (N.º 119 de 22-6-2015), 16660-16665. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/351-2015-67552235>

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia da República. *Diário da República. II Série* (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

- Shaw, R. J., Bernard, R. S., Deblois, T., Ikuta, L. M., Ginzburg, K., & Koopman, C. (2009). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in the neonatal intensive care unit. *Psychosomatics*, 50(2), 131–137. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.2.131>
- Skene, C., Franck, L., Curtis, P., & Gerrish, K. (2012). Parental involvement in neonatal comfort care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 41(6), 786–797. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01393.x>
- Sousa, F. P., & Curado, M. A. S. (2021). Parental stress scale in the neonatology unit: Statistical validation for the portuguese population. *Enfermeria Global*, 20(64), 403–414. <https://doi.org/10.6018/eglobal.459491>
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Lusociência.
- Watson, J. (2018). *Unitary caring science: the philosophy and praxis of nursing*. University Press of Colorado.

Apêndice VI – Folheto informativo ‘Bem estar parental: Como gerir o *stress* no primeiro ano de vida’

Estratégias redutoras do stress parental

Promover a vinculação com o seu bebé!

Quando os laços afetivos entre pais e filhos são estabelecidos numa relação que transmite confiança e segurança, as crianças tornam-se mais seguras, com maior autoestima e saúde psicológica, maior capacidade para estabelecerem relações positivas com os outros e maior sucesso escolar.

Atividades promotoras da vinculação

- Contacto pele-a-pele
- Embalar suavemente o bebé
 - Falar para o bebé
- Cantar e dançar com o bebé
 - Massagem corporal
 - Ler histórias
 - Brincar

Para muitas
pessoas, pedir
ajuda pode
parecer um sinal
de fraqueza, mas
não o é!

Se for difícil encontrar equilíbrio
na sua vida familiar, não hesite
em contactar o seu médico ou
enfermeiro de família.

Na **estamos sempre**
disponíveis para ajudar!

Quando o stress está sob
controlo, os pais são
mais capazes de lidar
com os desafios da vida
familiar. Isso ajuda os
seus filhos a crescer,
desenvolver-se e
prosperar!

Elaboração
Enf.ª Rita Beja Neves – Mestranda em ESIP na ESEL
junho 2023



SCAN ME

Links úteis

- Ordem dos Psicólogos: <https://eusinto.me/>
- Raising Children Network: <https://raisingchildren.net.au/>
- UNICEF: <https://www.unicef.org/parenting/>



Bem-estar parental

Como gerir o stress no
primeiro ano de vida

O que é o stress parental?

Sentir stress acontece com todos os pais e pode até ser útil no dia-a-dia já que nos ajuda a focar nas situações e a ser mais produtivos.

No entanto, o stress pode tornar-se um problema, sobretudo quando os pais se sentem tão desgastados que perdem a sensação de controlo e deixam de conseguir lidar com as exigências do dia-a-dia. Esteja atento aos sinais!

Sinais de Alarme

- Sensação persistente de irritação, ansiedade e falta de controlo
- Deixar de sentir prazer em fazer as coisas que se gosta
- Dificuldade em tomar decisões
- Dificuldade em dormir
- Falta de energia
- Sensação persistente que não se é um bom pai/mãe

Conheça o seu nível de stress parental!

Preencha a checklist disponível em:

https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/checklist_stresse_parental.pdf



SCAN ME

Reconhecer estes sinais é o primeiro passo para o autocuidado!

Que impacto poderá ter o stress no meu filho?

O stress parental pode ter um impacto importante no crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança!

Podem surgir problemas de ordem física, emocional e comportamental.

Estratégias redutoras do stress parental

Cuidar de SI!

Reservar tempo para cuidar de si não deve ser visto como um ato egoísta, mas sim essencial para que se sintam bem e disponíveis para cuidar da sua família.

Passos para o autocuidado

- Reserve tempo no seu dia para se dedicar a uma atividade que gosta
- Esteja atento aos seus sentimentos e partilhe-os com familiares e amigos
- Procure escolhas saudáveis: alimente-se bem, faça exercício físico e mantenha bons hábitos de sono

Estabelecer uma rotina

Rotinas regulares e consistentes podem aumentar a sua confiança e são muito úteis no dia-a-dia de pais e filhos!

Ajudam a sua família a realizar as tarefas diárias com mais eficiência, libertando tempo para outras coisas importantes – como cuidar de si!

Os pais sentem-se, assim, mais organizados, aumentando a sensação de controlo e reduzindo o stress. Por seu lado, as crianças sentem-se seguras, protegidas e cuidadas. E não se esqueça: as rotinas crescem com a criança!



Apêndice VII – Destacável informativo sobre cardiopatia congênita

Apêndice VII – Destacável informativo sobre cardiopatia congénita

O meu filho nasceu com uma cardiopatia congénita.

E agora?

O que é a Cardiopatia Congénita?

A Cardiopatia Congénita (CC) é uma malformação que ocorre no coração ou nos vasos sanguíneos que lhe são próximos, antes do nascimento.

São conhecidas uma grande variedade de malformações para as quais existem diversas alternativas eficazes de tratamento.

Para mais informação pode consultar o site:

<https://www.heart.org/en/health-topics/congenital-heart-defects>



SCAN ME



A que sinais devo estar atento?

- Cianose mais intensa
- Palidez acentuada
- Alteração do padrão respiratório habitual
- Recusa alimentar
- Náuseas e vômitos
- Gemido

Como estimular o crescimento e desenvolvimento saudáveis do meu filho?

Alimentação

A criança com CC beneficia do leite materno. É natural que a criança se canse com mais facilidade, pelo que as pausas para respirar podem ser mais prolongadas e as mamadas mais curtas e, por isso, mais frequentes.

A diversificação alimentar pode ser feita sem restrições, salvo indicação médica em contrário.



Atividade Física

Não limite as experiências do seu filho! Limitar a atividade física da criança pode levar a atrasos no seu desenvolvimento. As brincadeiras podem, e devem, envolver atividade física, já que, como qualquer criança, podem desenvolver excesso de peso e obesidade. Verá que o seu filho sentirá os seus limites e aprenderá a gerir o esforço!



SCAN ME

Elaboração
Enf.ª Rita Beja Neves – Mestrando em ESEL na ESEL

junho 2023

Apêndice VIII – Relatório síntese de reunião: Apresentação de Folheto

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica**

Unidade Curricular Estágio

**Relatório Síntese de Reunião:
Apresentação de Folheto**

Rita de Noronha Beja Neves

**Lisboa
junho 2023**

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica**

Unidade Curricular Estágio

**Relatório Síntese de Reunião:
Apresentação de Folheto**

Rita de Noronha Beja Neves

—

Professor Orientador:
Professora Tânia A. de A. Martins de Almeida e Silva

—

**Lisboa
junho 2023**

Nota Introdutória

Enquanto mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pretende-se não só o desenvolvimento de competências específicas enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), mas, também, o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE).

Tendo presente o Regulamento de Competências Comuns do EE, analisaram-se as estratégias de melhoria contínua implementadas na unidade, por forma a identificar áreas com necessidade de melhoria. Tratando-se de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) certificada pelo Departamento de Qualidade em Saúde da Direção-Geral da Saúde, estão já elaborados diversos procedimentos de gestão de cuidados. Interligando a temática do meu projeto de estágio com a prática dos enfermeiros da unidade, destacou-se o interesse da equipa na temática do bem-estar parental, decisivo para garantir o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança. Neste sentido, sendo responsabilidade do EE otimizar o trabalho em equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados, definiu-se como atividade de estágio a elaboração de um folheto informativo, a ser utilizado futuramente, no âmbito da prestação de cuidados à criança e família.

Esta atividade foi realizada em colaboração com a EEESIP da USF efetuando-se, posteriormente, uma reunião de apresentação do folheto à equipa de enfermagem com o intuito de obter os contributos de todos os elementos para a construção deste recurso. Neste documento apresenta-se o relatório síntese da reunião desenvolvida neste contexto de estágio.

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Relatório Síntese

Data: 20/06/2023 | 14h00

Participantes: Equipa de Enfermagem

Agenda

- 1 – Breve contextualização do projeto de estágio elaborado pela mestranda, destacando a problemática e enquadramento teórico-conceitual
- 2 – Apresentação do folheto elaborado pela mestranda em parceria com a Enf.^a Orientadora
- 3 – Feedback e sugestões de melhoria da equipa

Na reunião estiveram presentes:

- Enf.^a Coordenadora (EE em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica);
- 4 Enfermeiros Especialistas (2 EE em Enfermagem Comunitária, 1 EE em Enfermagem de Reabilitação, 1 EEESIP);
- 2 Enfermeiros Generalistas;
- Enf.^a Rita Beja Neves – Mestranda em ESIP pela ESEL.

A apresentação iniciou-se com uma breve contextualização da temática – Intervenção do enfermeiro na redução do *stress* em pais de crianças com cardiopatia congénita no 1º ano de vida – pela mestranda, tendo por base o Projeto de Estágio previamente desenvolvido e adaptado à realidade encontrada.

Ficou patente que, na perspetiva da mestranda, o objetivo da construção deste instrumento deveria contribuir para o processo de melhoria contínua dos cuidados prestados na unidade. Nesse sentido, explicou-se a adaptação efetuada ao projeto inicial para ir ao encontro das reais necessidades:

- Construção de um folheto com estratégias redutoras do *stress* parental no 1º ano de vida;
- Construção de um destacável com as principais necessidades educativas dos pais de crianças com cardiopatia congénita (CC).

Alguns elementos salientaram como a abordagem aos pais e suas dificuldades é uma temática relevante e prioritária, considerando muito útil a construção deste instrumento.

Seguiu-se a distribuição do folheto pelos presentes e leitura comentada do mesmo.

Posteriormente, procedeu-se à leitura do destacável sobre CC e respetiva fundamentação dos pormenores destacados, com base na literatura disponível, dada a impossibilidade de identificar pais de crianças com CC pertencentes à área de abrangência da USF que pudessem contribuir com as suas experiências.

Após esta apresentação, teve lugar o *feedback* por parte dos restantes elementos presentes. Foi destacado o *layout* do folheto, o qual a equipa considerou muito atrativo.

Salientam-se, de seguida, as sugestões de melhoria:

1 – Folheto ‘Bem-estar parental’:

- Secção 3 e 5: ajustar o título;
- Secção 5: destacar ‘Contacto pele-a-pele’, colocando em primeiro lugar;
- Secções 2 e 5: trocar imagens para uma posição inferior ao texto, por forma a destacá-lo;
- Alterar ordem das secções, iniciando a leitura do folheto no seu interior.

2 – Destacável sobre CC:

- Simplificar linguagem;
- Secção 1: substituir o segundo subtítulo por – ‘A que sinais devo estar atento?’.

No final da reunião ficou acordado que, após as alterações, o folheto será apresentado pela Enf.^a Orientadora na próxima reunião mensal do Concelho Técnico, a qual terá lugar no mês de julho, já após o término do estágio na USF, com vista à sua aprovação para implementação.

A mestranda disponibilizou-se para ajudar a efetuar as alterações consideradas necessárias pelo Concelho Técnico, caso existam, previamente à sua implementação.

Nada mais havendo a acrescentar, deu-se por encerrada a reunião.

Apêndice IX – Sessão de Sensibilização 'SOS Stress Parental: Um modelo de abordagem
pelo enfermeiro na urgência pediátrica'

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica**

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

**SOS Stress Parental:
Um modelo de abordagem pelo enfermeiro na
urgência pediátrica**

Rita de Noronha Beja Neves

**Lisboa
outubro 2023**

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica**

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

**SOS Stress Parental:
Um modelo de abordagem pelo enfermeiro na
urgência pediátrica**

Rita de Noronha Beja Neves



Professor Orientador:
Professora Tânia A. de A. Martins de Almeida e Silva



**Lisboa
outubro 2023**

Índice

Nota Introdutória

- 1. Plano de Sessão**
- 2. Divulgação da Sessão**
- 3. Diapositivos da Sessão**
- 4. Avaliação da Sessão**
 - 4.1. Formulário de avaliação da sessão
 - 4.2. Resultados

Referências Bibliográficas

Nota Introdutória

No decurso do estágio em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), foi efetuado um levantamento das necessidades formativas da equipa de enfermagem através de entrevistas junto da Enf.^a Gestora do Serviço, Enf.^a Orientadora e Enf. Responsável pela Formação em Serviço. Foi consensual a necessidade de capacitar os enfermeiros para a abordagem ao *stress* parental relacionado com a admissão no serviço de urgência e consequente necessidade de hospitalização da criança.

Nesse sentido, foi promovida uma sessão de sensibilização intitulada “SOS Stress Parental: Um modelo de abordagem pelo enfermeiro na urgência pediátrica”, a qual foi divulgada à equipa e dinamizada através da plataforma *Teams* da *Microsoft*.

Desta forma, cumpre-se o desenvolvimento de competências enquanto EE ao assumir um papel interventivo no desenvolvimento das aprendizagens profissionais da equipa.

Este documento sintetiza todas as fases desta atividade, desde a divulgação, com a elaboração de um cartaz afixado no serviço, à preparação da sessão, com a composição de um plano de sessão e de diapositivos de suporte à mesma, à avaliação da sessão, através de formulário de avaliação, apresentando-se os respetivos resultados. As normas de referenciação utilizadas seguem as normas APA 7.^a edição.

1. Plano de Sessão

TEMA	SOS Stress Parental: Um modelo de abordagem pelo enfermeiro na urgência pediátrica				
DINAMIZADOR(ES)	Rita de Noronha Beja Neves	DATA	30/10/2023	DURAÇÃO	1 hora
PÚBLICO-ALVO	Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica				
OBJETIVOS	• Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da abordagem ao trauma da família, associado à prestação de cuidados de saúde no serviço de urgência pediátrica • Identificar um modelo de abordagem ao trauma da família • Aplicar o modelo da abordagem ao trauma na prestação de cuidados à criança e família que recorrem ao serviço de urgência pediátrica				
SUMÁRIO	• Trauma associado aos cuidados de saúde • <i>Stress</i> parental: causas e consequências • Cuidado Centrado na Família – Estratégia de qualidade em saúde • Abordagem não traumática: modelo D-E-F • Caso prático				
ATIVIDADES	• Reflexão conjunta com base num caso prático				

MOMENTO	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS MÉTODOS	RECURSOS DIDÁTICOS	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	• Apresentação e fundamentação da temática • Comunicação dos objetivos da sessão • Apresentação do plano de trabalho para a sessão	Método Expositivo Técnica de Exposição	- Computador Tablet	3 minutos
DESENVOLVIMENTO	• Trauma - Definição - Manifestações - Evidência científica • <i>Stress/Stress</i> parental: - Principais stressores - Consequências • Cuidado Centrado na Família: - Definição - Principais dificuldades no SUP - Estratégia de qualidade • Modelo D-E-F	Método Expositivo Técnica de Exposição Método Interrogativo Formulação de questões	- Computador Tablet	25 minutos
	• Caso prático	Método Interrogativo Formulação de questões Método Ativo Técnica de Discussão	- Computador Tablet	25 minutos

MOMENTO	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS MÉTODOS	RECURSOS DIDÁTICOS	DURAÇÃO
CONCLUSÃO	• Síntese dos conteúdos • Esclarecimento de dúvidas	Método Expositivo Técnica de Exposição Método Ativo Técnica de Discussão	- Computador Tablet	7 minutos

2. Divulgação da Sessão



30
OUTUBRO
10H

SOS
STRESS PARENTAL
UM MODELO DE
ABORDAGEM PELO
ENFERMEIRO NA
URGÊNCIA PEDIÁTRICA




SCAN ME

SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO

Sumário

- O que é o stress parental? - Causas e consequências
- CCF: estratégia de qualidade na saúde
- Gestão do stress parental na urgência pediátrica: depois do ABC, vem o DEF...

JUNTE-SE NO TEAMS

Dinamizadora: Enf.ª Rita Neves - Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na ESEL
Enf.ª Orientadora: 
Prof.ª Orientadora: Prof.ª Tânia Almeida

3. Diapositivos da Sessão

SOS STRESS PARENTAL

Um modelo de abordagem pelo
enfermeiro na urgência
pediátrica



Rita Neves – Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na ESEL
r.neves@campus.esel.pt

Enf.ª Orientadora – [Redacted]
Prof.ª Orientadora – Prof.ª Tânia Almeida



SUMÁRIO

- Trauma associado aos cuidados de saúde
- Stress parental – causas e consequências
- Cuidado Centrado na Família – estratégia de qualidade em saúde
- Abordagem não traumática: modelo D-E-F
- Caso prático

2





TRAUMA

Conjunto de respostas psicológicas e fisiológicas à dor, lesão, procedimentos invasivos e outras experiências assustadoras, experienciadas durante a prestação de cuidados de saúde

(Center for Health Care Strategies, 2021)

Uma das experiências mais traumáticas é a admissão no serviço de urgência

(Merck & McElfresh, 2017)

Mesmo necessitando apenas de tratamento em ambulatório, a criança e família são expostas a um ambiente estranho e assustador

(Merck & McElfresh, 2017)



TRAUMA

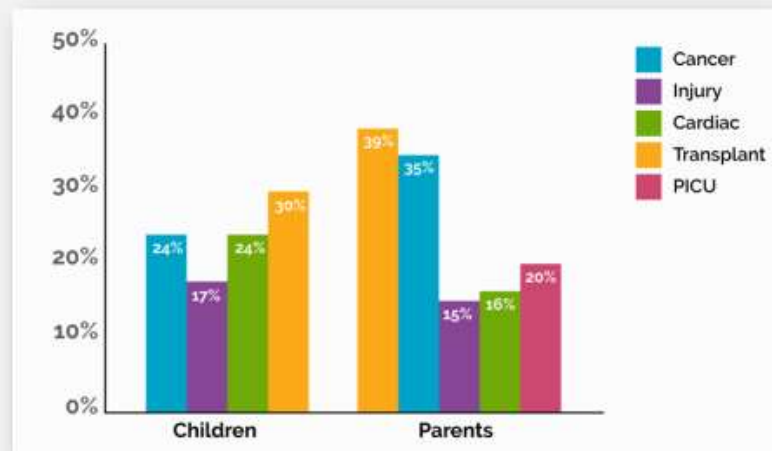
Manifestações traumáticas

Podem surgir ao longo de todo o processo de cuidado

Podem afetar qualquer elemento da família

(Center for Pediatric Traumatic Stress, 2021)

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA



(Center for Pediatric Traumatic Stress, 2021)

STRESS



Stress: reação desencadeada pelo organismo que afetam a sua capacidade para manter o equilíbrio.

(Gelye citado em Figueiras e Hipert, 1999)

O stress surge quando uma situação (pessoalmente significativa) é avaliada como desgastante, e cujas exigências excedem os recursos da pessoa para a enfrentar.

(Folkman, 2010)

Vários fatores influenciam a resposta adaptativa ao stress: experiências passadas, crenças, fatores pessoais, carácter de novidade, intensidade, previsibilidade dos acontecimentos.

(Rodrigues citado em Figueiras e Hipert, 1999)

STRESS PARENTAL

"Stress experimentado por um adulto no desempenho da sua função parental"

(Mizão et al., 2010, p. 190)



Reação psicológica adversa que surge perante as exigências de ser pai ou mãe e que induz sentimentos negativos nos pais, sobre si próprios e a criança

(Crnic & Low, 2002)

7



STRESSORES

PAIS

- Aparência da criança
- Separação da criança
- Perda de controlo
- Alteração do papel parental
- Comunicação deficiente

CRIANÇAS

- Separação dos pais
- Perda de controlo
- Lesão corporal
- Dor

(Merck & McElfresh, 2017)

8



CONSEQUÊNCIAS

PAIS

Relacionamento com a criança
Relacionamento do casal
Alteração no desenvolvimento de competências parentais
TSPT

(Caughlin, 2017; Souza & Curado, 2021)

CRIANÇAS

Limitada exposição a novas experiências
Dificuldade em estabelecer relações com os outros
Frac capacidade de autocontrole
Frac desempenho cognitivo
Atraso no desenvolvimento da linguagem

(Shaw, et al., 2006; Garthus-Niegel, et al., 2016; Turpin, et al., 2019)

TRAUMA-INFORMED CARE

PORQUÊ ABORDAR O TRAUMA?

- Reduz o impacto assustador relacionado com os procedimentos clínicos
- Ajuda as crianças e famílias a lidarem com as reações emocionais perante a doença

COMO ABORDAR O TRAUMA?

- Minimizar todos os aspetos traumáticos relacionados com o processo de cuidados
- Providenciar informação e suporte
- Identificar aqueles que estão em maior risco

CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA

O cuidado centrado na família (CCF) consiste na abordagem, planeamento e avaliação dos cuidados de saúde que se baseiam num relacionamento mútuo e numa parceria benéfica entre a criança, a família e os profissionais de saúde

Aplica-se a famílias com crianças de todas as idades, podendo ser praticado em todos os contextos de saúde

CCF significa trabalhar *com* os pacientes e suas famílias, em vez de fazer *para* ou *por*

(Dudley et al., 2013; Institute for Patient and Family-Centered Care, s.d.)

