

# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**Cuidados Especializados à Criança:  
Desenvolvimento de Competências de Enfermeira  
Especialista**

**Ana Patrícia Gomes da Conceição**

**2014**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**Cuidados Especializados à Criança:  
Desenvolvimento de Competências de Enfermeira  
Especialista**

**Ana Patrícia Gomes da Conceição**

**Professora Orientadora:  
Maria Teresa Oliveira Marçal**

**2014**

A decorative graphic on the right side of the page, featuring a large, stylized, grey wave-like shape that curves upwards and then downwards, resembling a stylized 'S' or a wave.

*“A competência não é nem o saber isolado, nem somente a acção; é um saber em actos, responsável e organizado em função de uma finalidade”*

Phaneuf (2005, p.4)

## **Agradecimentos**

À Professora Maria Teresa Oliveira Marçal pela sua orientação, dedicação, disponibilidade e apoio ao longo deste meu percurso, sendo fonte de grande inspiração para continuar esta caminhada...

Aos enfermeiros dos locais de estágio pelas experiências proporcionadas repletas de aprendizagens...

A todos aqueles que contribuíram para que este percurso fosse possível...

...O meu muito Obrigada.

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

GOBP – Guias Orientadores de Boa Prática

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação da Família

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PQCEESCJ - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

PSMGPI – Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

RN's – Recém-nascidos

USF – Unidade de Saúde Funcional

## **Resumo**

No desenvolvimento das minhas competências na área de saúde infantil e pediatria procurei aprofundar os processos de prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em quatro contextos, Neonatologia, internamento de Pediatria, Urgência Pediátrica e USF, com o objetivo de assistir na maximização da sua saúde e na melhor gestão dos seus processos de saúde/doença ao longo do seu ciclo de vida. Desta forma, delineei os meus objetivos e atividades com base nas especificidades da organização dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem, de forma a posteriormente desenvolver competências como EEESCJ nos processos de cuidados em resposta aos requisitos de autocuidado da criança/jovem e família. Conjuntamente com a prestação de cuidados específicos, desenvolvi diferentes atividades adaptadas a cada contexto, resultando no desenvolvimento das minhas competências como futura enfermeira especialista a nível do crescimento e desenvolvimento saudável, da promoção de uma vinculação segura e parentalidade adequada, da relação terapêutica com criança/família, além da intervenção na adaptação à hospitalização e gestão da dor. **Palavras-chave:** cuidado de enfermagem, enfermeira especialista, criança/jovem, competências.

## **Abstract**

In order to improve my skills in child health and pediatrics, I sought to develop the nursing care to the child/youth and their family in four contexts: Neonatology, Pediatrics internment, Pediatric Emergency and USF with the objective of assisting the maximization of their health and management of the health/illness processes throughout their life. Therefore, my goals and activities were outlined based on the specificities of the skilled nursing care on the child and youth health organization, allowing the subsequent development of skills as EEESCJ in response to the requirements of self-care processes of the child/youth and family. In addition to the specific health care provided, I developed various activities regarding each context that resulted in the development of skills as future specialist nurse concerning the healthy development and growth, the promotion of adequate parental linking, the therapeutic relationship with the child/family, as well as the intervention in hospital adaptation and pain management.

**Keywords:** nursing care, specialist nurse, child/youth, skills.

## Índice

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO</b>	7
<b>1.ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM</b>	10
<b>2.DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRA ESPECIALISTA: ELEMENTOS DE UM PERCURSO</b>	21
<b>2.1.Processos de cuidados em resposta aos requisitos de autocuidado universais e de desenvolvimento</b>	22
2.1.1.Crescimento e desenvolvimento saudável: Intervenções de enfermagem	23
2.1.2.Vinculação segura e parentalidade adequada	29
2.1.3.Relação terapêutica com criança/jovem e família	34
<b>2.2.Processos de cuidados em resposta aos requisitos de autocuidado no desvio de saúde</b>	41
2.2.1.A adaptação à hospitalização	42
2.2.2.Gestão da dor na criança/jovem e família	47
<b>3.CONCLUSÃO</b>	52
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	55
<b>APÊNDICES</b>	
Apêndice I – Guia Entrevista/ Observação	
Apêndice II – Enfermeiro de Referência	
Apêndice III – Grelha de Avaliação do Tipo de Vinculação versão I e II	
Apêndice IV – Fatores que influenciam a vinculação do RN: quatro perspectivas	
Apêndice V – Sinais de bem-estar/vinculação do RN e do dador de cuidados na Neonatologia	
Apêndice VI – Massagem Infantil	
Apêndice VII - A Comunicação com o adolescente numa Urgência	
Apêndice VIII - Avaliação Familiar	