CCF NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

DIFICULDADES

- Sobrelotação
- Contexto desconhecido
- Evento repentino e inesperado

PARTICULARIDADES

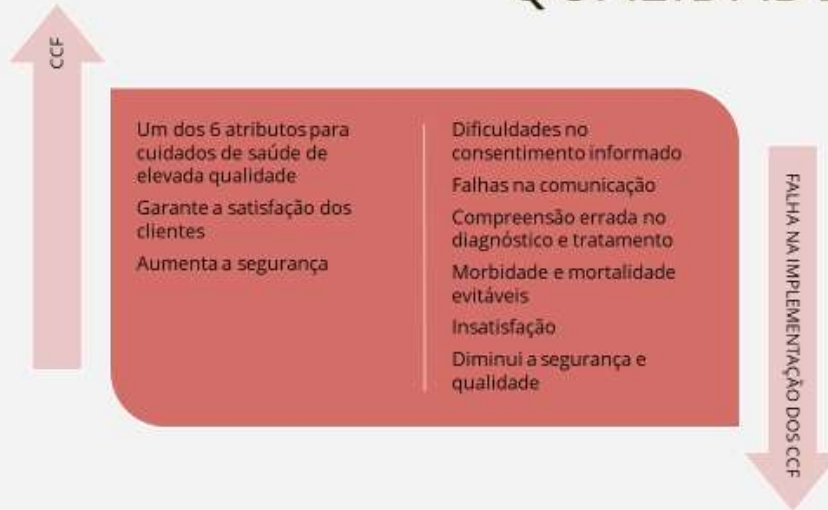
- Chegada sem acompanhante ao SUP
- Crianças vítimas de abuso/violência por elementos da família
- Procedimentos invasivos
- Reanimação

FAMÍLIA

- Dificuldade em lidar com vários profissionais a cuidar da criança em simultâneo
- Não reconhecer o seu papel enquanto parceiros no cuidado à criança
- Diferenças culturais
- Dificuldade na comunicação

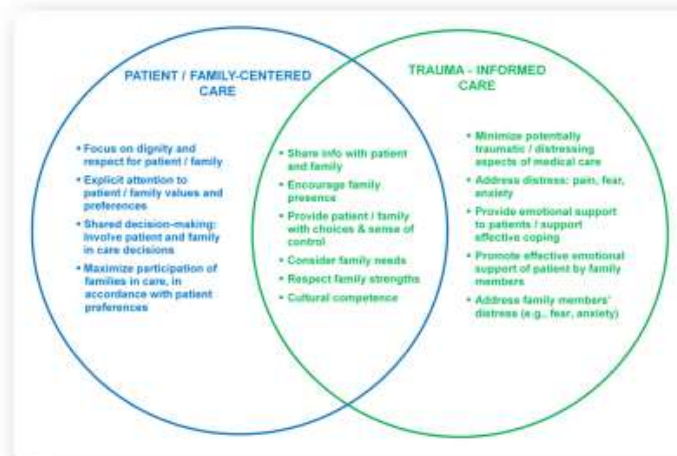
(Dudley et al., 2013)

CCF – ESTRATÉGIA DE QUALIDADE



(Dudley et al., 2013)

13



(Center for Pediatric Traumatic Stress, 2021)

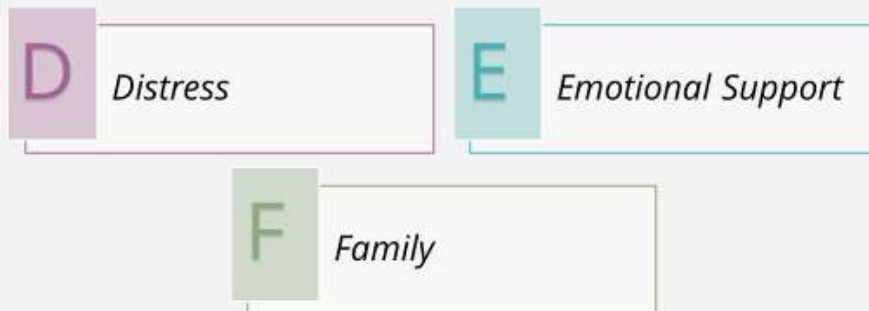
FAMILY-CENTERED AND TRAUMA-INFORMED CARE

14



MODELO D-E-F

Depois do A-B-C, considerar o D-E-F



MODELO D-E-F

D - Distress

- Providenciar à criança o maior controlo possível da situação
- Providenciar informação simples e correta
- Avaliar e garantir o controlo da dor
- Promover esperança realista

MODELO D-E-F

E – *Emotional Support*

- Escutar os pais e encorajar a sua presença
- Envolver os pais na prestação de cuidados
- Encorajar os pais e crianças a envolverem-se em atividades habituais

Depois do A-B-C, considerar o D-E-F

17

(Center for Pediatric Traumatic Stress, 2021)



MODELO D-E-F

F - *Family*

- Promover o autocuidado
- Avaliar o sofrimento dos pais e dos irmãos
- Atender a outras necessidades

Depois do A-B-C, considerar o D-E-F

18

(Center for Pediatric Traumatic Stress, 2021)



CASO PRÁTICO

Os pais da Maria (RN com 27 dias de vida) decidiram recorrer ao SUP porque estão preocupados com a sua filha. O casal tem outro filho, o Miguel, com 9 anos, que ficou com os avós maternos, enquanto os pais levavam a pequena Maria para ser observada.

A Maria iniciou quadro febril há 1 dia. Nessa manhã, recusa mamar e quando o faz fica muito cansada e com gemido.

À chegada ao SUP a Maria apresenta-se febril, com tiragem global e saturação periférica de 91%. A equipa observa a Maria e solicita exames complementares de diagnóstico.

CASO PRÁTICO

Após os exames, a equipa explica aos pais que a Maria apresenta uma bronquiolite grave, com necessidade de internamento. Os pais sentem-se ansiosos, pois pensaram que a Maria poderia estar só constipada como o irmão.

A mãe da Maria chora, ansiosa, porque a filha não quer comer e precisa de um tubo para ser alimentada. Mal consegue ouvir as explicações dos médicos e enfermeiros. O pai mantém-se muito tranquilo e tenta consolar a mãe e prestar todas as informações que os profissionais necessitam.

Os pais telefonam aos avós e contam o que passa. Quando dão a notícia ao irmão ele fica desolado e recusa-se a conversar mais sobre o assunto.

ABORDAGEM

ADMISSÃO

- Providenciar explicações simples sobre o que está a acontecer (e o que vai acontecer)

DIAGNÓSTICO E PLANO DE TRATAMENTO

- Reconhecer reações comuns ao trauma
- Reconhecer famílias em risco
- Abordar medos e preocupações
- Providenciar explicações simples

(Center for Pediatric Traumatic Stress, 2021)

21



CASO PRÁTICO

A Maria fica internada numa UCEP, acompanhada pela mãe. O pai vai a casa estar com o Miguel, mas volta todos os dias para estar com a esposa e a filha. Os avós trazem o Miguel ao hospital para ver a mãe.

O RN fica em VNI, na modalidade CPAP nasal. Faz LM por sonda nasogástrica. A mãe não está habituada a fazer extração do leite por bomba.

A equipa de enfermagem colhe sangue para análises e coloca um CVP na mão da Maria. O procedimento é difícil e o RN fica pálido, cianosado, agitado e chora descontroladamente. A mãe fica muito assustada com o que se está a passar.

22



ABORDAGEM

ADAPTAÇÃO À HOSPITALIZAÇÃO

- Providenciar explicações simples
- Ajudar a família a estabelecer rotinas diárias
- Identificar pontos fortes e recursos da família
- Fornecer estratégias aos pais para lidar com o sofrimento dos irmãos
- Encaminhar para recursos de suporte

LIDAR COM OS PROCEDIMENTOS DOLOROSOS, EFEITOS EMOCIONAIS E RETROCESSOS NO TRATAMENTO

- Reconhecer reações comuns aos tratamentos dolorosos
- Combinar intervenções farmacológicas e não farmacológicas para alívio e controlo da dor
- Envolver equipa multidisciplinar
- Estimular a família a procurar apoio de amigos e familiares

(Center for Pediatric Traumatic Stress, 2021)

23



ABORDAGEM

PLANO PARA ALTA

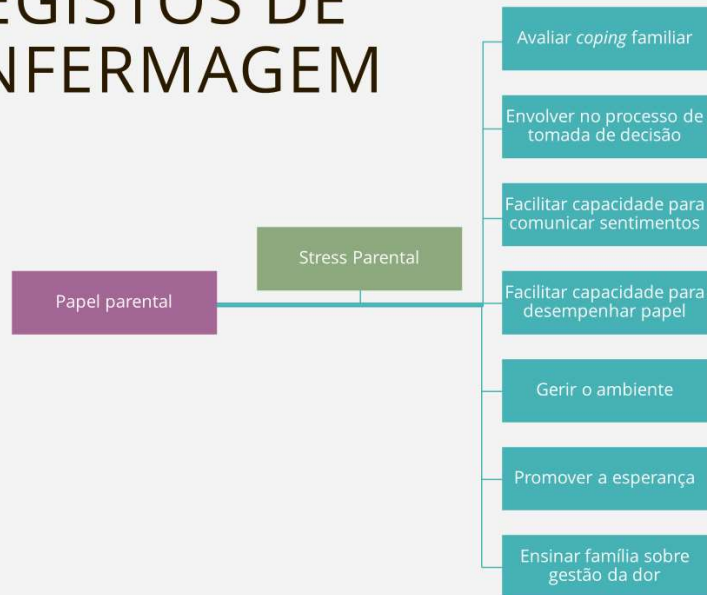
- Antecipar desafios no regresso a casa
- Referenciar a família para recursos da comunidade
- Referenciar pais e crianças de risco

(Center for Pediatric Traumatic Stress, 2021)

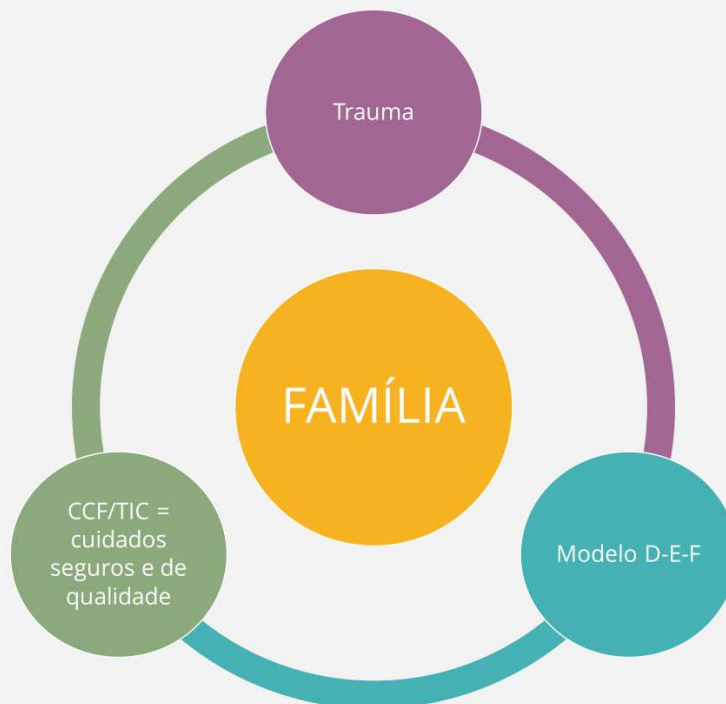
24



REGISTOS DE ENFERMAGEM



(ICN, 2019)



REFERÊNCIAS

- Center for Health Care Strategies. (2021). *What is trauma?* <https://www.traumainformedcare.chcs.org/what-is-trauma/>
- Center for Pediatric Traumatic Stress. (2021). *Basics of trauma-informed care*. <https://www.healthcaretoolbox.org/>
- Filgueiras, J. C., & Hippert, M. I. S. (1999). A polémica em torno do conceito de estresse. *Psicologia Ciência e Profissão*, 19(3), 40-51. <https://doi.org/10.1590/S1414-98931999000300005>
- Coughlin, M. (2017). Trauma informed, neuroprotective care for hospitalised newborns and infants. *Infant Journal*, 13(5), 176-179. https://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf_077_eur.pdf
- Crnic, K. & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In Bornstein, M. H. (Ed.), *Handbook of parenting: Practical issues in parenting* (2nd ed., pp. 243-267). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers
- Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K. M., & Snow, S. K. (2015). Patient-and family-centered care of children in the emergency department. *Pediatrics*, 135(1), 255-272. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3424>
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19(9), 901-908. <https://doi.org/10.1002/pon.1836>
- Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Martini, J., von Soest, T., & Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: A population-based, 2-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 47(1), 161-170. <https://doi.org/10.1017/S003329171600235X>
- Institute for Patient and Family-Centered Care. (s.d.). Patient and family-centered care. <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser#>
- Merck, T. & McElfresh, P. (2017). Family-centered care of the child during illness and hospitalization. In Hockenberry, M., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (Eds.), *Wong's Essentials of pediatric nursing* (10th ed., pp. 1070-1120). Elsevier
- Mixão, M. L., Leal, I., & Maroco, J. (2010). Escala de stress parental. In Leal, I. & Maroco, J. (Eds.), *Avaliação em Sexualidade e Parentalidade* (pp. 199-210). Legis Editora

REFERÊNCIAS

- Shaw, R. J., Bernard, R. S., Deblois, T., Ikuta, L. M., Ginzburg, K., & Koopman, C. (2009). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in the neonatal intensive care unit. *Psychosomatics*, 50(2), 131-137. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.2.131>
- Sousa, F. P., & Curado, M. A. S. (2021). Parental stress scale in the neonatology unit: Statistical validation for the portuguese population. *Enfermeria Global*, 20(64), 403-414. <https://doi.org/10.6018/eglobal.459491>
- Turpin, H., Urben, S., Ansermet, F., Borghini, A., Murray, M. M., & Müller-Nix, C. (2019). The interplay between prematurity, maternal stress and children's intelligence quotient at age 11: A longitudinal study. *Scientific Reports*, 9(1), 1-6. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-36465-2>

OBRIGADA

Rita Neves – Mestranda em ESIP na ESEL
r.neves@campus.esel.pt



4. Avaliação da Sessão

4.1. Formulário de avaliação da sessão

Formulário de avaliação da sessão

Por favor, reflita, não só, sobre a estrutura da sessão, as metodologias e dinâmicas estabelecidas, mas também como estratégia de melhoria contínua da qualidade, solicito que responda a este formulário de avaliação.

Após as questões de resposta obrigatória, reserve-se um espaço para sugestões. Não deverá demorar mais do que 5 minutos a responder. Obrigada pela colaboração!

* Indica uma pergunta obrigatória.

SOS Stress Parental: Um modelo de abordagem pelo enfermeiro na urgência pediátrica
Enf.ª Rita Neves - Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na ESEL

Legenda
1. Insuficiente 2. Suficiente 3. Bom 4. Muito bom

Sessão de Sensibilização

1. Programa da sessão *

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4
Objectivos da sessão	☐	☐	☐	☐
Utilidade dos temas abordados para a prática profissional	☐	☐	☐	☐
Cumprimento do programa	☐	☐	☐	☐
Duração da sessão	☐	☐	☐	☐

2. Funcionamento da sessão *

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4
Eficácia da divulgação da sessão	☐	☐	☐	☐
Qualidade da documentação distribuída	☐	☐	☐	☐
Utilização dos meios audiovisuais	☐	☐	☐	☐

3. Avaliação global *

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4
Nível de conhecimento no início da sessão	☐	☐	☐	☐
Nível de conhecimento no final da sessão	☐	☐	☐	☐
Nível de satisfação das suas expectativas	☐	☐	☐	☐

Dinamizadores

4. Rita Neves *

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4
Domínio dos temas	☐	☐	☐	☐
Clareza de comunicação	☐	☐	☐	☐
Capacidade para estimular a participação do grupo	☐	☐	☐	☐
Relação com o grupo	☐	☐	☐	☐
Disponibilidade para prestar esclarecimentos	☐	☐	☐	☐
Utilização de metodologia facilitadora da aprendizagem	☐	☐	☐	☐

Sugestões

5. Temas que considerou mais importantes

6. Como é que esta ação poderá contribuir para melhorar a sua prática profissional?

7. Aspectos mais positivos

8. Aspectos a melhorar

9. Sugestões para futuras ações

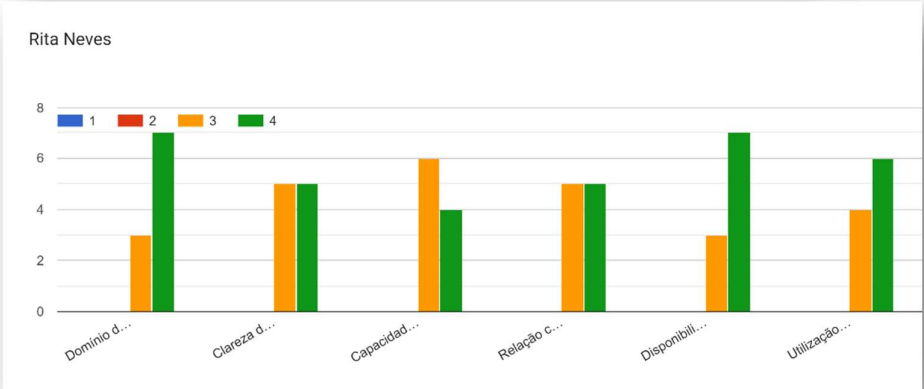
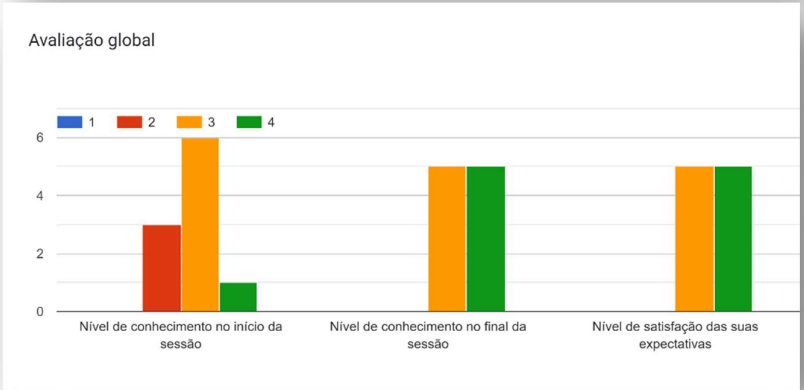
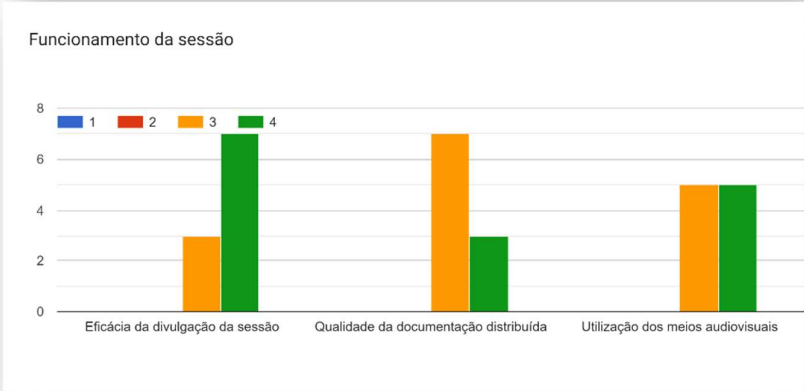
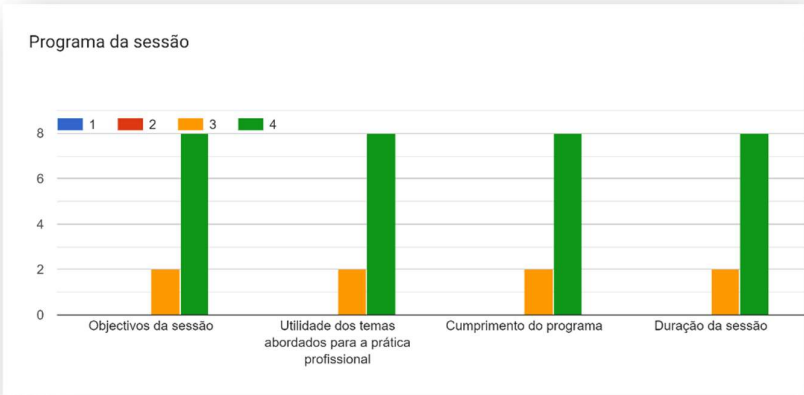
Formulário de avaliação da sessão

Obrigada pelo seu contributo!

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

4.2. Resultados



Temas que considerou mais importantes

3 respostas

Cuidados centrados na família

Escala DEF

Modelo DEF

Como é que esta ação poderá contribuir para melhorar a sua prática profissional?

3 respostas

Fiquei mais sensibilizada para a temática

Melhoria da comunicação em situações de stress e maior atenção à família como parceira de cuidados

Permite abordar o stress das famílias de forma mais integrada

Aspectos mais positivos

3 respostas

Dominio da temática

Deu exemplos práticos e estratégias a implementar

Tema muito pertinente e à vontade da formadora

Aspectos a melhorar

3 respostas

Rapidez da fala

Menos sobrecarga de trabalho para estarmos mais disponíveis

Mais alguns exemplos práticos (talvez para situações menos comuns ou em que os profissionais podem estar menos alerta)

Referências Bibliográficas

- Center for Health Care Strategies. (2021). *What is trauma?*
<https://www.traumainformedcare.chcs.org/what-is-trauma/>
- Center for Pediatric Traumatic Stress. (2021). *Basics of trauma-informed care.*
<https://www.healthcaretoolbox.org/>
- Filgueiras, J. C., & Hippert, M. I. S. (1999). A polêmica em torno do conceito de estresse. *Psicologia Ciência e Profissão*, 19(3), 40–51. <https://doi.org/10.1590/S1414-98931999000300005>
- Coughlin, M. (2017). Trauma informed, neuroprotective care for hospitalised newborns and infants. *Infant Journal*, 13(5), 176–179.
https://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf_077_eur.pdf
- Crnic, K. & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Practical issues in parenting* (2nd ed., pp. 243-267). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K. M., & Snow, S. K. (2015). Patient-and family-centered care of children in the emergency department. *Pediatrics*, 135(1), 255–272.
<https://doi.org/10.1542/peds.2014-3424>
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19(9), 901–908.
<https://doi.org/10.1002/pon.1836>
- Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Martini, J., von Soest, T., & Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: A population-based, 2-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 47(1), 161–170. <https://doi.org/10.1017/S003329171600235X>

Institute for Patient and Family-Centered Care. (s.d.). *Patient and family-centered care*.
<https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>

International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser#>

Merck, T. & McElfresh, P. (2017). Family-centered care of the child during illness and hospitalization. In M. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's Essentials of pediatric nursing* (10th ed., pp. 1070-1120). Elsevier.

Mixão, M. L., Leal, I. & Maroco, J. (2010). Escala de stress parental. In I. Leal & J. Maroco (Eds.). *Avaliação em sexualidade e parentalidade* (pp. 199-210). Legis Editora.

Shaw, R. J., Bernard, R. S., Deblois, T., Ikuta, L. M., Ginzburg, K., & Koopman, C. (2009). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in the neonatal intensive care unit. *Psychosomatics*, 50(2), 131–137.
<https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.2.131>

Sousa, F. P., & Curado, M. A. S. (2021). Parental stress scale in the neonatology unit: Statistical validation for the portuguese population. *Enfermeria Global*, 20(64), 403–414. <https://doi.org/10.6018/eglobal.459491>

Turpin, H., Urben, S., Ansermet, F., Borghini, A., Murray, M. M., & Müller-Nix, C. (2019). The interplay between prematurity, maternal stress and children's intelligence quotient at age 11: A longitudinal study. *Scientific Reports*, 9(1), 1–6.
<https://doi.org/10.1038/s41598-018-36465-2>

Apêndice X – Síntese Reflexiva

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

Síntese Reflexiva

Rita de Noronha Beja Neves

**Lisboa
outubro 2023**

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

Síntese Reflexiva

Rita de Noronha Beja Neves



Professor Orientador:
Professora Tânia A. de A. Martins de Almeida e Silva



Lisboa
outubro 2023

Esta análise crítica e reflexiva surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP), e pretende retratar uma parte do percurso de desenvolvimento de competências enquanto mestranda em ESIP. Mais especificamente, tenciona estabelecer-se uma ponte entre o desenvolvimento de competências e a temática do projeto de estágio, focando a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) enquanto elemento-chave na redução do *stress* parental.

Esta segunda etapa em contexto clínico engloba o estágio em unidades de cuidados diferenciados, entre as quais se destaca o serviço de urgência pediátrica (SUP). Neste contexto de estágio, deparei-me com inúmeras situações que, independentemente do seu grau de complexidade ou gravidade, apresentam um traço comum: são acompanhadas de manifestações de *stress*, que afetam tanto a criança, como a sua família. As doenças e lesões pediátricas são destacadas, na evidência científica, como uma das causas mais comuns de vivências emocionais potencialmente traumáticas (Marsac et al., 2016). Concomitantemente, a admissão no SUP é considerada uma das experiências mais traumáticas em contexto de cuidados de saúde, afetando tanto crianças como as suas famílias (Merck & McElfresh, 2017). Esta situação reveste-se de um caráter súbito e inesperado, e não dá oportunidade à família para se preparar para o que vai enfrentar. Por vezes, a admissão na urgência é agravada pela necessidade de submeter a criança a procedimentos invasivos, a cirurgia emergente ou até à transferência para uma unidade de cuidados intensivos, o que poderá potenciar manifestações traumáticas por parte de qualquer elemento da família. No entanto, mesmo necessitando, apenas, de tratamento em ambulatório, a criança e a família são expostas a um ambiente estranho e assustador, enfrentando inúmeras experiências que podem provocar medo e dor (Merck & McElfresh, 2017).

Ao longo dos últimos anos, um crescente corpo de pesquisa tem ajudado os profissionais de saúde a compreender o desenvolvimento de reações de *stress* em crianças e suas famílias, durante a prestação de cuidados. Nestas situações, o *stress* (e o trauma) pode ser causado pela perda do sentimento de segurança (perda de controlo), medo (da dor e da lesão corporal) e desamparo, sensação agravada quando há separação dos elementos da família, nomeadamente dos pais e seus filhos. As crianças são potencialmente vulneráveis a essa sensação de insegurança; a sua idade e estágio de

desenvolvimento afetam a forma como entendem a doença/lesão e o tratamento, assim como possuem um leque limitado de estratégias de enfrentamento (Center for Pediatric Traumatic Stress [CPTS], 2021; Merck & McElfresh, 2017). Estas experiências podem ser agravadas pelo *stress* experienciado pelos seus pais e decorrer em piores resultados em saúde a longo prazo (Kassam-Adams et al., 2013).

Os prestadores de cuidados de saúde em contextos pediátricos têm não só o dever de minimizar o impacto do trauma, como também de promover o adequado desenvolvimento infantil, facilitando a transformação das experiências das crianças e suas famílias quando procuram cuidados de saúde diferenciados (Merck & McElfresh, 2017). Assim, torna-se premente enformar a prática com base num modelo que permita abordar o *stress* das crianças e da família durante a prestação de cuidados de saúde, nomeadamente nos contextos em que os níveis de exposição a eventos traumáticos tendem a ser mais elevados, como no SUP.

Implementar uma abordagem informada no trauma tem o potencial para mitigar as consequências negativas associadas à hospitalização. Esta abordagem, quando associada à filosofia de cuidado centrado na família, oferece uma contribuição única ao conferir maior qualidade e segurança à prestação de cuidados de saúde. Ambos os modelos enfatizam o envolvimento da família no cuidado à criança, estimulando a presença dos pais e uma relação de parceria e colaboração com os profissionais (Institute for Patient and Family-Centered Care [IPFCC], s.d.; Marsac et al., 2016). O cuidado informado no trauma oferece elementos-chave adicionais, ao reduzir o impacto assustador relacionado com os procedimentos clínicos, abordar o sofrimento e garantir o apoio emocional de crianças e famílias, incentivando o enfrentamento e fornecendo orientação antecipada em relação ao processo de recuperação (CPTS, 2021; Marsac et al., 2016).

Vários recursos têm vindo a ser desenvolvidos ao longo dos anos para ajudar os profissionais de saúde a abordar as experiências emocionais das crianças e famílias. O *Center for Pediatric Traumatic Stress*, integrado no *Children's Hospital of Philadelphia*, tem vindo a promover o cuidado informado no trauma, com o objetivo de disseminar boas práticas e ferramentas úteis para profissionais de saúde, treinando as equipas para reconhecer e intervir em situações de *stress*/trauma. Esta organização desenvolveu o Protocolo D-E-F, o qual tem como objetivo ajudar os profissionais de saúde a lidar com o

sofrimento – *Distress* – prestar apoio emocional – *Emotional Support* – e abordar as necessidades da família de forma sistemática – *Family* (CPTS, 2021).

Adotando este protocolo, o EEESIP poderá minimizar as situações potencialmente traumáticas associadas aos procedimentos clínicos, favorecendo a presença da família sempre que possível. Contudo, deve ter, sempre, presente que a família pode não sentir-se preparada para lidar com estas situações, criando espaço para que estas questões sejam abordadas e dando oportunidade de escolha, no caso de a família pretender não estar presente em determinados momentos (CPTS, 2021; Dudley et al., 2015; Merck & McElfresh, 2017). Simultaneamente, deve fornecer à criança e sua família apoio e informações, nunca esquecendo a importância de utilizar uma linguagem simples, livre de termos técnicos e adequada à idade e estágio de desenvolvimento da criança (CPTS, 2021; Merck & McElfresh, 2017).

Abordar o sofrimento imediato da criança, mais precisamente no que concerne ao bem-estar e alívio da dor, é competência primordial do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018) e um dos elementos-chave deste protocolo (CPTS, 2021). Neste âmbito, o enfermeiro não deve esquecer o envolvimento dos pais enquanto facilitadores da implementação de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor (Merck & McElfresh, 2017). De igual forma, deve abordar as dúvidas e preocupações da criança, “dar espaço” para que esta se expresse e manifeste os seus medos e preocupações, tendo, para este efeito, em conta a sua idade e estágio de desenvolvimento. Assim, o enfermeiro ajuda a família a estabelecer objetivos atingíveis, tendo em vista a recuperação da criança, e instila esperança a todos os elementos que a constituem (CPTS, 2021).

Ao promover o apoio emocional dos pais, o EEESIP deve, não só, dotá-los de estratégias para ajudar a criança na adaptação à sua situação de saúde, como também reconhecer a importância de avaliar as necessidades da família, identificando os seus pontos fortes (CPTS, 2021). Para este efeito, é fundamental que o EEESIP estabeleça uma relação de parceria com as famílias, encorajando os pais a participar nos cuidados ao seu filho, mas também assegurando que terão acesso a suporte, sempre que não forem capazes de o fazer (CPTS, 2021; IPFCC, s.d.; Merck & McElfresh, 2017). Os pais devem, ainda, ser encorajados a “fazer pausas” para cuidar de si próprios, consciencializando que

para cuidar do seu filho, as suas necessidades também devem ser atendidas (CPTS, 2021; Merck & McElfresh, 2017).

Outro papel que não pode ser esquecido é o dos irmãos. O EEESIP deve promover o seu envolvimento no processo de recuperação da criança que está hospitalizada, não só para aliviar os seus receios (CPTS, 2021), mas, também, porque a proximidade dos irmãos, mesmo quando fisicamente distantes, potencia a recuperação, funcionando como um fator protetor ao diminuir o *stress* dos vários elementos da família (Nabors et al., 2018).

Não menos importante, interessa ao enfermeiro perceber que crianças e famílias podem necessitar de encaminhamento para recursos adicionais. A utilização de escalas de avaliação pode ser uma mais-valia neste âmbito para permitir uma pesquisa mais objetiva dos que estão em maior risco (CPTS, 2021). No entanto, algumas limitações podem dificultar um rastreio precoce das crianças e famílias em maior risco, pelo que a abordagem informada no trauma pode, e deve, ser utilizada como uma precaução universal. Por conseguinte, todas as crianças e famílias devem ser recetoras de cuidados como se já tivessem, no passado, experienciado vivências traumáticas, minimizando-se, desta forma, o risco de re-traumatização (Marsac et al., 2016).

O suporte no momento da alta revela-se crucial, dada a tendência de aumento dos níveis de *stress*, pela perceção de falta de segurança na ausência dos profissionais de saúde. Será premente o enfermeiro antecipar os desafios que a família vá encontrar ao regressar ao domicílio, planeando a alta em função das necessidades encontradas (CPTS, 2021).

Desta forma, o EEESIP diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que podem afetar negativamente a vida e a qualidade de vida da criança e sua família, ao identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal estar psíquico e ao implementar intervenções para as mitigar (Regulamento n.º 422/2018).

Ao integrar esta abordagem no Modelo de Sistemas de Betty Neuman (MSBN), fica clara a intervenção do enfermeiro aos três níveis de prevenção. Adotar uma filosofia de cuidado informada no trauma de forma universal, permite que o enfermeiro intervenha antecipadamente, com o objetivo de reter a estabilidade do sistema – prevenção primária. Abordar o sofrimento, garantindo o controlo da dor e favorecendo a expressão de receios e emoções por todos os elementos da família, possibilita ao enfermeiro agir

sobre os principais stressores que potenciam o desequilíbrio do sistema, recuperando o bem-estar e fortalecendo as linhas mais internas de defesa. Apenas desta forma será possível atingir a estabilidade e conservação da energia – prevenção secundária. Não menos importante, ao garantir o encaminhamento para recursos adicionais, suportando a família no momento da alta e antecipando os desafios que poderá ter de enfrentar, o enfermeiro garante que se preserva a estabilidade do sistema – prevenção terciária (Neuman, 2011).

No entanto, apesar dos serviços em contexto pediátrico terem alterado o paradigma de cuidado, estimulando a presença dos pais e uma relação de parceria e colaboração no cuidado à criança, a introdução desta filosofia de cuidado informado no trauma tem enfrentado maiores dificuldades na implementação (Marsac et al., 2016). São diversos os fatores descritos na evidência que diminuem a adesão dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, a uma abordagem não traumática e centrada na família. Mais especificamente no SUP, a implementação destas filosofias constitui, em simultâneo, uma oportunidade e um desafio (Dudley et al., 2015).

O serviço de urgência é um contexto, frequentemente, caracterizado pela sobrelotação, o que contribui, não só, para atrasos na prestação de cuidados, como interfere na adesão dos enfermeiros a estas práticas. Simultaneamente, existe alguma relutância dos profissionais de saúde em permitir a presença da família durante procedimentos invasivos ou situações de reanimação, o que limita o acesso da família à criança, protela a separação e potencia o trauma (Dudley et al., 2015).

Por seu lado, as famílias deparam-se com um ambiente estranho, com múltiplos profissionais a cuidar da criança, em simultâneo, e com os quais não estão familiarizados. Não só a família pode ter dificuldade em reconhecer o seu papel enquanto parceiros no cuidado à criança, como o facto de se tratar de uma visita de curta duração ao hospital, pode limitar a possibilidade de se desenvolver uma relação de parceria efetiva com a mesma. As diferenças culturais e as dificuldades na comunicação, por exemplo ao encontrar clientes de diferentes nacionalidades, podem, também, dificultar a implementação destas abordagens (Dudley et al., 2015).

Não obstante a importância da implementação desta prática, o treino das equipas de saúde na prestação de cuidado informado no trauma não está rotineiramente incorporado, pelo que os conhecimentos nesta área variam profundamente, assim como

a aplicação prática deste modelo não está cimentada (Kassam-Adams et al., 2015). Por conseguinte, o EEESIP pode, e deve, assumir, neste âmbito, um papel interventivo.

O domínio das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) integra, entre outras, a participação no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, baseando a sua prática clínica na mais recente evidência científica. Neste sentido, o EE assume o papel de facilitador dos processos de aprendizagem da equipa que integra, diagnosticando as suas necessidades formativas, favorecendo a aprendizagem dos seus elementos e atuando como formador (Regulamento n.º 140/2019).

Compreendendo, através de entrevistas informais a elementos-chave do SUP, que a equipa não se suporta numa metodologia sistemática para abordagem das experiências emocionais potencialmente traumáticas da criança e da família, procurei atuar como elemento dinamizador e sensibilizar os enfermeiros para a importância da adoção de um modelo de atuação, destacado na evidência científica, que os suporte neste âmbito. Foi, assim, promovida uma sessão de sensibilização para os enfermeiros e disponibilizados diversos recursos (artigos e ferramentas para suporte às crianças e famílias hospitalizadas) no sentido de fomentar o desenvolvimento desta prática, bem como alertar a equipa tanto para os benefícios como limitações de implementação, anteriormente destacados nesta reflexão e análise crítica.

Desta forma, enquanto futura EEESIP, procurei responder às competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, empenhando-me em assumir um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas que incentivam a mudança para a melhor prática disponível na evidência, difundindo o conhecimento e promovendo a adoção de um modelo de cuidado informado no trauma.

Referências Bibliográficas

- Center for Pediatric Traumatic Stress. (2021). *Basics of trauma-informed care*.
<https://www.healthcaretoolbox.org/>
- Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K. M., & Snow, S. K. (2015). Patient-and family-centered care of children in the emergency department. *Pediatrics*, 135(1), 255–272.
<https://doi.org/10.1542/peds.2014-3424>
- Institute for Patient and Family-Centered Care. (s.d.). *Patient and family-centered care*.
<https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
- Kassam-Adams, N., Marsac, M. L., Hildenbrand, A., & Winston, F. (2013). Posttraumatic stress following pediatric injury. Update on diagnosis, risk factors, and intervention. *JAMA Pediatrics*, 167(12), 1158–1165.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.2741>
- Kassam-Adams, N., Rzucidlo, S., Campbell, M., Good, G., Bonifacio, E., Slouf, K., Schneider, S., McKenna, C., Hanson, C. A., & Grather, D. (2015). Nurses' views and current practice of trauma-informed pediatric nursing care. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(3), 478–484. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.11.008>
- Marsac, M. L., Kassam-Adams, N., Hildenbrand, A. K., Nicholls, E., Winston, F. K., Leff, S. S., & Fein, J. (2016). Implementing a trauma-informed approach in pediatric health care networks, *JAMA Pediatrics*, 170(1), 70–77.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.2206>
- Merck, T. & McElfresh, P. (2017). Family-centered care of the child during illness and hospitalization. In M. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's Essentials of pediatric nursing* (10th ed., pp. 1070-1120). Elsevier.

Nabors, L., Cunningham, J. F., Lang, M., Wood, K., Southwick, S., & Stough, C. O. (2018). Family coping during hospitalization of children with chronic illnesses. *Journal of Child and Family Studies*, 27(5), 1482–1491. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0986-z>

Neuman, B. (2011). The Neuman systems model. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.). *The Neuman Systems Model* (5th ed., pp. 3-33). Pearson.

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. *Diário da República. II Série* (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia da República. *Diário da República. II Série* (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Apêndice XI – Síntese Reflexiva

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular Estágio

Síntese Reflexiva

Rita de Noronha Beja Neves

**Lisboa
julho 2023**

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica**

Unidade Curricular Estágio

Síntese Reflexiva

Rita de Noronha Beja Neves



Professor Orientador:
Professora Tânia A. de A. Martins de Almeida e Silva



**Lisboa
julho 2023**

Esta análise crítica e reflexiva surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio, integrada no 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP), e pretende retratar uma parte do percurso de desenvolvimento de competências enquanto mestranda em ESIP. Esta primeira etapa em contexto clínico engloba o estágio em unidades da comunidade, mais especificamente em cuidados de saúde primários e centros de desenvolvimento ou unidades de apoio ao desenvolvimento da criança. Este último contexto integra um estágio de observação de apenas 2 semanas, pelo que esta análise crítica e reflexiva das experiências vivenciadas pretende focar-se numa intervenção especializada que, pela sua especificidade e complexidade, deve ser implementada e gerida por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

Este percurso da minha aprendizagem decorreu numa Unidade de Habilitação e Desenvolvimento (UHD) da região de Lisboa, onde se cuida de crianças com perturbação a nível neuromotor, a grande generalidade com o diagnóstico de Paralisia Cerebral (PC). Este é o transtorno do neurodesenvolvimento mais comum nas crianças, prejudicando, sobretudo, as suas habilidades motoras. A PC resulta de uma lesão no cérebro em desenvolvimento, antes, durante ou após o nascimento, e, para além das alterações a nível motor, está, frequentemente, associada a uma variedade de distúrbios sensoriais, cognitivos, comunicacionais e comportamentais que limitam o envolvimento das crianças em atividades sociais (Cerebral Palsy Foundation [CPF], 2023; Rosa, 2020). Entre outras consequências que afetam grandemente a qualidade de vida, destaca-se a epilepsia, a dor crónica, as alterações visuais e/ou auditivas severas e um risco muito aumentado de depressão (CPF, 2023).