## INTRODUÇÃO

Iniciei o percurso de desenvolvimento das minhas competências a nível da prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família neste curso, trabalhando as competências essenciais a um enfermeiro especialista, nomeadamente as que dizem respeito às suas capacidades científicas, técnicas e humanas para a concepção, prestação, supervisão e gestão de cuidados de enfermagem especializada, inicialmente nas experiências teóricas e teórico-práticas e posteriormente nos locais de estágio. O percurso culmina com a elaboração deste relatório de estágio que procura abordar os processos de prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família realizados em estágio em resposta às necessidades do seu crescimento e desenvolvimento e no sentido da maximização da sua saúde, assim como nas situações de especial complexidade ao longo do seu ciclo de vida, enquanto domínios das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010b).

Antes de mais torna-se necessário abordar o conceito de competência, como a capacidade de mobilizar eficazmente as diversas funções de um sistema, onde intervêm diferentes recursos como as operações de raciocínio, conhecimentos, memória, avaliações, capacidades relacionais e comportamentos (Le Boterf, 1995). A competência não é instantânea, baseia-se na formação académica, assim como na personalidade de cada enfermeiro e no saber-fazer adquirido através da experiência na prática de cuidados (Phaneuf, 2005). Refere ainda a mesma autora que a competência em enfermagem é complexa surgindo da combinação de várias dimensões como os saberes científicos, organizacionais e técnicos e na forma como estes se interligam, direi mesmo, o modo como esses saberes se mobilizam em situação de cuidados.

O EEESCJ distingue-se dos demais pelo desenvolvimento de competências técnicas e relacionais essenciais ao cuidado da criança/jovem e família saudável ou em situação de doença quando a família não detenha competências e/ou capacidades para o fazer de forma eficaz (OE, 2013a). Este possui ainda conhecimentos, capacidades e habilidades que são mobilizados na prática clínica e que possibilitam ponderar as necessidades de saúde da criança/jovem e família e atuar em todos os contextos de vida e a todos os níveis de prevenção (OE, 2010a). É neste sentido que o EEESCJ, tendo por alvo os cuidados à criança, e considerando a família o seu primeiro agente de autocuidado, trabalha em parceria com a criança/jovem e família em qualquer contexto em que se encontre de modo a promover o seu mais elevado estado de saúde, prestando cuidados à criança saudável ou doente e proporcionando educação para a saúde a par da identificação e mobilização dos recursos de suporte à família (OE, 2010b). Nos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família é fundamental a identificação dos seus requisitos de autocuidado, assim como dos seus recursos e potencialidades de forma a selecionar, em parceria com os mesmos, os sistemas de intervenção adequados às suas necessidades, quer sejam totalmente compensatórios, parcialmente compensatórios ou somente de orientação e apoio (Orem, 2001).

Por forma a adquirir novas competências e a desenvolver as que já possuía como enfermeira de cuidados gerais, realizei o meu estágio em diferentes contextos de assistência à criança/jovem e família, partindo com um corpo de conhecimentos assente no conhecimento científico disponível, no qual o modelo de autocuidado de Dorothea Orem é um pilar fundamental, e no atual enquadramento profissional para o exercício da enfermagem especializada à criança e jovem. Tinha como objetivo assistir a criança/jovem e família na maximização da sua saúde e na melhor gestão dos seus processos de saúde/doença ao longo do seu ciclo de vida.

O presente relatório pretende demonstrar esse percurso e está estruturado em dois momentos principais. O primeiro diz respeito às questões relacionadas com a organização dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem em Portugal, onde abordarei os principais referenciais profissionais existentes para os cuidados à criança/jovem e família, os programas nacionais, a organização do ambiente pediátrico e o método de trabalho por enfermeiro de referência. No

segundo capítulo farei alusão ao desenvolvimento das competências específicas do EEESCJ, nomeadamente as que dizem respeito aos processos de cuidados em resposta aos requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e no desvio de saúde da criança/jovem e família em diferentes contextos clínicos. Tive assim, oportunidade de estagiar num serviço de Neonatologia, num serviço de internamento de Pediatria e numa Urgência Pediátrica situadas num único hospital central, e tive ainda uma outra experiência numa Unidade de Saúde Funcional (USF) que pertence à área de influência desse mesmo hospital.