Apesar dos avanços na ciência e na medicina, nem sempre é possível evitar que determinados acontecimentos culminem no desfecho de um diagnóstico de PC, o que terá um sério impacto tanto na vida da criança como da sua família. Por conseguinte, os pais das crianças com PC estão expostos a uma série de problemas e desafios impostos pelas necessidades especiais de saúde dos seus filhos, entre os quais se destacam os problemas psicológicos, elevados níveis de *stress*, bem como conflitos familiares e sociais, que afetam negativamente a qualidade de vida da família e o seu funcionamento em geral (Alibakhshi et al., 2021). Nesta UHD deparei-me com inúmeras famílias que se confrontam, diariamente, com a necessidade de suprir necessidades básicas dos filhos

de forma não convencional, como por exemplo a administração de alimentação via gastrostomia endoscópica percutânea (PEG); outros monitorizam a administração de oxigenoterapia aos seus filhos, em alguns casos de forma mecânica e invasiva; há ainda situações em que as crianças sofrem frequentemente convulsões, sendo os pais confrontados com a necessidade de estarem preparados para agir nestas situações e tomarem decisões clínicas, algumas vezes, complexas.

As dificuldades das famílias de crianças com necessidades especiais de saúde, como as mencionadas anteriormente, são amplamente destacadas na literatura científica. Os avanços da medicina no cuidado a crianças nascidas prematuramente, com anomalias congénitas e/ou doença crónica conduziram à emergência de um grupo de crianças/adolescentes cuja vida depende de tecnologia médica e outros recursos de apoio, enquanto são cuidadas em casa. Este facto conduziu a que cuidados complexos e especializados sejam prestados, diariamente, pelos pais. Assim, estes combinam o facto de serem mães ou pais com a prestação de cuidados, dos quais dependem a sobrevivência e bem-estar dos seus filhos (Kirk et al., 2005).

Consequentemente, estes pais são obrigados a lidar com a perda das suas expectativas no que concerne à parentalidade; o seu papel perante os filhos estende-se para além do que é socialmente considerado como uma parentalidade dita 'normal', uma vez que incorporam, em simultâneo, atividades de enfermagem no seu dia-a-dia. Nesse sentido, será fácil compreender que muitos destes pais experienciam elevados níveis de *stress*, sendo que a fonte dessa ansiedade advém, maioritariamente, da natureza dos cuidados que prestam aos seus filhos (Kirk et al., 2005).

No entanto, apesar das pesadas consequências e dificuldades impostas às vidas destas crianças e suas famílias, alguns estudos apontam para a forma como as famílias são capazes de aceitar as limitações e necessidades complexas das crianças, superando as dificuldades e retomando o seu funcionamento habitual. Este mecanismo de *coping* é desencadeado e suportado pela esperança (Kashdan et al., 2002).

Destacando a conceção de esperança de Dufault e Martocchio, a esperança configura-se como uma força vital, dinâmica e multidimensional, caracterizada por uma expectativa confiante, embora dominada pela incerteza, com o intuito de alcançar um bem futuro que, para a pessoa que a almeja, é realisticamente possível e pessoalmente significativo (Cutcliffe & Herth, 2002). Desta forma se compreende que o processo de

promoção da esperança está interligado com conceitos como a transcendência, a incerteza versus expectativa no futuro, sendo guiada por objetivos previamente definidos que podem (ou não) ser realistas (Tutton et al., 2009)

A esperança tem sido identificada como um conceito central na prática clínica, surgindo intrinsecamente ligada à experiência de doença e recuperação da pessoa (Tutton et al., 2009). É claro o papel crucial que a esperança representa na melhoria da saúde mental, qualidade de vida e resiliência de pais e famílias de crianças com alterações do desenvolvimento (Horton & Wallander, 2001). Os enfermeiros desempenham um papel crucial na promoção da esperança, pelo que esta deve ser um dos focos de intervenção do agir profissional (Cavaco et al., 2010; Tutton et al., 2009). Criou-se, assim, uma ponte entre uma importante área de intervenção no contexto de estágio – a promoção da esperança – e a temática central do meu projeto – o *stress* parental – gerando-se a oportunidade de explorar a forma como o EEESIP pode intervir junto destas famílias, procurando reduzir os níveis de *stress* e, desta forma, garantir que os pais estão capacitados para providenciar a satisfação das necessidades complexas de saúde dos seus filhos ao mesmo tempo que vivenciam a parentalidade de uma forma mais satisfatória.

Nesta unidade, o processo de promoção da esperança começa, agora, a consolidar-se. Após a consulta de avaliação da criança, que é efetuada pelo EEESIP e médico especialista em medicina física e reabilitação, segue-se uma segunda consulta que engloba toda a equipa multidisciplinar, a qual definiu previamente o programa de reabilitação. É neste momento que os pais são informados da forma como se desenrolará todo o processo: que fases irá englobar, a que tratamentos a criança será submetida, que profissionais estarão envolvidos e que recursos terão ao seu dispor. São estabelecidos objetivos individualizados e realistas, tendo em conta a situação da criança. E porque é fundamental esta definição de objetivos?

A esperança interliga-se com as conceções de transcendência e expectativa, ao focar-se na forma como os seres humanos sobrevivem perante a doença e são capazes de se adaptar e perspetivar o futuro, independentemente dos eventos traumáticos que podem ocorrer ao longo do seu processo de tratamento e recuperação (Tutton et al., 2009). Existindo essa expectativa futura, a esperança é vista como um processo cognitivo que deve ser guiado por objetivos os quais, ao serem realistas, conduzem à elevação dos

níveis de esperança. Por conseguinte, é profícua a definição de objetivos, particularmente em áreas como a reabilitação e a promoção da saúde (Tutton et al., 2009). Neste sentido, se os pais reconhecerem objetivos realistas ao longo do programa de reabilitação definido e estiverem motivados a ultrapassar os obstáculos que encontram, será possível manter e até mesmo elevar os seus níveis de esperança (Alibakhshi et al., 2021).

Ainda na consulta mencionada, o EEESIP entrega aos pais, em nome da equipa, uma carta terapêutica, através da qual se pretende dar as boas-vindas à família, assim como evidenciar a disponibilidade de todos, sem exceção, ao longo do processo de reabilitação. Sabendo que, no momento do diagnóstico, a esperança pode ser associada à aceitação da condição crónica de saúde da criança (Maravilha et al., 2021), está já instituído na equipa multidisciplinar o desenvolvimento de atividades promotoras de esperança o mais precocemente possível.

Os profissionais reconhecem que, numa primeira fase, é habitual a motivação dos pais estar envolta em sentimentos negativos, especialmente dado o receio da deterioração do estado de saúde da criança e a expectativa pelos resultados que serão (ou não) alcançados. Isto deve-se ao facto da vivência da doença crónica se alicerçar na incerteza no futuro (Magão, 2013). Segundo Folkman (2010), pode existir incerteza sobre quando algo vai acontecer (incerteza temporal), sobre o que vai acontecer (incerteza do evento), o que pode ser feito (incerteza de eficácia) e qual será resultado (incerteza do resultado). Apesar desta incerteza permear a experiência dos pais de crianças com doença crónica, e poder tornar-se uma ameaça à esperança, esta emerge no discurso dos pais, quando estes se focam nas possibilidades presentes e redefinem os seus objetivos de uma forma realista (Green et al., 2015; Magão, 2013). Assim, a esperança tem o potencial para influenciar os mecanismos de *coping* perante o sofrimento, perda e incerteza, pelo que essa incerteza se configura, simultaneamente, como potenciadora da esperança (Folkman, 2010; Magão, 2013).

Dado tratar-se de um período de estágio muito curto, nem sempre é possível observar diretamente todas as etapas do processo de cuidados, pelo que procurei explorar junto do Enfermeiro Orientador como se desenrola a intervenção em esperança pelo EEESIP ao longo do tempo. Desta forma, compreendi que o contacto continuado com as famílias permite que se vão identificando situações em que se instala o sentimento de desesperança. Para orientar a sua intervenção, é essencial que o EEESIP reconheça o que

significa a esperança para estas famílias, a sua utilidade assim como os fatores que a influenciam (Alibakhshi et al., 2021). A evidência destaca diversos fatores importantes que promovem ou ameaçam a emergência da esperança e nos quais o EEESIP deve centrar a sua atenção. De uma forma geral, a esperança é influenciada pelo estado de saúde da criança, pela eficácia dos tratamentos e pelo contexto psicossocial da família, tendo um papel significativo na adaptação dos pais à condição crónica de saúde do seu filho (Maravilha et al., 2021). De acordo com um estudo conduzido por Alibakhshi e seus colegas (2021), existem alguns fatores que facilitam a emergência de esperança entre pais de crianças com PC, nomeadamente as suas crenças e motivações internas, a possibilidade de tratamento e a existência de redes de suporte.

Assim, tendo em conta os fatores mencionados na evidência científica, identifiquei, com o apoio do Enfermeiro Orientador, que ações desenvolver perante um diagnóstico de *Falta de Esperança*. Numa primeira etapa, será importante realizar uma avaliação inicial: conhecer os dados da criança e recursos da família, avaliando a sua dinâmica interna e externa através de instrumentos sistematizados (genograma familiar e ecomapa), para, desta forma, identificar as suas potencialidades e dificuldades; conhecer se existem estratégias de adaptação que tenham sido mobilizadas anteriormente de forma eficaz; compreender de que forma percecionam a situação atual da criança e a sua reação perante a mesma (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011). Neste sentido, o Enfermeiro Especialista (EE) otimiza o processo de cuidados, melhorando a informação disponível para a tomada de decisão (Regulamento nº 140/2019).

No que diz respeito às suas intervenções autónomas, e atendendo às necessidades previamente identificadas, o Enfermeiro Orientador assiste os pais no estabelecimento de objetivos, escutando-os e favorecendo a comunicação expressiva das suas emoções. Dado que, por diversas vezes, as dificuldades dos pais se prendem com aspetos do cuidado direto à criança, o Enfermeiro Orientador procura ensinar os pais na execução desses cuidados específicos, treinando-os no desempenho do seu papel, desde a ajuda total à autonomia, sem necessidade de supervisão (OE, 2011). Para que ocorra esta transmissão progressiva de responsabilidade da equipa de saúde para os pais, é fundamental que o EEESIP enquadre a sua intervenção com base na crença que a *família é o paciente*; apenas esta tem o potencial de proporcionar um ambiente de cuidado que favorece o crescimento e desenvolvimento da criança (Hockenberry, 2017). Por

consequente, o enfermeiro deve enquadrar, sempre, a sua intervenção tendo por base o referencial de cuidados centrados na família, alicerçando a mesma numa relação de parceria (Farrel, 2017; Sousa et al., 2013). Outro aspeto a salientar é o encorajamento da família; não só os pais são motivados a participar em todos os momentos de cuidado à criança, como deve ser prestado *feedback* positivo sempre que estes são capazes de ultrapassar as dificuldades encontradas. Destaca-se, neste âmbito, a importância de elogiar a família no desempenho do seu papel de cuidadores (OE, 2011).

Outra estratégia muito utilizada pelo Enfermeiro Orientador é a construção de um *kit* de esperança. Através deste, promove a coleção de objetos significativos que sejam alusivos a momentos positivos e felizes; neste *kit* incluem-se, também, as medalhas de esperança. Ao longo do tempo, o Enfermeiro Orientador procura celebrar as conquistas da criança, promovendo a oferta de medalhas que assinalam os momentos chave alcançados. Esta atividade instila esperança não só nos pais, mas também na criança (quando esta já tem a idade e capacidade para ser envolvida), ao serem celebrados momentos que, apesar de precedidos por dificuldades, foram, finalmente, alcançados. Desta forma, o Enfermeiro Orientador procura recuperar os níveis de esperança da família (OE, 2011).

No âmbito da gestão dos cuidados, será, ainda, fundamental planear o suporte a disponibilizar aos pais, nomeadamente requerendo a participação de outros profissionais, sempre que necessário. Neste sentido, respondendo às competências comuns do EE, este reconhece quando deve *negociar com* ou *referenciar para* (Regulamento nº 140/2019), articulando-se com a restante equipa multidisciplinar presente na unidade.

Mediante a reflexão efetuada com o Enfermeiro Orientador acerca do papel do EEESIP na intervenção em esperança, evidenciou-se um pormenor fundamental: para este processo se consolidar será fundamental a sua avaliação. A constatação das necessidades dos pais, perante as adversidades que vão experienciando ao longo do processo de reabilitação dos seus filhos, deve firmar-se tanto no diagnóstico como na avaliação das respostas às intervenções de enfermagem. Perspetivando a melhoria contínua dos cuidados prestados, torna-se imprescindível a utilização de critérios de qualidade que permitam avaliar a eficácia das estratégias implementadas, nomeadamente através da definição de indicadores de qualidade (OE, 2011). O EE estará,

desta forma, a responder às competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, assumindo um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas com vista à melhoria dos cuidados prestados na unidade, gerindo e colaborando nas mesmas (Regulamento nº 140/2019). Neste campo, o Enfermeiro Orientador perspetiva a implementação, futura, de normas, assim como a sistematização da avaliação da intervenção junto dos pais (cuidadores) através da escola *Hope Index*.

Para o futuro, realça-se, também, a intenção de criar um Grupo de Ajuda Mútua (GAM) para pais de crianças com PC, contribuindo, também, desta forma para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na unidade. A evidência destaca a importância destas redes de suporte e como a comunicação entre pais que enfrentam situações semelhantes, em grupos moderados por profissionais de saúde, é simultaneamente potenciadora da esperança e redutora do *stress* parental (Alibakhshi et al., 2021; Nordheim et al., 2018).

Com esta reflexão, ficou claro que a promoção da esperança permitirá facilitar mecanismos de *coping* perante eventos potencialmente ameaçadores, fortalecendo e empoderando os pais com uma perspetiva realista da situação, obtendo um impacto muito positivo no seu bem-estar emocional, na redução do *stress* e na sua qualidade de vida (Amendolia, 2010; Nordheim et al., 2018). Um estudo conduzido por Nordheim et al. (2018) permitiu estabelecer uma ligação entre os níveis de esperança e o *stress* parental, ao salientar que níveis mais baixos de esperança foram associados a altos níveis de *stress* vivenciados pelos pais. É, assim, possível especular que altos níveis de esperança sejam capazes de neutralizar os efeitos negativos do *stress* parental, fornecendo aos pais os recursos necessários para lidar com a situação de saúde do filho (Nordheim et al., 2018).

Estabelece-se aqui uma conexão entre duas conceções distintas: o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (MSBN) e a promoção da esperança. O MSBN encara a díade familiar (criança/família) de forma holística: trata-se de uma orientação para o bem-estar que envolve a interação de sistemas de energia dinâmicos com o ambiente em que se inserem; a família é visualizada como um composto dinâmico de interação de diversas variáveis, sendo elas fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentais e espirituais (Neuman, 2011). Assim, ao integrar a promoção da esperança na sua intervenção, o enfermeiro estará a considerar não apenas as necessidades físicas, mas

também as necessidades emocionais, mentais e espirituais, respondendo ao princípio de uma abordagem holística, como a defendido no MSBN.

Reconhecendo o impacto que a promoção da esperança tem na aceitação da condição crónica de saúde da criança, a equipa multidisciplinar desta unidade desenvolve atividades promotoras de esperança desde o início do programa de reabilitação, intervindo antecipadamente com o objetivo de **reter** a estabilidade do sistema – prevenção primária. Quando os sentimentos dos pais estão envoltos em falta de esperança, o enfermeiro procura reconhecer os fatores que tanto favoreçam como ameacem a emergência da esperança (Alibakhshi et al., 2021; Maravilha et al., 2021). O EEESIP identifica, desta forma, os stressores sobre os quais necessita intervir, procurando recuperar o bem-estar, através do fortalecimento das linhas mais internas de defesa (as linhas de resistência). Será, assim, possível **atingir**, novamente, a estabilidade e conservação da energia – prevenção secundária (Neuman, 2011). Finalmente, a reavaliação da intervenção será fundamental para **preservar** a estabilidade do sistema – prevenção terciária – sendo que todas as atividades destacadas ao longo desta reflexão visam conservar a energia do mesmo, apoiando-se nos recursos fortes previamente identificados com o intuito de evitar novas agressões no futuro, fruto da ação dos stressores (Neuman, 2011). O MSBN enfatiza, ainda, a forma como o bem-estar de cada indivíduo está intrinsecamente ligado ao ambiente em que ele vive, bem como às suas relações sociais (Neuman, 2011); estratégias promotoras de esperança como a criação de um GAM para pais de crianças com PC, ajudam no fortalecimento dos laços sociais da família, que encontra nestes grupos uma rede de apoio sólida (Alibakhshi et al., 2021).

As estratégias promotoras de esperança descritas nesta reflexão têm um objetivo em comum com o MSBN: o *empowerment* do cliente, neste caso a família. Objetiva-se, desta forma, promover e aumentar a competência da família para lidar com a situação de saúde da criança (OE, 2011). Respeitando os princípios de uma intervenção centrada, não só na criança, mas também na família, o EEESIP promove o envolvimento desta ao longo de todo o processo de cuidado, mediante a sua capacidade de enfrentamento da situação, transferindo progressivamente a responsabilidade pelo cuidado à criança. Desta forma, à medida que os pais aprendem acerca das necessidades de saúde dos seus filhos e colaboram nos cuidados, veem diminuídos os seus níveis de *stress*, o que terá não

só impacto nos resultados futuros da criança, como também os torna especialistas a cuidar do seu filho (Docherty et al., 2017).

Compreender a forma como se intervém em esperança nesta unidade, permitiu-me responder a um dos objetivos específicos definidos no meu projeto de estágio, ao conhecer o papel do EEESIP na maximização da saúde da criança e família com necessidades especiais de saúde, mais propriamente identificando a esperança enquanto estratégia redutora do *stress* parental.

Tendo em conta o Regulamento das Competências Específicas do EEESIP, desenvolveu-se a competência E2 que define o cuidado à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. Neste âmbito, destaco a competência E2.5. que evidencia a mobilização oportuna de recursos que promovam a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, deficiência e incapacidade, não só através da avaliação e diagnóstico das necessidades especiais, mas também da capacitação da criança/jovem e família para a adoção de estratégias de *coping* e adaptação perante a sua situação de saúde. Foi possível não só sistematizar de que forma adequar o suporte familiar, como também mobilizar os recursos disponíveis tanto na unidade, como a nível comunitário (Regulamento nº 422/2018). Dou destaque especial para a aquisição de conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança (Regulamento nº 422/2018) e a forma como esta emerge enquanto estratégia redutora do *stress* parental, estratégias estas que poderão ser mobilizadas e aplicadas em contexto futuros, agora com um conhecimento e saber experiencial mais aprofundado e sustentado à luz da prática baseada na evidência.

Referências Bibliográficas

- Alibakhshi, H., Azkhosh, M., Bahmani, B., Khanjani, M. S., & Shahboulaghi, F. M. (2021). Hope facilitators in parents with children suffering from cerebral palsy: A qualitative study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 15(2). <https://doi.org/10.5812/ijpbs.107430>
- Amendolia, B. (2010). Hope and parents of the critically ill newborn: A concept analysis. *Advances in Neonatal Care*, 10(3), 140–144. <https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e3181dee83b>
- Cavaco, V., José, H., Louro, S., Ludgero, A., Martins, A., & Glaus dos Santos, M. (2010). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? - Revisão sistemática. *Referência*, 2(12), 93–103. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2165&id_revista=4&id_edicao=32
- Cerebral Palsy Foundation (2023). *Understanding your brain & body*. Cerebral Palsy Resource. <https://cpresource.org/how-use-cerebral-palsy-resource/icf/understanding-your-brain-body>
- Cutcliffe, J., & Herth, K. (2002). The concept of hope in nursing. *British Journal of Nursing*, 11(12), 832–840. <https://doi.org/10.12968/bjon.2002.11.12.10307>
- Docherty, S., Barfield, R. & Brandon, D. (2017). Quality of life for children living with chronic or complex diseases. In M. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's Essentials of Pediatric Nursing* (10th ed., pp. 963-1018). Elsevier
- Farrell, M. (2017). Partnership in care: paediatric nursing model. *British Journal of Nursing*, 1(4), 175–176. <https://doi.org/10.12968/bjon.1992.1.4.175>

- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19(9), 901–908.
<https://doi.org/10.1002/pon.1836>
- Green, J., Darbyshire, P., Adams, A., & Jackson, D. (2015). Balancing hope with reality: How neonatal nurses manage the uncertainty of caring for extremely premature babies. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17–18), 2410–2418.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12800>
- Hill, D. L., Miller, V., Walter, J. K., Carroll, K. W., Morrison, W. E., Munson, D. A., Kang, T. I., Hinds, P. S., & Feudtner, C. (2014). Regoaling: A conceptual model of how parents of children with serious illness change medical care goals. *BMC Palliative Care*, 13(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-9>
- Hockenberry, M. (2017). Perspectives of pediatric nursing. In M. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's Essentials of pediatric nursing* (10th ed., pp. 35-63). Elsevier
- Horton, T. V., & Wallander, J. L. (2001). Hope and social support as resilience factors against psychological distress of mothers who care for children with chronic physical conditions. *Rehabilitation Psychology*, 46(4), 382–399. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.46.4.382>
- Kashdan, T. B., Pelham, W. E., Lang, A. R., Hoza, B., Jacob, R. G., Jennings, J. R., Blumenthal, J. D., & Gnagy, E. M. (2002). Hope and optimism as human strengths in parents of children with externalizing disorders: Stress is in the eye of the beholder. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(4), 441–468.
<https://doi.org/10.1521/jscp.21.4.441.22597>
- Kirk, S., Glendinning, C., & Callery, P. (2005). Parent or nurse? The experience of being the parent of a technology-dependent child. *Issues and Innovations in Nursing Practice*, 51(5), 456–464. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03522.x>

Magão, M. T. (2013). Hope in action: Lived experiences of hope in parents of children with chronic illness. In Fisher, R., Howard, L., & Monteith, K. (Eds.), *Hope in all directions* (1st ed., pp. 125-136). Inter-Disciplinary Press.