Num último momento do relatório serão tecidas considerações finais em relação a todo este percurso de desenvolvimento de competências de EEESCJ.

## **1. ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM**

O EEESCJ tem de ter um profundo conhecimento da organização dos cuidados de saúde e de enfermagem, relativos ao seu beneficiário de cuidados, para que possa prestar cuidados de excelência e, neste caso, em consonância com os referenciais da área da criança/jovem e família. Desta forma, foi para mim essencial começar por compreender as especificidades da organização dos cuidados na área de saúde da criança e do jovem, procurando compreender a mobilização dos Programas Nacionais relativos à criança/jovem e família, dos Regulamentos vigentes sobre as competências do enfermeiro especialista e dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados na prática clínica. Os programas serão abordados ao longo de todo o relatório e mobilizados de acordo com as diversas situações de cuidados, no entanto, pelo seu caráter estruturante, irei focar-me neste capítulo no Plano Nacional de Saúde (PNS) e no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). Em seguida, irei abordar a organização do ambiente pediátrico, tal como a importância da formação dos enfermeiros que trabalham nesta área e da existência de Guias de Boa Prática (GOBP) orientadores da qualidade dos cuidados. Por último, debruçar-me-ei sobre o método de trabalho por enfermeiro de referência e a sua importância nos cuidados à criança e jovem.

Os cuidados especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, têm como finalidade assistir a criança e família ao longo do seu ciclo vital, sempre numa perspetiva de respeito pelos direitos humanos e da criança, de proximidade, parceria, capacitação, de modo a promover a sua saúde, e prevenir, tratar ou recuperar da doença (OE, 2013a). Estes cuidados são realizados em diferentes contextos de vida da criança, desde os cuidados primários com as visitas domiciliárias e os cuidados na escola, aos cuidados hospitalares, em contexto de urgência e de internamento, procurando a promoção da saúde, do bem-estar e autocuidado e a prevenção de complicações (OE, 2013a).

A organização dos cuidados de enfermagem à criança e ao jovem e suas famílias, para garantir a excelência dos cuidados que lhes são prestados, deve respeitar o preconizado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (PQCEESCJ). Esses padrões estruturam-se em torno de seis eixos, procurando a satisfação da criança/jovem, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o seu bem-estar e autocuidado, a sua adaptação às condições de saúde e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001; 2013a).

Este último enunciado descritivo dos PQCEESCJ implica a manutenção de uma filosofia de cuidados centrados na família, a existência de guias e programas a serem mobilizados na prática clínica diária, tendentes à melhoria da qualidade dos cuidados e ao desenvolvimento das competências dos enfermeiros, assim como a existência de parcerias e articulação entre os diferentes contextos de cuidados.

Percebe-se, assim, que a intervenção do EEESCJ assente numa filosofia e organização de cuidados congruente com os direitos da criança e os programas de saúde infantil, contribua para que os cuidados garantam: i) a promoção da adoção de comportamentos potenciadores da saúde, ii) a promoção do crescimento e desenvolvimento saudável da criança e do jovem, e iii) a promoção da adaptação da criança/jovem e família à situação específica de saúde, e a sua capacitação para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação às situações de perda de independência na satisfação do seu autocuidado.

Os programas nacionais relativos à criança e jovem, ajudam a suportar estas intervenções de enfermagem com vista ao autocuidado da criança/jovem e família. Desta forma, como atrás referi, foi importante para o meu percurso de estágio identificar os programas nacionais, assim como o modo como eles são mobilizados nos contextos da prática de cuidados.

O PNS 2012-2016 visa a maximização dos ganhos em saúde da população, abrangendo a pessoa ao longo de todo o seu ciclo de vida com o objetivo de obter ganhos em saúde, promover contextos saudáveis, reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença, assim como fortalecer a participação de Portugal

na saúde global. Nele são definidas várias estratégias orientadoras da organização da saúde em Portugal.