Maravilha, T., Marcelino, M., & Charepe, Z. (2021). Fatores influenciadores da esperança nos pais crianças com doença crónica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, 1–8. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR01545>

Neuman, B. (2011). The Neuman systems model. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.). *The Neuman Systems Model* (5th ed., pp. 3-33). Pearson.

Nordheim, T., Rustøen, T., Solevåg, A. L., Småstuen, M. C., & Nakstad, B. (2018). Hope in parents of very-low birth weight infants and its association with parenting stress and quality of life. *Journal of Pediatric Nursing*, 38, E53–E58. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.10.006>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* – Volume III. OE.

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. *Diário da República. II Série* (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia da República. *Diário da República. II Série* (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Rosa, M. B. (2020). *Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian – 50 anos* (1^a Ed.). Santa Casa da Misericórdia.

Sousa, P., Antunes, A., Carvalho, J., & Casey, A. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children and Young People*, 25(2), 24–28.
<https://doi.org/10.7748/ncyp2013.03.25.2.24.e142>

Tutton, E., Seers, K., & Langstaff, D. (2009). An exploration of hope as a concept for nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 13(3), 119–127.
<https://doi.org/10.1016/j.joon.2009.07.006>

Apêndice XII – Estratégia promotora de esperança em UCIN ‘SOS Stress Parental:
Abordagem pelo enfermeiro em cuidados intensivos’

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica**

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

**SOS Stress Parental:
Abordagem pelo enfermeiro em cuidados intensivos**

Rita de Noronha Beja Neves

**Lisboa
dezembro 2023**

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica**

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

**SOS Stress Parental:
Abordagem pelo enfermeiro em cuidados intensivos**

Rita de Noronha Beja Neves



Professor Orientador:
Professora Tânia A. de A. Martins de Almeida e Silva



**Lisboa
dezembro 2023**

Índice

Nota Introdutória

1. Momentos a celebrar

- 1.1. Questionário à equipa de enfermagem
- 1.2. Resultados

2. Cartões de conquistas

3. Divulgação da Sessão

4. Diapositivos da Sessão

Referências Bibliográficas

Nota Introdutória

No decurso do estágio em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), foram efetuadas reuniões informais junto da Enf.^a Gestora, Enf.^a Orientadora e peritos do serviço, no sentido de adequar o meu projeto de estágio a este local. Tendo em conta a temática, propôs-se o desenvolvimento de uma estratégia criativa e inovadora no serviço, que contribuísse para a redução do *stress* dos pais dos recém-nascidos internados em cuidados intensivos após cirurgia cardíaca.

Através destas reuniões, foi possível perceber que as estratégias promotoras da esperança são amplamente incentivadas no serviço. Dada a estreita ligação entre a esperança e a redução do *stress* parental, destacada na evidência científica, propôs-se desenvolver uma atividade neste âmbito a ser implementada pela equipa de enfermagem. Foram elaborados cartões de conquistas, em função dos momentos que a equipa considerava importantes celebrar; para conhecer estes momentos foi efetuado um levantamento junto dos enfermeiros do serviço, através de um questionário online.

Posteriormente, desenvolveu-se uma sessão para divulgação desta atividade intitulada “SOS Stress Parental: Abordagem pelo enfermeiro em cuidados intensivos”, a qual foi dinamizada através da plataforma *Teams* da *Microsoft*. Nesta sessão foi possível apresentar a partilha de uma experiência em UCIN de uma mãe, abordando-se a forma como uma estratégia semelhante possibilitou a transformação positiva da vivência da hospitalização dos filhos prematuros.

Este documento sintetiza todas as fases desta atividade, desde o levantamento dos momentos a celebrar junto da equipa de enfermagem, através de questionário online, os cartões de conquistas elaborados em função desse levantamento, a divulgação da sessão para partilha da estratégia redutora do *stress* parental com a equipa, através de afixação de cartaz no serviço, e a preparação da sessão, com a composição de diapositivos de suporte à mesma. As normas de referenciação utilizadas seguem as normas APA 7.^a edição.

1. Momentos a celebrar

1.1. Questionário à equipa de enfermagem

Stress parental - Como intervir?

Uma UCIN é comumente caracterizada como sendo um ambiente excessivamente tecnológico onde se cuida de crianças em situações que são, muitas vezes, ameaçadoras da vida. O internamento configura-se como um momento gerador de elevados níveis de *stress parental*, transformando a hospitalização num momento potencialmente traumático, com consequências no desenvolvimento de competências parentais e na relação afetiva que os pais estabelecem com o seu filho.

Procurando humanizar e atenuar a experiência dos pais ao longo do internamento, pretende desenvolver-se uma estratégia redutora do *stress parental* através da qual se celebrem os marcos alcançados pelos recém-nascidos e lactentes ao longo do internamento na UCI. Neste sentido, solicita-se a sua colaboração no preenchimento deste breve questionário, por forma a determinar que momentos a equipa de enfermagem considera determinantes no internamento.

Ressalta-se que este questionário é anónimo e não deverá demorar mais do que 2 minutos a ser preenchido.

Obrigada pela sua colaboração,

Rita Beja Neves - Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na ESEL

Enf.ª Orientadora: Ana Margarida Pereira

Prof.ª Orientadora: Tânia Almeida

** Indica uma pergunta obrigatória*

Marcos do internamento

1. Escolha os 5 momentos que considera serem positivamente marcantes ao longo da recuperação do RN/lactente internado numa Unidade de Cuidados Intensivos após cirurgia cardíaca? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Acordar após a cirurgia/sedação
- ☐ Extubação
- ☐ Retirar drenos
- ☐ Retirar cateteres
- ☐ Retirar SNG
- ☐ Primeira toma de leite (via oral)
- ☐ Colo dos pais
- ☐ Vestir roupa própria
- ☐ Alta da UCI

Também pretendo conhecer as suas ideias!

2. Existe algum momento que considere importante celebrar que não tenha sido referido anteriormente? Qual?

Obrigada pelo seu contributo!

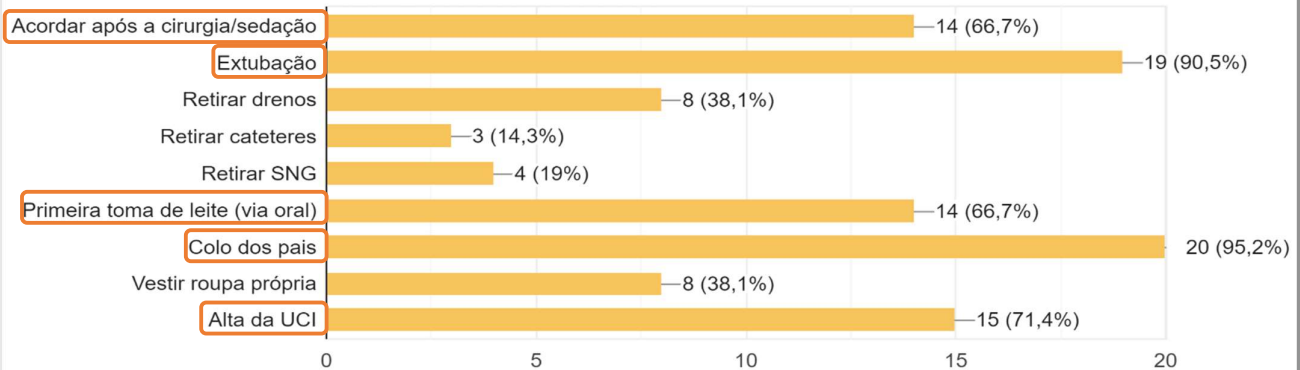
Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

1.2. Resultados

Escolha os 5 momentos que considera serem positivamente marcantes ao longo da recuperação do RN/lactente internado numa Unidade de Cuidados Intensivos após cirurgia cardíaca?

21 respostas



Existe algum momento que considere importante celebrar que não tenha sido referido anteriormente? Qual?

9 respostas

A primeira visita pós op

Primeira visita pós cirurgia

Não

Acordar e ver o pai/mãe

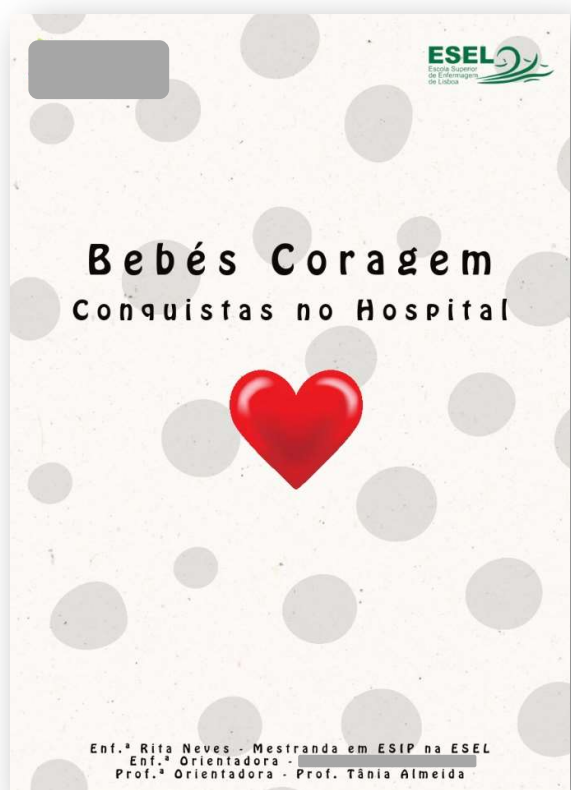


Saída do BO

Não. Aqueles são os mais importantes

Acolhimento / primeira visita

2. Cartões de conquistas



**Hoje foi um dia
espetacular...Tive
alta dos cuidados
intensivos!**



Bebés Coragem
Conquistas no Hospital



Enf.ª Rita Neves - Mestranda em ESIP na ESEL
Enf.ª Orientadora - [redacted]
Prof.ª Orientadora - Prof. Tânia Almeida

**Já não preciso da
ajuda do ventilador
para respirar!**



Bebés Coragem
Conquistas no Hospital



Enf.ª Rita Neves - Mestranda em ESIP na ESEL
Enf.ª Orientadora - [redacted]
Prof.ª Orientadora - Prof. Tânia Almeida



3. Divulgação da Sessão



13
DEZEMBRO
17H30

SOS
STRESS PARENTAL
ABORDAGEM PELO
ENFERMEIRO EM
CUIDADOS INTENSIVOS




SCAN ME

SESSÃO DE DIVULGAÇÃO
Sumário

- O que é o stress parental? - Causas e consequências
- Gestão do stress parental na UCIN
- Divulgação de uma estratégia redutora do stress
- A intervenção na prática - Testemunho de uma mãe

Dinamizadora: Enf.ª Rita Neves - Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na ESEL
Enf.ª Orientadora: 
Prof.ª Orientadora: Prof.ª Tânia Almeida

JUNTE-SE
NO TEAMS

4. Diapositivos da Sessão

SOS STRESS PARENTAL

Abordagem pelo enfermeiro em
cuidados intensivos



Rita Neves – Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na ESEL
r.neves@campus.esel.pt

Enf.ª Orientadora – 
Prof.ª Orientadora – Prof.ª Tânia Almeida



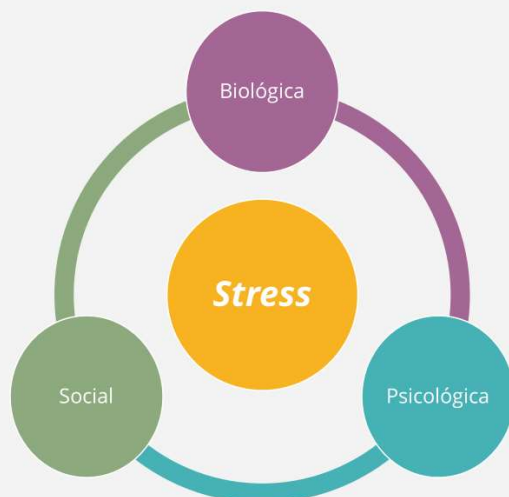
SUMÁRIO

-  Stress parental
-  Principais stressores na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)
-  Gestão do *stress* parental na UCIN
-  Divulgação de uma estratégia redutora do *stress* parental
-  Testemunho

2



STRESS



Stress: reação desencadeada pelo organismo que afetam a sua capacidade para manter o equilíbrio

(Selye citado em Filgueiras e Hippert, 1999)

O *stress* surge quando uma situação (pessoalmente significativa) é avaliada como desgastante, e cujas exigências excedem os recursos da pessoa para a enfrentar

(Folkman, 2010)

Vários fatores influenciam a resposta adaptativa ao *stress*: experiências passadas, crenças, fatores pessoais, carácter de novidade, intensidade, previsibilidade dos acontecimentos

(Rodrigues citado em Filgueiras e Hippert, 1999)

3

STRESS PARENTAL



"*Stress* experimentado por um adulto no desempenho da sua função parental"

(Mixão et al., 2010, p. 199)

Reação psicológica adversa que surge perante as exigências de ser pai ou mãe e que induz sentimentos negativos nos pais, sobre si próprios e a criança

(Crnic & Low, 2002)

4

STRESS PARENTAL

Muita atenção tem sido dada às crianças com necessidades complexas de saúde e as necessidades dos pais, nomeadamente as emocionais, têm sido menos consideradas

(Heidarzadeh et al, 2023)

O internamento da criança constitui um evento potencialmente traumático

(Sousa & Curado, 2021)

Os pais sofrem elevados níveis de *stress* associado a sensações de medo, ansiedade, desamparo, culpa, vergonha, tristeza, desapontamento e depressão

(Sousa & Curado, 2021)

Pais de crianças com cardiopatia congénita experienciam níveis mais elevados de *stress* que os pais de crianças saudáveis ou de crianças com doença crónica

(Lisanti, Allen et al, 2017)

Stress é mais acentuado no primeiro ano de vida

(Lisanti, Allen et al, 2017)

INTERNAMENTO NA UCIN

Interrupção abrupta do processo de vinculação



Sensação de incapacidade para cuidar do filho



Sensação de incapacidade para proteger o filho dos procedimentos dolorosos



Sentimento de falha perante o que consideram dever ser o papel parental

(Kegler et al., 2019; Sousa & Curado, 2021)

INTERNAMENTO NA UCIN: IMPACTO

PAIS

- Relacionamento com a criança
- Relacionamento do casal
- Alteração no desenvolvimento de competências parentais
- Transtorno de *Stress* Pós-Traumático (TSPT)

(Coughlin, 2017; Sousa & Curado, 2021)

CRIANÇAS

- Limitada exposição a novas experiências
- Dificuldade em estabelecer relações com os outros
- Fraca capacidade de autocontrolo
- Fraco desempenho cognitivo
- Atraso no desenvolvimento da linguagem

(Shaw, et al., 2009; Garthus-Niegel et al., 2016; Turpin, et al. 2019)



STRESSORES



- Local com atividade constante
- Profissionais desconhecidos
- Luzes e sons ininterruptos
- Falta de privacidade

(Lisanti, Goffenshtein et al., 2017)

9



STRESSORES



- Fragilidade do RN
- Gravidade da condição de saúde do RN
- Hipóteses de sobrevivência percebidas pelos pais

(Lisanti, Allen et al., 2017; Sousa & Curado, 2022)

10



STRESSORES



- Constante preocupação e incerteza no futuro
- Solidão
- Perda de normalidade
- Enfermeiro – principal cuidador

(Lisanti, Allen et al., 2017)

11



GESTÃO DO STRESS PARENTAL NA UCIN

Cuidado Centrado na Família

Crença: *Família é o paciente*

Parceria de cuidados: a família não é visita, faz parte da equipa

Capacitar os pais a desenvolverem as suas habilidades

Transferência de responsabilidade

(Farrell, 2017; Hockenberry, 2017; Sousa et al., 2013)

12



GESTÃO DO STRESS PARENTAL NA UCIN

Cuidado não traumático

Trauma: surge da rutura com a sensação de segurança, proteção e conexão

Prevenir ou minimizar a separação: garantindo a presença dos pais e o seu envolvimento nos cuidados ao RN

Promover uma sensação de controlo: informação aos pais e participação nos cuidados

Minimizar a dor: educar os pais a interpretar os sinais do RN

(Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2017; Fraser et al., 2017; Querido, 2022)

13



ESTRATÉGIA REDUTORA DO STRESS PARENTAL



(Amendolia, 2010; Nordheim et al., 2018)

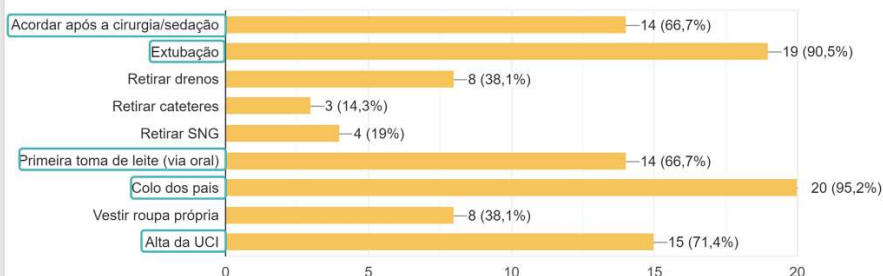
14



ESTRATÉGIA REDUTORA DO STRESS PARENTAL

Escolha os 5 momentos que considera serem positivamente marcantes ao longo da recuperação do RN/lactente internado numa Unidade de Cuidados Intensivos após cirurgia cardíaca?