De entre as estratégias para *Promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida* de cada pessoa, interessou para o desenvolvimento das minhas competências, mobilizar as etapas do ciclo de vida que abrangem a criança desde o seu nascimento até aos 18 anos de idade, numa lógica de cuidado centrado na família. Em relação ao *Nascer com Saúde* foram pertinentes as suas orientações para intervenções relativas à amamentação e imunização com vista aos seus benefícios para a saúde a longo prazo. O *Crescer com Segurança* que diz respeito à criança entre os 28 dias de vida e os 10 anos, defende, entre outras, as intervenções que se referem à promoção das relações parentais, aos estilos de vida saudáveis, à prevenção de comportamentos de risco, abuso e violência, ao diagnóstico e intervenção precoce, e aos serviços de saúde adequados à criança. Quanto à etapa do ciclo de vida *Juventude à Procura de um Futuro Saudável* para além de assumir as intervenções anteriormente descritas, dá ênfase às de apoio à saúde mental, às relações saudáveis e ao planeamento familiar, assim como à existência de serviços de saúde adequados ao adolescente.

Tal como o PNS, o PNSIJ (DGS, 2013) orienta as intervenções de enfermagem à criança/jovem e família com vista à melhoria da sua qualidade de vida e dos próprios cuidados de enfermagem. Apresenta, então, algumas linhas mestras essenciais para um cuidado global de excelência que assentam na realização de consultas de enfermagem em idades-chave, na valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e prevenção da doença, na deteção precoce e no acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e que sejam passíveis de correção.

Suportando-me nestes programas e após observação dos diferentes contextos de estágio, já com um olhar assente nos referenciais de cuidados à criança e ao jovem, e através da utilização de aspetos incluídos no guião de entrevista e da observação (Apêndice I), de que se destacam os relativos: i) à missão e enquadramento conceptual do serviço e dos enfermeiros; ii) às atividades desenvolvidas em torno dos seis enunciados descritivos do PQCEESCJ; iii) às práticas de cuidados

mobilizadoras da filosofia dos cuidados à criança/jovem e família em cada serviço; e ainda iv) à relação entre o padrão documental do serviço e o Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem, de um modo geral, considero que os serviços de saúde de atendimento à criança/jovem e família cumpriam ou procuravam cumprir estas orientações.

Verifiquei que a organização dos cuidados está orientada para a criança/jovem e família, promovendo o seu crescimento e desenvolvimento saudável, a interação precoce com os pais e a promoção da sua agência para o autocuidado, seja em situação de saúde, doença aguda ou crónica. É seguida uma filosofia de cuidados centrados na família que está presente na valorização da criança como ser único e individual, assim como da sua família que é reconhecida, tal como Hockenberry e Wilson (2011) referem, como uma constante na vida da criança, e que desempenha um papel imprescindível nos cuidados, numa dinâmica de parceria com a equipa de enfermagem.

Os cuidados de enfermagem são, então, planeados em parceria com a criança/jovem e família, valorizando tanto as suas necessidades reais e individuais como as suas potencialidades. Desta forma, caso a família ainda não se encontre preparada para assumir o autocuidado do seu filho, e os cuidados de enfermagem decorram nos sistemas totalmente e parcialmente compensatórios, o internamento pode ser prolongado. No caso da Neonatologia, criança e família podem ser transferidas para o serviço de Pediatria até terem autonomia e confiança para serem agentes de autocuidado e os enfermeiros estabelecerem as suas intervenções no sistema de orientação e apoio, sistema também preconizado por Orem.

A doença e a hospitalização condicionam ansiedade e medo nas crianças, demonstrado através dos *stressores* da hospitalização, nomeadamente pela separação, perda de controlo e lesão corporal e dor. Cuidados de enfermagem de qualidade passam por ajudar a ultrapassar estas etapas da melhor forma possível, tornando-a numa experiência de crescimento e desenvolvimento para a criança/jovem e família com vista à sua independência. A par do cuidado em si, o ambiente pediátrico atua também como um elemento facilitador da experiência de doença e hospitalização da criança e jovem (Marçal, 2006). Os PQCEESCJ (OE,

2013a) defendem que o enfermeiro especialista deverá intervir na minimização do impacto dos fatores geradores de *stress* relacionados com a experiência de hospitalização. Este ambiente da criança e do jovem é influenciado por diferentes fatores, como humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, contudo deve ser sempre promotor da saúde e conseqüentemente do desenvolvimento e independência da criança/jovem e família (OE, 2013a).

Assim, o cuidado de enfermagem passa pela criação de um ambiente físico e de uma prestação de cuidados que suportam as necessidades de crescimento e desenvolvimentos das crianças (Boxwell, 2010), tal como tive a oportunidade de presenciar no serviço de Neonatologia em que o ambiente desempenha um papel fundamental no desenvolvimento do recém-nascido (RN) prematuro atuando diretamente na promoção do seu crescimento e bem-estar. Este assunto será aprofundado no próximo capítulo quando abordado o universo dos cuidados para o desenvolvimento.

O ambiente pediátrico deverá, então, ser único e adequado à criança/jovem e à família, promotor de experiências positivas, capaz de ser seguro e flexível para que se possa tornar mais íntimo e personalizado para cada um e deste modo possa transmitir uma sensação de controlo, que disponha de dispositivos interativos e informativos, e que respeite e promova o papel dos pais nos cuidados (Marçal, 2006). Este conceito tem ganho importância no contexto dos cuidados pediátricos ao longo dos anos, existindo um maior interesse pelos profissionais de saúde nas questões relativas ao ambiente pediátrico e na forma como este se relaciona com o bem-estar e o desenvolvimento das crianças/jovens e famílias.

Smith, et al. (2002) defendem a existência de áreas próprias para as crianças e adolescentes distintas das dos adultos, com decoração adequada às crianças que promova a brincadeira e a diversão com brinquedos adaptados ao desenvolvimento, assim como espaço para que o pai ou cuidador parental possa permanecer junto da criança/jovem. Devem, também, existir espaços próprios para os tratamentos, com material e equipamento adequado ao tamanho das crianças e jovens. Um estudo sobre as perspetivas das crianças dos 5 aos 8 anos, sobre o ambiente físico ideal de um hospital pediátrico, revelou três temas essenciais: o espaço pessoal, o ambiente

físico e o acesso para e dentro do hospital (Lambert, Coad, Hicks e Glacken, 2014). Bishop (2010) apresenta no seu estudo as perspectivas de crianças e jovens dos 9 aos 18 anos sobre um ambiente hospitalar de suporte como aquele que deve ser capaz de os manter envolvidos, num estado de espírito positivo e onde possam encontrar apoio para a autoajuda e estratégias de *coping*. Além disto, é um ambiente onde as suas necessidades e as da sua família são antecipadas e apoiadas, oferecendo uma sensação de conforto e confiança.

O espaço físico, os objetos, os sons e as imagens são importantes para a criança, contudo este ambiente fica em segundo plano quando existe um enfermeiro competente que cuida da criança de forma individual e atende as suas necessidades (Bortolote e Brêtas, 2008). Assim, este ambiente hospitalar deve ser construído não só para as crianças, como também deve respeitar o seu direito à dignidade, privacidade, apoio familiar e autocontrolo (Lambert, Coad, Hicks e Glacken, 2014).

Os serviços de Pediatria onde realizei os estágios, apresentam condições adequadas ao internamento das crianças, com espaços próprios para brincar, com pinturas adequadas na parede, e espaços específicos para tratamentos, evitando que os procedimentos dolorosos sejam realizados no quarto, assim como espaço para a presença dos pais. As pinturas privilegiam os temas relativos à natureza, uma vez que reduzem os níveis de ansiedade, tranquilizam e ajudam a criança e família a lidar com a experiência que estão a passar (Marçal, 2006). No hospital onde estagiei o tema privilegiado é o mar, tendo como mascote um animal marinho, que é o símbolo da Pediatria, e que foi sugerido pelas crianças internadas.

De um modo geral e atendendo às necessidades da criança, todo o departamento da Pediatria apresenta uma decoração tranquilizante e estrategicamente colocada em locais que possam proporcionar distração ou ser utilizada pelos profissionais como estratégia não farmacológica de alívio da dor, como na sala de tratamentos. Uma iluminação não agressiva para as crianças mas compatível com o desempenho profissional e o equipamento essencial aos cuidados integrado e harmonizado na disposição e decoração do serviço, mantêm um ambiente acolhedor para a criança e família (Marçal, 2006). Estes espaços, tal como são apresentados pelos hospitais

pediátricos a nível internacional, devem ser coloridos e divertidos, proporcionando um ambiente amigável para que criança e jovem se sintam animados.