21 respostas



15



ESTRATÉGIA REDUTORA DO STRESS PARENTAL



16



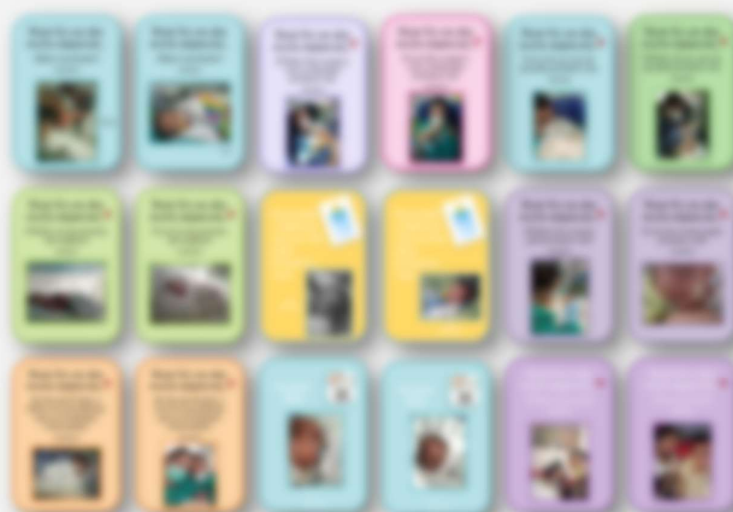
ESTRATÉGIA REDUTORA DO STRESS PARENTAL



17



TESTEMUNHO



REFERÊNCIAS

- Altamier, L., & Phillips, R. M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9–22. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>
- Amendolia, B. (2010). Hope and parents of the critically ill newborn: A concept analysis. *Advances in Neonatal Care*, 10(3), 140–144. <https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e3181dee83b>
- Filgueiras, J. C., & Hippert, M. I. S. (1999). A polémica em torno do conceito de estresse. *Psicologia Ciência e Profissão*, 19(3), 40–51. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S1414-98931999000300005>
- Coughlin, M. (2017). Trauma informed, neuroprotective care for hospitalised newborns and infants. *Infant Journal*, 13(5), 176–179. https://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf_077_eur.pdf
- Crnic, K. & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In Bornstein, M. H. (Ed.), *Handbook of parenting: Practical issues in parenting* (2nd ed., pp. 243–267). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers
- Farrell, M. (2017). Partnership in care: paediatric nursing model. *British Journal of Nursing*, 1(4), 175–176. <https://doi.org/https://doi.org/10.12968/bjon.1992.1.4.175>
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19(9), 901–908. <https://doi.org/10.1002/pon.1836>
- Fraser, D. (2017). Health problems of newborns. In Hockenberry, M., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (Eds.), *Wong's Essentials of pediatric nursing* (10th ed., pp. 463–585). Elsevier
- Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Martini, J., von Soest, T., & Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: A population-based, 2-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 47(1), 161–170. <https://doi.org/10.1017/S003329171600235X>
- Heidarzadeh, M., Heidari, H., Ahmadi, A., Solati, K., & sadeghi, N. (2023). Evaluation of parental stress in neonatal intensive care unit in Iran: A national study. *BMC Nursing*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01200-4>
- Hockenberry, M. (2017). Perspectives of pediatric nursing. In Hockenberry, M., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (Eds.), *Wong's Essentials of pediatric nursing* (10th ed., pp. 35–63). Elsevier

REFERÊNCIAS

- Keglér, J. J., Neves, E. T., Silva, A. M., Jantsch, L. B., Bertoldo, C. da S., & Silva, J. H. (2019). Stress in parents of newborns in a neonatal intensive care unit. *Escola Anna Nery*, 23(1), 1–6. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0178>
- Lisanti, A. J., Allen, L. R., Kelly, L., & Medoff-Cooper, B. (2017). Maternal stress and anxiety in the pediatric cardiac intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 26(2), 118–125. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017266>
- Lisanti, A. J., Gelfenshtein, N., & Medoff-Cooper, B. (2017). The pediatric cardiac intensive care unit parental stress model: Refinement using directed content analysis. *Advances in Nursing Science*, 40(4), 319–336. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000184>
- Mixão, M. L., Leal, I., & Maroco, J. (2010). Escala de stress parental. In Leal, I. & Maroco, J. (Eds.), *Avaliação em Sexualidade e Parentalidade* (pp. 199–210). Legis Editora
- Nordheim, T., Rustøen, T., Solevåg, A. L., Småstuen, M. C., & Nakstad, B. (2018). Hope in parents of very-low birth weight infants and its association with parenting stress and quality of life. *Journal of Pediatric Nursing*, 38, 53–58. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.10.006>
- Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Caldeira, S., & Nunes, E. (2022). Nursing interventions concerning the bonding of hospitalized newborns – Scoping review. *Enfermeria Global*, 66, 625–637. <https://doi.org/10.6018/eglobal.479291>
- Shaw, R. J., Bernard, R. S., Deblouis, T., Ikuta, L. M., Ginzburg, K., & Koopman, C. (2009). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in the neonatal intensive care unit. *Psychosomatics*, 50(2), 131–137. <https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.2.131>
- Sousa, F. P., & Curado, M. A. S. (2021). Parental stress scale in the neonatology unit: Statistical validation for the portuguese population. *Enfermeria Global*, 20(64), 403–414. <https://doi.org/10.6018/eglobal.459491>
- Sousa, F. P., & Curado, M. A. S. (2022). Parental stress in the neonatology unit - The influence of hospital stay length and neonatal unit differentiation. *Journal of Neonatal Nursing*, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2022.08.009>
- Sousa, P., Antunes, A., Carvalho, J., & Casey, A. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children and Young People*, 25(2), 24–28. <https://doi.org/10.7748/ncyp2013.03.25.2.24.e142>
- Turpin, H., Urben, S., Ansermet, F., Borghini, A., Murray, M. M., & Müller-Nix, C. (2019). The interplay between prematurity, maternal stress and children's intelligence quotient at age 11: A longitudinal study. *Scientific Reports*, 9(1), 1–6. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-36465-2>



OBRIGADA

Referências Bibliográficas

- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9–22. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>
- Amendolia, B. (2010). Hope and parents of the critically ill newborn: A concept analysis. *Advances in Neonatal Care*, 10(3), 140–144. <https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e3181dee83b>
- Filgueiras, J. C., & Hippert, M. I. S. (1999). A polêmica em torno do conceito de estresse. *Psicologia Ciência e Profissão*, 19(3), 40–51. <https://doi.org/10.1590/S1414-98931999000300005>
- Coughlin, M. (2017). Trauma informed, neuroprotective care for hospitalised newborns and infants. *Infant Journal*, 13(5), 176–179. https://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf_077_eur.pdf
- Crnic, K. & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.). *Handbook of parenting: Practical issues in parenting* (2nd ed., pp. 243-267). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Farrell, M. (2017). Partnership in care: paediatric nursing model. *British Journal of Nursing*, 1(4), 175–176. <https://doi.org/10.12968/bjon.1992.1.4.175>
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19(9), 901–908. <https://doi.org/10.1002/pon.1836>
- Fraser, D. (2017). Health problems of newborns. In M. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's Essentials of pediatric nursing* (10th ed., pp. 463-585). Elsevier.

- Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Martini, J., von Soest, T., & Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: A population-based, 2-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 47(1), 161–170. <https://doi.org/10.1017/S003329171600235X>
- Heidarzadeh, M., Heidari, H., Ahmadi, A., Solati, K., & Sadeghi, N. (2023). Evaluation of parental stress in neonatal intensive care unit in Iran: A national study. *BMC Nursing*, 22(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01200-4>
- Hockenberry, M. (2017). Perspectives of pediatric nursing. In M. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's Essentials of pediatric nursing* (10th ed., pp. 35-63). Elsevier
- Kegler, J. J., Neves, E. T., Silva, A. M., Jantsch, L. B., Bertoldo, C. da S., & Silva, J. H. (2019). Stress in parents of newborns in a neonatal intensive care unit. *Escola Anna Nery*, 23(1), 1-6. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0178>
- Lisanti, A. J., Allen, L. R., Kelly, L., & Medoff-Cooper, B. (2017). Maternal stress and anxiety in the pediatric cardiac intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 26(2), 118–125. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017266>
- Lisanti, A. J., Golfenshtein, N., & Medoff-Cooper, B. (2017). The pediatric cardiac intensive care unit parental stress model: Refinement using directed content analysis. *Advances in Nursing Science*, 40(4), 319–336. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000184>
- Mixão, M. L., Leal, I. & Maroco, J. (2010). Escala de stress parental. In I. Leal & J. Maroco (Eds.). *Avaliação em sexualidade e parentalidade* (pp. 199-210). Legis Editora.

- Nordheim, T., Rustøen, T., Solevåg, A. L., Småstuen, M. C., & Nakstad, B. (2018). Hope in parents of very-low birth weight infants and its association with parenting stress and quality of life. *Journal of Pediatric Nursing*, 38, E53–E58. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.10.006>
- Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Caldeira, S., & Nunes, E. (2022). Nursing interventions concerning the bonding of hospitalized newborns – Scoping review. *Enfermeria Global*, 21(2), 625–637. <https://doi.org/10.6018/eglobal.479291>
- Shaw, R. J., Bernard, R. S., Deblois, T., Ikuta, L. M., Ginzburg, K., & Koopman, C. (2009). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in the neonatal intensive care unit. *Psychosomatics*, 50(2), 131–137. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.2.131>
- Sousa, F. P., & Curado, M. A. S. (2021). Parental stress scale in the neonatology unit: Statistical validation for the portuguese population. *Enfermeria Global*, 20(64), 403–414. <https://doi.org/10.6018/eglobal.459491>
- Sousa, F. P., & Curado, M. A. S. (2022). Parental stress in the neonatology unit - The influence of hospital stay length and neonatal unit differentiation. *Journal of Neonatal Nursing*, 29(3), 506-510. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2022.08.009>
- Sousa, P., Antunes, A., Carvalho, J., & Casey, A. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children and Young People*, 25(2), 24–28. <https://doi.org/10.7748/ncyp2013.03.25.2.24.e142>
- Turpin, H., Urben, S., Ansermet, F., Borghini, A., Murray, M. M., & Müller-Nix, C. (2019). The interplay between prematurity, maternal stress and children's intelligence quotient at age 11: A longitudinal study. *Scientific Reports*, 9(1), 1–6. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-36465-2>

Apêndice XIII – Proposta de protocolo de Teleconsulta de Enfermagem de *Follow-up* após
Cirurgia Cardíaca Pediátrica

	Código
Teleconsulta de Enfermagem de <i>Follow-Up</i> após Cirurgia Cardíaca Pediátrica	
Procedimento Setorial	

1. OBJETIVO

- Definir os recursos e princípios orientadores para a realização de teleconsulta de enfermagem de *follow-up* após cirurgia cardíaca pediátrica;
- Uniformizar procedimentos.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

- O presente procedimento setorial aplica-se à realização da teleconsulta de enfermagem sob responsabilidade dos enfermeiros do serviço de

3. RESPONSABILIDADES

- Implementação do procedimento: Equipa de Enfermagem do serviço de
- Revisão do procedimento: Equipa de Enfermagem do serviço de

4. SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

CC – Cardiopatia Congénita

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

TIC – Tecnologias de informação e comunicação

Elaboração	Revisão	Aprovação	Próxima edição
Rita Neves	Rita Neves	Nome do(s) profissional(ais) ou Órgão/Direção	mm/aaaa
		Data: dd/mm/aaaa	Página: 1/20

	Código
Teleconsulta de Enfermagem de <i>Follow-Up</i> após Cirurgia Cardíaca Pediátrica	
Procedimento Setorial	

5. DEFINIÇÕES E CONCEITOS

CONCEITO	DEFINIÇÃO
Teleconsulta	“(…) é a consulta na qual o profissional de saúde, à distância e com recurso às tecnologias de informação e comunicação (TIC), avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde” (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS], 2019, p.38).
Teleconsulta de Enfermagem	“(…) é a consulta de enfermagem realizada à distância, com recurso à utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados, com registo obrigatório no processo clínico do doente” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021, p. 4).
Teleconsulta de Enfermagem em tempo real	“(…) é a consulta fornecida, em tempo real, por um enfermeiro distante do utente (…), com recurso à utilização de sistema de comunicações interativas, audiovisuais e de dados, com registo obrigatório no processo clínico do utente. Esta comunicação efetua-se em simultâneo, de forma síncrona” (OE, 2021, p.4).

6. DESCRIÇÃO

6.1. Enquadramento

Sendo Portugal um país com notórias assimetrias no que refere à disponibilidade e acessibilidade aos recursos de saúde, torna-se essencial estabelecer mecanismos que minimizem os constrangimentos relacionados com o isolamento geográfico, as diversas dificuldades logísticas, assim como a limitada mobilização de recursos humanos especializado (SPMS, 2019).

No que diz respeito, mais especificamente, à cirurgia cardíaca pediátrica, esta é apenas providenciada em pontos-chave do país, pelo que a necessidade de proximidade com o hospital e as suas equipas pode emergir como um obstáculo na recuperação e apoio das crianças e suas famílias.

A situação de doença, especialmente a de doença crónica, como a cardiopatia congénita (CC), tem um impacto muito significativo nas famílias, sendo os pais confrontados não só com a sua própria capacidade de gestão/reação face à doença do filho, mas também no apoio que lhe podem prestar. Cuidar da criança e, ao mesmo tempo, garantir que se desenvolve de forma tão normal quanto a possível, torna-se uma tarefa complexa e difícil de perspetivar (Mixão et al, 2010). O

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	02/2024	02/2027	2/20

	Código
Teleconsulta de Enfermagem de <i>Follow-Up</i> após Cirurgia Cardíaca Pediátrica	
Procedimento Setorial	

diagnóstico e internamento da criança culmina em elevados níveis de *stress* parental (Heidarzadeh et al., 2023; Lisanti et al., 2017) o que poderá ter uma influência decisiva no crescimento e desenvolvimento da criança, no desenvolvimento do papel parental e na adaptação dos pais à doença do seu filho (Chifa et al., 2021).

Por conseguinte, será fundamental garantir uma transição segura do hospital para casa. Neste sentido, Griffith et al. (2022) sugerem que as famílias podem beneficiar de intervenções direcionadas após a alta que promovam a educação dos pais, nomeadamente quanto aos cuidados a ter com o seu filho. Desta forma, garante-se um aumento da confiança e competência dos pais, uma melhor interação entre os pais e o seu filho, uma diminuição do número de visitas desnecessárias ao hospital, assim como a redução do *stress* parental (Griffith et al., 2022). De entre vários programas de intervenção após a alta, destacam-se as consultas via chamada telefónica ou videochamada.

Os factos anteriormente explanados enfatizam a importância da implementação de uma teleconsulta de enfermagem para dar resposta às necessidades mais prementes das crianças submetidas a cirurgia cardíaca no [] e suas famílias.

A enfermagem tem evoluído no sentido de responder à crescente demanda de cuidados e dos diferentes contextos de atuação. Este avanço implica uma complexificação contínua de conhecimentos, práticas e ambientes de trabalho, abrindo novas possibilidades para o exercício autónomo do enfermeiro (Regulamento n.º 613/2022). Neste sentido, o enfermeiro é responsável por providenciar uma resposta adequada às necessidades de cuidados de enfermagem, devendo promover a utilização dos meios adequados para garantir, atempadamente, a excelência e continuidade dos cuidados. Através da teleconsulta, o enfermeiro terá como objetivo intervir no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, de complicações e/ou incapacidades, facilitando o processo de adaptação e/ou recuperação da saúde da criança e família, a sua capacitação na gestão do processo de saúde, maximizando o seu bem-estar e autonomia, de modo a impactar, de forma positiva, a sua qualidade de vida (OE, 2021).

6.2. Recursos

- Computador
- *Headphones*
- *Webcam*
- *Software: Microsoft Teams*

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	02/2024	02/2027	3/20

	Código
Teleconsulta de Enfermagem de <i>Follow-Up</i> após Cirurgia Cardíaca Pediátrica	
Procedimento Setorial	

Compete à instituição assegurar a existência de todos os recursos necessários à realização da teleconsulta de enfermagem. O enfermeiro só deverá recorrer a meios próprios, como o telefone ou conta pessoal de correio eletrónico ou aplicações de *chat* particulares, quando seja impossível a utilização dos meios institucionais definidos, nomeadamente em caso de urgência. Nesta situação, o utente deve ser previamente informado deste facto. A utilização de meios pessoais deve ser registada em processo clínico, fazendo referência aos mesmos e aos motivos da sua utilização; os registos da consulta devem ser transferidos para o processo eletrónico do utente com a maior brevidade possível.

6.3. Descrição

6.3.1. Critérios para marcação de teleconsulta de enfermagem

Numa fase inicial da implementação da teleconsulta de enfermagem, estabelecem-se os seguintes critérios para marcação:

- Criança submetida a cirurgia cardíaca;
- Criança com idade inferior a 1 ano;
- Prioridade: Recém-nascido (RN);
- Possibilidade de utilização de TIC por parte da família (nomeadamente acesso a *email* e *hardware/software* para realização de consulta à distância).

Preferencialmente, estabelece-se como plano para agendamento de consulta:

- 1ª consulta: até 7 dias após a alta;
- 2ª consulta: 1 mês após a alta;
- 3ª consulta: 3 meses após a alta.

Após a 3ª consulta, caso subsistam dificuldades por parte da família, pode ser agendada nova consulta no espaço de um mês. Podem ser, igualmente, agendadas consultas intermédias, de acordo com as dificuldades encontradas durante a teleconsulta.

6.3.2. Consentimento informado

A família deve ser informada da possibilidade de marcação de teleconsulta de enfermagem durante a preparação para a alta. Caso a mesma demonstre interesse em usufruir deste recurso, à data da alta, o enfermeiro responsável deve:

- Informar a família do objetivo e modo de funcionamento da teleconsulta de enfermagem;
- Definir os canais eletrónicos para comunicação (*email*);

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	02/2024	02/2027	4/20

	Código
Teleconsulta de Enfermagem de <i>Follow-Up</i> após Cirurgia Cardíaca Pediátrica	
Procedimento Setorial	

- Obter o consentimento informado;
- Proceder ao agendamento da consulta.

O processo de informação da consulta e consentimento informado deve ficar registado no processo clínico.

6.3.3. Teleconsulta de enfermagem

Alta do internamento:

No sentido de permitir a continuidade dos cuidados, devem permanecer em aberto, na nota de alta de enfermagem, os diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções que assim o justifiquem. O enfermeiro que realiza a consulta deverá consultar a nota de alta de enfermagem, com o intuito de fazer o levantamento prévio das principais dificuldades da família.

Início da consulta:

O enfermeiro deverá apresentar-se e fazer uma referência breve aos atos que irão decorrer, lembrando a família que tem o direito de revogar e desistir da consulta a qualquer momento.

Decorrer da consulta:

Para garantir a uniformização do procedimento, o enfermeiro deverá seguir o guião pré-estabelecido para a consulta, de acordo com a idade da criança (Anexo I). Como mencionado anteriormente, deverá ter, ainda, em conta, os diagnósticos de enfermagem presentes na nota de alta.

Final da consulta:

O enfermeiro deverá reagendar nova consulta de acordo com os critérios anteriormente mencionados.

No final da consulta, deverá ser facultada, através da via de comunicação previamente definida com a família, uma síntese escrita do plano terapêutico individualizado, assim como toda a informação pertinente que sumarize e complemente os tópicos abordados durante a consulta. O plano deve ficar armazenado na pasta de rede do serviço.

Deverá ser, ainda, enviado, via *email*, um questionário de satisfação (formulário *online*) a ser preenchido pela família, após a consulta (Anexo II).

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	02/2024	02/2027	5/20

	Código
Teleconsulta de Enfermagem de <i>Follow-Up</i> após Cirurgia Cardíaca Pediátrica	
Procedimento Setorial	

6.3.4. Critérios de referenciação

Se o enfermeiro que realiza a consulta verificar a necessidade de encaminhamento para outro profissional da instituição, deve ser facilitado o agendamento de consulta presencial com o mesmo.

Devem ser tidos em conta os seguintes critérios para agendamento com cardiologista pediátrico/cirurgião de referência:

- Persistência de dificuldades;
- Presença de sinais de alarme: febre; prostração; choro inconsolável; gemido (RN); recusa alimentar; cansaço fácil; dificuldade respiratória; cianose; edemas; náuseas e(ou) vômitos persistentes.

Caso exista necessidade de referenciação, esta deve ser efetuada, por via telefónica, com o médico de referência e registada em 'notas gerais' em SClínico, devendo incluir pelo menos:

- Identificação da situação atual;
- Antecedentes;
- Avaliação e recomendações;
- Motivo da referenciação.

6.3.5. Monitorização do funcionamento da teleconsulta de enfermagem

O enfermeiro deve assumir o dever de procurar, em todos os seus atos, a excelência do exercício, através da análise regular do trabalho efetuado, no sentido de identificar falhas com vista à mudança de atitudes e práticas que favoreçam a melhoria contínua dos cuidados prestados (OE, 2021).

Neste sentido, deve ser monitorizado o funcionamento da teleconsulta de enfermagem, seguindo a grelha de auditoria em anexo (Anexo III). Concomitantemente, foram estabelecidos indicadores¹ para avaliação dos ganhos em saúde promovidos pela teleconsulta de enfermagem.

A monitorização da consulta será, ainda, efetuada, através da análise dos inquéritos de satisfação preenchidos pelas famílias.

6.4. Registos

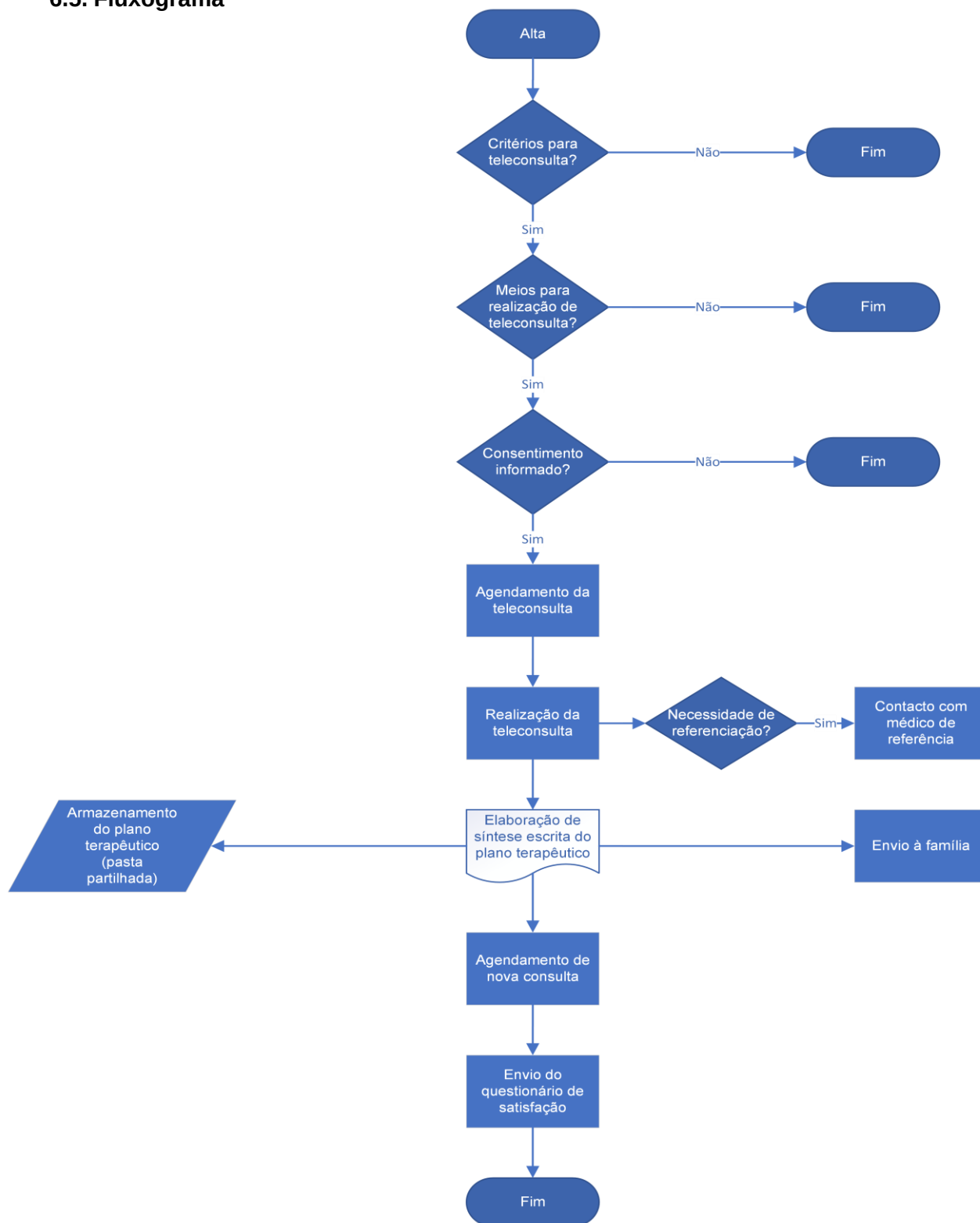
Os registos da consulta deverão ser realizados em SClínico, tendo por base o padrão de documentação existente (Anexo IV).

¹ Ver 6.6. Indicadores

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	02/2024	02/2027	6/20

	Código
Teleconsulta de Enfermagem de <i>Follow-Up</i> após Cirurgia Cardíaca Pediátrica	
Procedimento Setorial	

6.5. Fluxograma



Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	02/2024	02/2027	7/20

	Código
Teleconsulta de Enfermagem de <i>Follow-Up</i> após Cirurgia Cardíaca Pediátrica	
Procedimento Setorial	

6.6. Indicadores²

Indicadores de Processo

- Taxa de efetividade diagnóstica do risco

Indicadores de Resultado

- Taxa de efetividade da prevenção de complicações
- Taxa de prevalência:
 - Adesão atual ao regime medicamentoso
 - Amamentação atual
 - Parentalidade comprometida
- Modificação positiva no estado do diagnóstico:
 - Potencial para o desenvolvimento da capacidade parental
- Satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem³

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chifa, M., Hadar, T., Politimou, N., Reynolds, G., & Franco, F. (2021). The soundscape of neonatal intensive care: A mixed-methods study of the parents' experience. *Children*, 8(644), 1–24. <https://doi.org/10.3390/children8080644>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 010/2015 de 15/06/2015. Modelo de funcionamento das teleconsultas.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/modelo-de-funcionamento-das-teleconsultas.pdf>
- Griffith, T., Singh, A., Naber, M., Hummel, P., Bartholomew, C., Amin, S., White-Traut, R., & Garfield, L. (2022). Scoping review of interventions to support families with preterm infants post-NICU discharge. *Journal of Pediatric Nursing*, 67, e135–e149. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.08.014>
- Heidarzadeh, M., Heidari, H., Ahmadi, A., Solati, K., & sadeghi, N. (2023). Evaluation of parental stress in neonatal intensive care unit in Iran: A national study. *BMC Nursing*, 22(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01200-4>

² Podem ser consultadas as fórmulas de cálculo dos indicadores no Anexo V.

³ Através da aplicação de inquéritos de satisfação às famílias (Anexo II).

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	02/2024	02/2027	8/20

	Código
Teleconsulta de Enfermagem de <i>Follow-Up</i> após Cirurgia Cardíaca Pediátrica	
Procedimento Setorial	

- Lisanti, A. J., Golfenshtein, N., & Medoff-Cooper, B. (2017). The pediatric cardiac intensive care unit parental stress model: Refinement using directed content analysis. *Advances in Nursing Science*, 40(4), 319–336. <https://doi.org/10.1097/ANS.000000000000184>
- Mixão, M. L., Leal, I. & Maroco, J. (2010). Escala de stress parental. In I. Leal & J. Maroco (Eds.). *Avaliação em sexualidade e parentalidade* (pp. 199-210). Legis Editora.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Parecer do conselho de enfermagem n.º 53/2021: Consulta de enfermagem e teleconsulta de enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Consultas de enfermagem à distância/Telenfermagem: Guia de recomendações*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21380/guia-telenfermagem_final.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados de saúde*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Regulamento n.º 613/2022 (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. Assembleia da República. *Diário da República. II Série* (N.º 131 de 08-07-2022), 179-182. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2019). *PENTS – Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022*. https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/PENTS_portugu%C3%AAs.pdf
- Silva, J., Pinheiro, M., Santos, S. P., Carvalho, A. M. & Teixeira, A. (2022). *Manual de saúde infantil e juvenil*. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2022/08/Manual_Saude_Infantil_Juvenil.pdf

8. HISTÓRICO DE ATUALIZAÇÕES

EDIÇÃO	DATA	ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO
00	09/02/2024	Elaboração

Edição	Próxima edição	Página
Nº 00	02/2024	02/2027
		9/20

	Código
Teleconsulta de Enfermagem de <i>Follow-Up</i> após Cirurgia Cardíaca Pediátrica	
Procedimento Setorial	

9. ANEXOS

Anexo I – Guião de teleconsulta de enfermagem de *follow-up* após cirurgia cardíaca

Anexo II – Inquérito de Satisfação

Anexo III – Grelha de Auditoria

Anexo IV – Padrão de registos

Anexo V – Cálculo de indicadores

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	02/2024	02/2027	10/20

	Código
Teleconsulta de Enfermagem de <i>Follow-Up</i> após Cirurgia Cardíaca Pediátrica	
Procedimento Setorial	

ANEXOS

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	02/2024	02/2027	11/20

	Código
Teleconsulta de Enfermagem de <i>Follow-Up</i> após Cirurgia Cardíaca Pediátrica	
Procedimento Setorial	

ANEXO I – Guião de Consulta

CONSULTA	GUIÃO
1ª consulta (até ao 7º dia pós-operatório)	1) Alimentação - Avaliar sinais de que o RN/lactente está saciado - Validar aumento de peso do RN/lactente (de acordo com o plano de avaliação de peso estabelecido à data de alta) - Avaliar conhecimentos da mãe e(ou) pai sobre aleitamento: - Se leite materno: - Posicionamentos para amamentar - Sinais de boa pega - Extração de leite materno com bomba - Conservação de leite materno - Transporte de leite materno - Esterilização de biberão (caso sejam utilizados) - Sinais de alerta de amamentação ineficaz: intervalos longos entre mamadas, sucção débil, sonolência excessiva, diminuição do número de dejeções e micções, icterícia - Se leite artificial: - Preparação de leite - Esterilização de biberão - Ajuste da quantidade de leite a oferecer ao RN/lactente - Validar introdução de novos alimentos: - Lactentes com idade igual ou superior a 4 meses (se LA) - Lactentes com idade igual ou superior a 6 meses (se LM)
	2) Higiene (em caso de RN com presença de coto umbilical à data de alta) - Avaliar presença de sinais inflamatórios no coto umbilical - Avaliar conhecimentos da mãe e(ou) pai sobre: - Cuidados ao coto umbilical
	3) Eliminação - Avaliar presença de sinais de cólicas - Avaliar padrão de eliminação intestinal do RN/lactente - Avaliar conhecimento da mãe e(ou) pai sobre: - Medidas para alívio de cólicas: massagem, posição de conforto e padrão de eliminação intestinal do RN/lactente
	4) Segurança - Avaliar presença de sinais de alarme - Avaliar o conhecimento da mãe e(ou) pai sobre: - Sinais de alarme: recusa alimentar (saltar 2 mamadas seguidas), presença de gemido, prostração, irritabilidade, choro inconsolável, cansaço, dificuldade respiratória, cianose, edemas, náuseas e(ou) vómitos persistentes - Cuidados a ter com as visitas - O que fazer em caso de engasgamento - Risco de morte súbita: colocar o lactente em decúbito dorsal (os pés não devem tocar no fundo do berço), providenciar colchão firme e roupa leve, não colocar objetos no interior do berço, evitar sobreaquecimento do quarto, oferecer a chucha

Edição	Próxima edição	Página
Nº 00	02/2024	12/20

	Código
Teleconsulta de Enfermagem de <i>Follow-Up</i> após Cirurgia Cardíaca Pediátrica	
Procedimento Setorial	

CONSULTA	GUIÃO
1ª consulta (Cont.)	5) Terapêutica no domicílio - Avaliar o conhecimento da mãe e(ou) pai sobre: - Como preparar a terapêutica a administrar ao RN/lactente - Como administrar a terapêutica ao RN/lactente - Verificação da validade dos manipulados e aquisição de nova medicação
	6) Risco de infeção - Avaliar a temperatura corporal - Avaliar presença de sinais inflamatórios na ferida cirúrgica - Confirmar remoção dos pontos dos drenos torácicos - Avaliar o conhecimento da mãe e(ou) pai sobre: - Cuidados a ter com a ferida cirúrgica - Sinais de alarme: febre, sinais inflamatórios, presença de exsudado ou edema da ferida cirúrgica
	7) Dor - Avaliar a dor - Avaliar o conhecimento da mãe e(ou) pai sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas para controlo da dor
	8) Atividade Física (atividades promotoras do desenvolvimento) - Avaliar o conhecimento da mãe e(ou) pai sobre atividade física (estimular a adesão a atividade física após 4 semanas após a alta) <u>RN/3M:</u> - Posicionar em decúbito ventral quando acordado <u>4M:</u> - Procurar levantar o lactente devagar, pelas mãos, como se fosse sentá-lo <u>6M:</u> - Sentar com apoio para que possa participar mais ativamente no meio que o rodeia - Colocar o lactente num tempo adequado e permitir e incentivar a que se desloque rolando e alcançando os brinquedos <u>9M:</u> - Oferecer objetos diferentes e afastados - Colocar objetos em cima de uma cadeira de forma a incentivá-lo a colocar-se de pé <u>12M+:</u> - Entre os 12 e os 24 meses, a OMS recomenda pelo menos 180 minutos de atividades variadas por dia - Evitar andarilhos ou dispositivos semelhantes até 4 semanas após a alta (risco de impacto para a ferida cirúrgica)
	9) Grau de satisfação e adaptação da família às novas rotinas - Promover o autocuidado da mãe/pai - Promover o apoio da família alargada (quando possível)
Agendar consulta seguinte – 1 mês após a alta Ponderar necessidade de realização de consulta intermédia	

Edição	Próxima edição	Página
Nº 00	02/2024	13/20

	Código
Teleconsulta de Enfermagem de <i>Follow-Up</i> após Cirurgia Cardíaca Pediátrica	
Procedimento Setorial	

CONSULTA	GUIÃO
2ª consulta (1 mês após a alta)	1) Intercorrências e/ou dúvidas desde a última consulta
	2) Alimentação - Avaliar peso do lactente (validar aumento de peso) - Validar introdução de novos alimentos: - Lactentes com idade igual ou superior a 4 meses (se LA) - Lactentes com idade igual ou superior a 6 meses (se LM)
	3) Higiene oral - Validar erupção dentária - Avaliar conhecimento da mãe e(ou) pai sobre higiene oral
	4) Segurança - Avaliar presença de sinais de alarme - Avaliar o conhecimento da mãe e(ou) pai sobre: - Sinais de alarme: recusa alimentar (saltar 2 mamadas seguidas), presença de gemido, prostração, irritabilidade, choro inconsolável, cansaço, dificuldade respiratória, cianose, edemas, náuseas e(ou) vômitos persistentes - O que fazer em caso de engasgamento - Risco de morte súbita: colocar o lactente em decúbito dorsal (os pés não devem tocar no fundo do berço), providenciar colchão firme e roupa leve, não colocar objetos no interior do berço, evitar sobreaquecimento do quarto, oferecer a chucha
	5) Terapêutica no domicílio - Avaliar dúvidas se introdução de nova terapêutica após consulta médica - Avaliar o conhecimento da mãe e(ou) pai sobre: - Como preparar a terapêutica a administrar ao RN/lactente - Como administrar a terapêutica ao RN/lactente - Verificação da validade dos manipulados e aquisição de nova medicação
	6) Risco de infeção - Avaliar a temperatura corporal - Avaliar presença de sinais inflamatórios na ferida cirúrgica - Confirmar remoção dos pontos dos drenos torácicos (se ainda presentes na 1ª consulta) - Avaliar o conhecimento da mãe e(ou) pai sobre: - Cuidados a ter com a ferida cirúrgica - Sinais de alarme: febre, sinais inflamatórios, presença de exsudado ou edema da ferida cirúrgica
	7) Dor - Avaliar a dor - Avaliar o conhecimento da mãe e(ou) pai sobre medidas não farmacológicas para controlo da dor

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	02/2024	02/2027	14/20

	Código
Teleconsulta de Enfermagem de <i>Follow-Up</i> após Cirurgia Cardíaca Pediátrica	
Procedimento Setorial	

CONSULTA	GUIÃO
2ª consulta (Cont.)	8) Atividade física (atividades promotoras do desenvolvimento) - Avaliar o conhecimento da mãe e(ou) pai sobre atividade física (estimular a adesão a atividade física após 4 semanas após a alta) <u>RN/3M:</u> - Posicionar em decúbito ventral quando acordado <u>4M:</u> - Procurar levantar o lactente devagar, pelas mãos, como se fosse sentá-lo <u>6M:</u> - Sentar com apoio para que possa participar mais ativamente no meio que o rodeia - Colocar o lactente num tempo adequado e permitir e incentivar a que se desloque rolando e alcançando os brinquedos <u>9M:</u> - Oferecer objetos diferentes e afastados - Colocar objetos em cima de uma cadeira de forma a incentivá-lo a colocar-se de pé <u>12M+:</u> - Entre os 12 e os 24 meses, a OMS recomenda pelo menos 180 minutos de atividades variadas por dia - Evitar andarilhos ou dispositivos semelhantes até 6 semanas após a alta (risco de impacto para a ferida cirúrgica)
	9) Vacinação Abordar (re)início de programa nacional de vacinação: 6 semanas após a cirurgia
	10) Grau de satisfação e adaptação da família aos novos papéis - Promover o autocuidado da mãe/pai - Promover o apoio da família alargada (quando possível) - Regresso ao trabalho da mãe e(ou) pai - Introdução de novo cuidador - Avaliar dificuldades do novo cuidador
Agendar consulta seguinte – 3 meses após a alta Ponderar necessidade de realização de consulta intermédia	

CONSULTA	GUIÃO
3ª consulta (3 meses após a alta)	1) Intercorrências e/ou dúvidas desde a última consulta 2) Validar superação das dificuldades em aberto na última consulta (esclarecimento de dúvidas)
	Alta Ponderar necessidade de realização de nova consulta

Edição	Próxima edição	Página
Nº 00	02/2024	02/2027
		15/20

	Código
Teleconsulta de Enfermagem de <i>Follow-Up</i> após Cirurgia Cardíaca Pediátrica	
Procedimento Setorial	

Anexo II – Questionário de Satisfação

Valorizamos a sua opinião.

Pedimos que dispense alguns minutos do seu tempo no preenchimento deste questionário que contribuirá para a melhoria contínua dos nossos serviços. Assinale a resposta que melhor traduz a sua experiência e opinião. Ressalva-se que este questionário é anónimo e confidencial.

1. Indique o tempo de espera para marcação de consulta

- ☐ Até 7 dias
- ☐ Até 15 dias
- ☐ Mais de 15 dias

2. Quanto tempo esperou para o início da consulta?

- ☐ Não esperei. A consulta iniciou à hora prevista
- ☐ Menos de 5 minutos
- ☐ Menos de 15 minutos

Outro:

3. Classifique o desempenho da equipa de enfermagem

1 – Muito satisfeito | 2 – Satisfeito | 3 – Indiferente | 4 – Insatisfeito | 5 – Muito insatisfeito

- Amabilidade e disponibilidade
- Clareza da informação prestada
- Privacidade e intimidade no atendimento

4. Acessibilidade

1 – Muito satisfeito | 2 – Satisfeito | 3 – Indiferente | 4 – Insatisfeito | 5 – Muito insatisfeito

- Contacto com o hospital (email)
- Desempenho da plataforma para teleconsulta

5. Serviço prestado

1 – Muito satisfeito | 2 – Satisfeito | 3 – Indiferente | 4 – Insatisfeito | 5 – Muito insatisfeito

- Como classifica no geral o serviço que lhe foi prestado?

6. Considera que foi garantida a confidencialidade da identidade da criança e dos seus dados clínicos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

7. Partilhe connosco as suas sugestões de melhoria

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	02/2024	02/2027	16/20

	Código
Teleconsulta de Enfermagem de <i>Follow-Up</i> após Cirurgia Cardíaca Pediátrica	
Procedimento Setorial	

Anexo III – Grelha de Auditoria

CRITÉRIOS	CUMPRE	NÃO CUMPRE	NÃO SE APLICA
Obteve-se o consentimento informado previamente à realização da teleconsulta			
A teleconsulta evidencia os registos eletrónicos de acordo com o ponto 6.4. do procedimento da consulta			
Foi elaborada síntese escrita do plano terapêutico individualizado			
A síntese escrita encontra-se devidamente armazenada na pasta de rede			
O circuito da informação seguiu o circuito definido no procedimento da consulta			
TOTAL	0	0	0
ÍNDICE DE CONFORMIDADE (IC)		0%	

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	02/2024	02/2027	17/20

	Código
Teleconsulta de Enfermagem de <i>Follow-Up</i> após Cirurgia Cardíaca Pediátrica	
Procedimento Setorial	

Anexo IV – Padrão de registos

FOCOS DE ATENÇÃO	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES ⁴
Comportamento de adesão	Adesão ao regime terapêutico	Avaliar adesão ao regime terapêutico (direcionado aos pais)
	Não adesão ao regime terapêutico	
Papel parental⁵ Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta – necessidades especiais	Sem papel parental comprometido	- Avaliar a capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais) - Instruir a mãe e(ou) pai a administrar medicamento - Instruir a mãe e(ou) pai a aliviar a dor através de medidas não farmacológicas - Instruir a mãe e(ou) pai a executar técnica de relaxamento - Instruir a mãe e(ou) pai a massajar - Instruir a mãe e(ou) pai a prevenir complicações das necessidades especiais - Instruir a mãe e(ou) pai a tomar conta das necessidades especiais - Instruir a mãe e(ou) pai a tomar conta do desenvolvimento infantil (especial) - Providenciar material de leitura
	Papel parental comprometido	
Dor	Sem dor	- Vigiar a dor - Ensinar a família sobre gestão da dor - Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre estratégias de alívio da dor
	Dor em grau reduzido	
	Dor em grau moderado	
	Dor em grau elevado	
	Dor em grau muito elevado	

⁴ O horário estabelecido para as intervenções deverá ser 'Sem horário'.

⁵ De acordo com as necessidades identificadas na nota de alta de enfermagem e em consulta, definir as áreas temáticas em que os pais revelam necessidade de educação para a saúde.

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	02/2024	02/2027	18/20



	Código
Teleconsulta de Enfermagem de <i>Follow-Up</i> após Cirurgia Cardíaca Pediátrica	
Procedimento Setorial	

FOCOS DE ATENÇÃO	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES ⁴
Ferida cirúrgica	Ferida cirúrgica presente	• Avaliar a ferida cirúrgica • Avaliar conhecimentos da mãe e(ou) do pai sobre a prevenção de complicações da ferida cirúrgica • Ensinar a mãe e(ou) pai sobre a prevenção de complicações da ferida cirúrgica • Providenciar material de leitura
Mamar	Sem mamar comprometido	• Ensinar sobre mamar
	Mamar comprometido	

ATITUDES TERAPÊUTICAS	INTERVENÇÕES
Temperatura	Monitorizar temperatura
Peso corporal	Monitorizar peso corporal

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	02/2024	02/2027	19/20



	Código
Teleconsulta de Enfermagem de <i>Follow-Up</i> após Cirurgia Cardíaca Pediátrica	
Procedimento Setorial	

Anexo V – Cálculo de Indicadores

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO
Taxa de efetividade diagnóstica do risco	$\frac{N.º \text{ de casos que desenvolveram um determinado problema real, com risco prévio documentado, num dado período}}{N.º \text{ de casos que desenvolveram o problema real no mesmo período}} \times 100$
Taxa de efetividade na prevenção de complicações	$\frac{N.º \text{ de casos com risco de uma determinada complicação, que não a desenvolveram, e tiveram pelo menos uma intervenção documentada, num dado período}}{N.º \text{ de casos com risco documentado, no mesmo período}} \times 100$

FOCO	DIAGNÓSTICO	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO
Adesão ao regime medicamentoso	Adesão atual ao regime	Taxa de prevalência	$\frac{N.º \text{ de utentes com adesão ao regime}}{N.º \text{ total de utentes}} \times 100$
Amamentação	Amamentação atual	Taxa de prevalência	$\frac{N.º \text{ de utentes com adesão ao regime}}{N.º \text{ total de utentes}} \times 100$
Parentalidade	Parentalidade comprometida	Taxa de prevalência	$\frac{N.º \text{ de utentes com parentalidade comprometida}}{N.º \text{ total de utentes}} \times 100$
	Potencial para o desenvolvimento da capacidade parental	Modificação positiva no estágio do diagnóstico	$\frac{N.º \text{ de utentes com ganhos de capacidade}}{N.º \text{ total de utentes com potencial}} \times 100$

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	02/2024	02/2027	20/20

Apêndice XIV – Poster ‘Superar desafios na UCIN: A intervenção do enfermeiro na
redução do *stress* parental’

INTRODUÇÃO

O internamento do RN numa UCIN configura-se como um momento gerador de elevados níveis de *stress* parental (Heidarzadeh et al., 2023; Sousa & Curado, 2021), transformando a hospitalização num momento potencialmente traumático, com impacto significativo no desenvolvimento de competências parentais e na relação afetiva que os pais estabelecem com o filho (Chifa et al., 2021; Shaw et al., 2009). Nestas situações, é dada prioridade às necessidades complexas de saúde da criança, ao passo que as necessidades dos pais, nomeadamente as emocionais, são menos consideradas (Heidarzadeh et al., 2023).

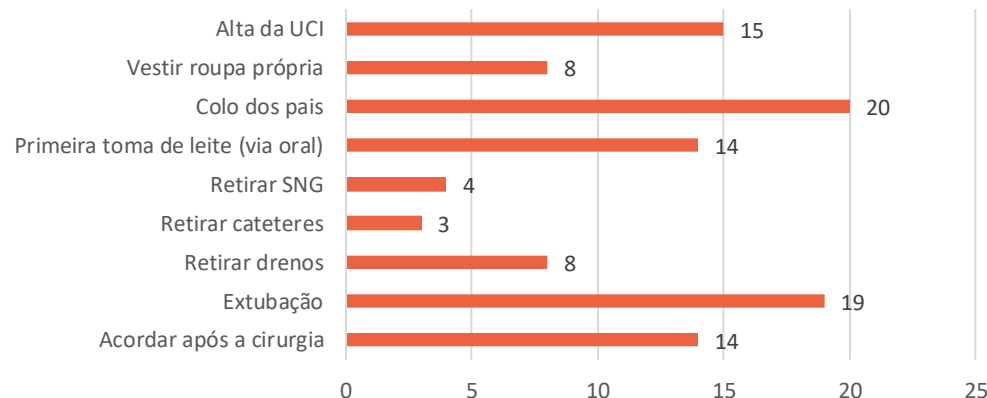
Um estudo conduzido por Nordheim et al. (2018) permitiu estabelecer uma ligação entre os níveis de esperança e o *stress* parental, ao salientar que níveis mais baixos de esperança estariam associados a altos níveis de *stress* vivenciados pelos pais. É, assim, possível especular que altos níveis de esperança sejam capazes de neutralizar os efeitos negativos do *stress* parental, fornecendo aos pais os recursos necessários para lidar com a situação de saúde do filho (Nordheim et al., 2018). Os enfermeiros têm um papel fundamental na promoção do papel parental e na redução do *stress* associado à hospitalização (Lisanti et al., 2017).

DESENVOLVIMENTO

OBJETIVO: Implementar uma estratégia redutora do *stress* parental, através da qual se celebrem as conquistas alcançadas pelo RN ao longo do internamento na UCIN.

METODOLOGIA: Aplicado um questionário aos enfermeiros da unidade para definir os momentos que a equipa considera determinantes durante o internamento. Obtiveram-se 21 respostas. Tendo em conta esse levantamento, foram desenvolvidos cartões de conquistas.

RESULTADOS: Foram identificados 5 momentos a celebrar: acordar após a cirurgia; extubação; primeiro biberão; colo dos pais; alta da UCI. Estes cartões serão futuramente utilizados como recurso na celebração das conquistas alcançadas, neste serviço. Através destes, os pais poderão fotografar os filhos, assinalando cada novo marco alcançado ao longo do internamento.



A promoção da esperança, através da celebração das conquistas, permitirá facilitar mecanismos de *coping* perante eventos potencialmente ameaçadores, fortalecendo e empoderando os pais com uma perspetiva realista da situação, ao mesmo tempo que obtém um impacto muito positivo no seu bem-estar emocional, na redução do *stress* e na sua qualidade de vida (Amendolia, 2010; Nordheim et al., 2018).

CONCLUSÃO

A equipa considerou a proposta de intervenção adequada e criativa. O EESIPE ocupará um lugar chave na sua implementação, reconhecendo a importância de cultivar uma abordagem holística que reconheça e aborde as necessidades emocionais da família. Desta forma, o enfermeiro promove o fortalecimento de laços fundamentais de afeto e segurança para o RN, assim como a redução do *stress* ao garantir que os pais vivenciam a parentalidade de uma forma mais satisfatória.



Apêndice XV – Intervenções lúdicas utilizadas pelos enfermeiros no cuidado à criança e ao adolescente hospitalizado: um protocolo de revisão *scoping*

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica**

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

**Intervenções lúdicas utilizadas pelos enfermeiros no
cuidado à criança e ao adolescente hospitalizado:
um protocolo de revisão *scoping***

**Maria Carolina Teodoro Rodrigues
Nuno Alexandre Nogueira de Oliveira
Rita de Noronha Beja Neves**

**Lisboa
fevereiro 2024**

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica**

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

**Intervenções lúdicas utilizadas pelos enfermeiros no
cuidado à criança e ao adolescente hospitalizado:
um protocolo de revisão *scoping***

**Maria Carolina Teodoro Rodrigues
Nuno Alexandre Nogueira de Oliveira
Rita de Noronha Beja Neves**



Professor Orientador:
Professora Doutora Maria Isabel Dias da Costa Malheiro
Professora Tânia A. de A. Martins de Almeida e Silva



**Lisboa
fevereiro 2024**

Intervenções lúdicas utilizadas pelos enfermeiros no cuidado à criança e adolescente hospitalizado: um protocolo de revisão *scoping*

Carolina Rodrigues¹, Nuno Oliveira¹, Rita Beja Neves¹, Isabel Malheiro², Tânia Almeida³

¹RN, Mestranda(o) em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na ESEL; ²PhD, Professora Coordenadora na ESEL; ³PhDs, Professora Adjunta na ESEL

Objetivo primário: Identificar e mapear as intervenções lúdicas utilizadas pelos enfermeiros no cuidado à criança e ao adolescente hospitalizado

Questão: Quais as intervenções lúdicas utilizadas pelos enfermeiros no cuidado à criança e ao adolescente hospitalizado?

Objetivos secundários:

- Descrever as **características** das **estratégias lúdicas** utilizadas pelos enfermeiros, de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e adolescente
- Identificar os **momentos** em que os enfermeiros utilizam estratégias lúdicas
- Identificar os **recursos** utilizados, pelos enfermeiros, nas estratégias lúdicas
- Identificar os **indicadores de resultado** da aplicação das estratégias lúdicas pelos enfermeiros

PALAVRAS-CHAVE

Adolescente; Brincar; Criança; Enfermagem; Hospitalização

INTRODUÇÃO

Os episódios de hospitalização e a experiência da doença são descritos como um dos momentos mais stressantes que as pessoas podem experienciar na sua vida. Para a criança, estes efeitos podem ser ainda mais evidentes (Rokach, 2016). É, especialmente, nos primeiros anos de vida, que a criança se encontra mais vulnerável perante o evento de uma hospitalização, dado que apresenta, ainda, um número muito limitado de mecanismos de *coping* para lidar com um momento de *stress* como o que se menciona (Fox, 2024). Para além de potencialmente stressante, a hospitalização é um momento que priva a criança da sua liberdade e autonomia, altera a sua rotina, o seu dia-a-dia na escola e a proximidade com a família e amigos, provocando sentimentos de ansiedade, medo,

angústia e insegurança (Francisco et al., 2020; Silva et al., 2017). Estes sentimentos, ao prevalecerem após a alta, podem gerar ansiedade de separação, distúrbios do sono, tristeza e apatia (Silva et al., 2022).

Uma vez que a doença e a hospitalização se constituem como um momento de crise na vida da criança e da sua família, torna-se fundamental que esta expresse os seus medos e ansiedades como estratégia de *coping* para os diferentes stressores decorrentes da hospitalização, nomeadamente a ansiedade de separação, a perda de controlo, o medo da dor, medo da lesão corporal e, ainda, o medo da morte. Apesar de dificilmente prevenidos, a ação destes stressores pode ser minimizada através de intervenções de enfermagem, entra as quais se destaca o brincar (Fox, 2024).

De acordo com Scott, (2024) o brincar é uma atividade central na vida de qualquer criança; é o trabalho das crianças. Através do brincar, as crianças aprendem sozinhas tudo aquilo que ninguém seria capaz de lhes ensinar: aprendem acerca do ambiente onde se inserem e como lidar com o mesmo; aprendem sobre o tempo, o espaço e as pessoas que as rodeiam; aprendem acerca da sua própria expressão naquele ambiente – o que podem (e o que não podem) fazer, como relacionar os objetos e as situações, como se adaptarem ao meio e às exigências da sociedade. Através da brincadeira, as crianças experienciam os processos stressantes que a vida lhes proporciona, enquanto aprendem a estabelecer relacionamentos satisfatórios com os que a rodeiam (Duffy, 2024).

No entanto, a brincadeira não surge apenas como uma medida que promove o relaxamento e o desenvolvimento. Para a criança, brincar é uma atividade essencial ao seu bem-estar físico, emocional, mental e social; é uma necessidade que não cessa pelo facto de a criança estar doente ou hospitalizada. Pelo contrário, brincar no hospital apresenta diversas funções, nomeadamente proporcionar diversão e relaxamento, diminuir o *stress* associado aos procedimentos, providenciar um meio de libertação da tensão e expressão de sentimentos, permitir que a criança se sinta mais segura naquele ambiente estranho, diminuir o *stress* e as saudades de casa, encorajar a interação e o desenvolvimento de uma atitude positiva perante a hospitalização, assim como promover maior sensação de controlo (Fox, 20224).

Simultaneamente, o brincar apresenta-se como uma forma universal de comunicação, sendo uma das vias mais eficazes para estabelecer uma relação com a

criança (Scott, 2024). Assim, quando direcionado pelos profissionais de saúde, isto é, quando promovido com intencionalidade terapêutica, o brincar facilita a expressão das emoções e sentimentos, promove o bem-estar psicoemocional, auxilia na compreensão dos acontecimentos que ocorrem ao longo do internamento e, ainda, permite fortalecer o vínculo com os profissionais, nomeadamente com a equipa de enfermagem (Barroso et al., 2020; Francisco et al., 2020; Silva et al., 2017).

Deste modo, é fundamental mapear e identificar as intervenções lúdicas utilizadas pelos enfermeiros no cuidado à criança e ao adolescente hospitalizado. O mapeamento desta revisão *scoping* deverá seguir os critérios definidos pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters et al., 2024). Uma pesquisa inicial não identificou a existência de qualquer revisão *scoping* sobre esta temática concreta, realizada ou em curso, pelo que permitirá identificar que características terão as intervenções lúdicas aplicadas pelos enfermeiros na criança e adolescente hospitalizados, permitindo o desenvolvimento de investigação científica sobre a temática.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Participantes

Esta revisão *scoping* terá em consideração todos os estudos que envolvam crianças com idades compreendidas entre 1 e 18 anos menos um dia, as quais se encontrem hospitalizadas.

Conceito

O conceito central analisado nesta revisão inclui as características das intervenções de enfermagem com recurso às estratégias lúdicas. Neste sentido, serão considerados todos os estudos que abordem estas estratégias aplicadas a crianças e adolescentes hospitalizados. Mais especificamente, estes deverão incluir que estratégias lúdicas são utilizadas pelos enfermeiros, tendo em conta o estágio de desenvolvimento da criança/adolescente, em que momentos são aplicadas, que recursos são mobilizados, assim como os indicadores de resultado avaliados.

Contexto

Esta revisão *scoping* deverá incluir apenas estudos realizados em contexto hospitalar.

Tipo de estudos

Na revisão *scoping* serão incluídos todos os tipos de estudos, primários e secundários, estudos qualitativos e quantitativos, assim como literatura cinzenta, desde que respeite os critérios de inclusão descritos anteriormente.

Serão, também, considerados artigos de opinião, *guidelines*, assim como documentos orientadores.

MÉTODOS

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa adotada visa abranger o máximo possível de fontes primárias, incluindo evidências publicadas e não publicadas, assim como revisões. Seguindo as recomendações do JBI, este protocolo de revisão *scoping* utilizará uma estratégia de pesquisa em três etapas.

No primeiro passo, será realizada uma busca limitada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, seguida por uma análise das palavras contidas nos títulos e resumos dos artigos obtidos, bem como dos termos de indexação utilizados na descrição dos mesmos. Não será aplicada uma restrição temporal.

Em seguida, será conduzida uma segunda pesquisa em todas as bases de dados, utilizando todas as palavras-chave e termos de indexação previamente identificados.

Por último, serão examinadas as referências bibliográficas dos estudos já obtidos para identificar artigos adicionais para inclusão na revisão.

No caso dos artigos que atenderem aos critérios de inclusão ou que suscitem dúvidas, será feita uma leitura na íntegra para uma análise mais detalhada. Essa análise será realizada de forma independente por três revisores, sendo que em caso de dúvida a resolução será em conformidade com a maioria.

Apresenta-se neste protocolo uma estratégia de pesquisa preliminar, realizada nas bases de dados CINAHL e MEDLINE (Apêndice I).

Extração de dados

De acordo com a metodologia para elaboração de revisões *scoping* do JBI, foi desenvolvido um instrumento de recolha de dados (Apêndice II). Os dados extraídos das fontes de pesquisa deverão incluir achados relevantes para a questão de revisão e respetivos objetivos, nomeadamente população, objetivo e resultados. Este instrumento poderá ser revisto e reformulado ao longo do processo, em função dos dados obtidos, com vista ao aperfeiçoamento do mesmo.

A extração de dados dos artigos incluídos na revisão *scoping* será efetuada por três revisores independentes. Se necessário, os autores primários serão contactados para se obter esclarecimentos e/ou informações adicionais sobre os dados colhidos.

Síntese de dados

Conforme as diretrizes do JBI, os dados extraídos serão sintetizados, de forma descritiva, em tabela elaborada para o efeito (Apêndice III), devendo estar alinhados com os objetivos e a questão de revisão. As categorias destacadas na tabela de colheita de dados serão as seguintes: estratégias, momentos, recursos e avaliação dos resultados obtidos na utilização do brincar pelo enfermeiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barroso, M. C., Santos, R. S., Santos, A. E., Nunes, M. D., & Lucas, E. A. (2020). Children's perception of venipuncture through therapeutic toy. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 33, 1-8. <https://doi.org/10.37689/ACTA-APE/2020AO0296>

Duffy, E. A. (2024). Health promotion of the toddler and family. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs (Eds.). *Wong's nursing care of infants and children* (12th ed., pp. 396-424). 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 (Eds.). *Wong's nursing care of infants and children* (12th ed., pp. 648-667). Elsevier.

- Francisco, P. R., Bedin, L. P., Manola, C. C. V., Melo, E. B. M., Machado, P. S., & Oliveira, M. V. (2020). Análise da utilização do brinquedo terapêutico em crianças de 03 a 12 anos hospitalizadas. *Saúde Coletiva*, 10(56), 3268–3274. <https://doi.org/https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i56p3268-3281>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2024). Scoping reviews. In E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla, & Z. Jordan (Eds.). *JB I manual for evidence synthesis*. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
- Rokach, A. (2016). Psychological, emotional and physical experiences of hospitalized children. *Clinical Case Reports and Reviews*, 2(4), 399–401. <https://doi.org/10.15761/ccrr.1000227>
- Scott, K. (2024). Communication and physical assessment of the child and family. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs (Eds.). *Wong's nursing care of infants and children* (12th ed., pp. 74-195). Elsevier.
- Silva, A. O. C., Cunha, T. F., Bezerra, I. R., Sant'anna, T. S., Andrade, L. M., Silva, R. M. C. R. A., Pires, A. S., Silva, M. V. G., & Sampaio, C. E. P. (2022). Impactos psicoemocionais na hospitalização pediátrica: Percepções dos acompanhantes e a atuação da equipe de enfermagem. *Research, Society and Development*, 11(3), 1–10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26259>
- Silva, R. D., Austregésilo, S. C., Ithamar, L., & Lima, L. S. (2017). Brinquedo terapêutico no preparo de crianças para procedimentos invasivos: Revisão sistemática. *Jornal de Pediatria*, 93(1), 6-16. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.06.005>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Estratégia de Pesquisa

Quadro I – Mapa de conceitos

P	C		C
Child* Infant* Child, Preschool Adolescen*	Nursing intervention* Nursing care	Play* Play and playthings Play therapy	Hospital* Hospital unit*
OR	OR	OR	OR
	AND		
	AND		

Figura 1 – Captura de ecrã da pesquisa na base de dados CINHAL

N.º de Identificação de Pesquisa		Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Ações
☐	S17	S5 AND S13 AND S16	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (204) Ver Detalhes Editar
☐	S16	S14 OR S15	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (671,981) Ver Detalhes Editar
☐	S15	hospital unit*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (21,914) Ver Detalhes Editar
☐	S14	hospital*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (671,981) Ver Detalhes Editar
☐	S13	S8 AND S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (2,368) Ver Detalhes Editar
☐	S12	S9 OR S10 OR S11	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (207,668) Ver Detalhes Editar
☐	S11	play therapy	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (1,732) Ver Detalhes Editar
☐	S10	play and playthings	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (7,948) Ver Detalhes Editar
☐	S9	play*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (207,668) Ver Detalhes Editar
☐	S8	S6 OR S7	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (96,786) Ver Detalhes Editar
☐	S7	nursing care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (80,824) Ver Detalhes Editar
☐	S6	Nursing intervention*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (19,670) Ver Detalhes Editar
☐	S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (1,422,374) Ver Detalhes Editar
☐	S4	adolescen*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (662,339) Ver Detalhes Editar
☐	S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (1,422,374) Ver Detalhes Editar
☐	S4	adolescen*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (662,339) Ver Detalhes Editar
☐	S3	child, preschool	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (231,938) Ver Detalhes Editar
☐	S2	infant*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (346,052) Ver Detalhes Editar
☐	S1	Child*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (950,107) Ver Detalhes Editar

Figura 2 – Captura de ecrã da pesquisa na base de dados MEDLINE

N.º de Identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Ações
☐	S17  S5 AND S13 AND S16	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (236)  Ver Detalhes  Editar
☐	S16  S14 OR S15	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (7,358,538)  Ver Detalhes  Editar
☐	S15  hospital unit*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (121,867)  Ver Detalhes  Editar
☐	S14  hospital*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (7,358,538)  Ver Detalhes  Editar
☐	S13  S8 AND S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (2,253)  Ver Detalhes  Editar
☐	S12  S9 OR S10 OR S11	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (1,584,580)  Ver Detalhes  Editar
☐	S11  play therapy	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (1,708)  Ver Detalhes  Editar
☐	S10  play and playthings	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (9,268)  Ver Detalhes  Editar
☐	S9  play*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (1,584,580)  Ver Detalhes  Editar
☐	S8  S6 OR S7	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (88,477)  Ver Detalhes  Editar
☐	S7  nursing care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (80,330)  Ver Detalhes  Editar
☐	S6  nursing intervention*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (10,451)  Ver Detalhes  Editar
☐	S5  S1 OR S2 OR S3 OR S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (5,090,782)  Ver Detalhes  Editar
☐	S4  adolescen*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (2,412,723)  Ver Detalhes  Editar
☐	S3  Child, preschool	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (998,551)  Ver Detalhes  Editar
☐	S2  infant*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (1,468,746)  Ver Detalhes  Editar
☐	S1  Child*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (3,401,758)  Ver Detalhes  Editar

APÊNDICE II – Quadro para extração de dados

[illegible]

APÊNDICE III – Quadro para síntese de dados

Categorias	Faixa etária	Resultados
Estratégias utilizadas		
Momentos/Procedimentos de utilização das intervenções lúdicas		
Recursos utilizados		
Indicadores de avaliação		