O quarto ou a cama da criança, sempre que possível, e tal como preconizado, era respeitada como o seu local de refúgio e de conforto, evitando procedimentos dolorosos no mesmo. Era, também, facultada a possibilidade de ser flexível para que cada criança e família o pudessem tornar mais acolhedor e individual.

A par dos cuidados a ter com o conforto da criança, as instalações e o espaço que é proporcionado aos pais também é importante, para que possam ter condições para dormir junto dos seus filhos, mas também terem uma sala onde se possam distrair e relaxar, ou mesmo conversar com outros pais. Existe uma sala para os pais que oferece espaço para que possam estar confortáveis, descansar e preparar refeições ligeiras, com instalações sanitárias adequadas.

O ambiente pediátrico deve também ter espaços educativos e proporcionar oportunidades de aprendizagens às crianças e jovens como parte de um cuidado de enfermagem sensível aos requisitos de autocuidado universais e de desenvolvimento das crianças/jovens e família (Wilks, Green, Zazryn e Tsharni, 2012). O grupo de humanização da pediatria do hospital onde estagiei tem como principal objetivo promover ações de humanização que permitam amenizar as consequências psicoemocionais resultantes do internamento, da doença crónica, e das necessidades de tratamentos repetidos. Dada a importância do ambiente pediátrico na melhoria do bem-estar das crianças e famílias internadas, existem dois programas no departamento que colaboram neste sentido: o programa da “Música nos Hospitais” e o programa “Operação Nariz Vermelho”. Os dias em que existem estas atividades são esperados com grande alegria e quando os animadores passam no internamento deixam sorrisos em todos, desde crianças a profissionais.

A terapia pela arte, de forma a ajudar as crianças/jovens e família a trabalhar com os seus problemas, a conseguir lidar com a dor e a expressar-se, já é usada em muitos hospitais, nomeadamente nos Estados Unidos da América, onde apresentam cuidados sensíveis, capazes de tornar a experiência da hospitalização numa experiência positiva. A arte, a música, a dança, o yoga são algumas das ferramentas

que dispõem de forma a promover a expressão de medos e dúvidas essenciais para a adaptação da criança/jovem à sua condição de doença.

O brincar é a linguagem universal das crianças (Hockenberry e Wilson, 2011), sendo uma das formas mais importantes de comunicação com estas. Através da brincadeira, a criança consegue demonstrar as suas necessidades, sentimentos e relacionamentos com a família, amigos ou profissionais de saúde. Desta forma, torna-se essencial que o brincar seja uma constante nos serviços de Pediatria. Brincar no hospital é tão importante como a terapêutica ou os exames clínicos, uma vez que permite que ao brincar a criança/jovem exprima a sua angústia, dor e agressividade (Santos, 2006), além de lhe devolver uma sensação de controlo ao tomar decisões sobre e na brincadeira ou outras atividades de expressão num ambiente estranho (Hockenberry e Wilson, 2011).

A brincadeira terapêutica, que ajuda as crianças e jovens a lidar com as suas preocupações e medos tem diferentes funções no hospital como o relaxamento, o sentimento de maior segurança e controlo, a expressão de sentimentos, a diminuição do sentimento de solidão, e pode contribuir para a preparação antes e após um procedimento doloroso ou cirurgia (Hockenberry e Wilson, 2011; Santos, 2006; Pereira, Nunes, Teixeira e Diogo, 2010). No capítulo sobre a gestão da dor irei desenvolver este tema com maior detalhe.

Adequado às necessidades e capacidades dos serviços, os enfermeiros proporcionam ambientes capazes de ajudar as crianças/jovens e famílias, tranquilizando-as e brincando com estas. O serviço de Pediatria onde estagiei tem uma sala de atividades com uma educadora onde há atividades de grupo e individuais, através da expressão plástica, livros, computador entre outras. Contudo, infelizmente, esta sala apenas funciona da parte da manhã e os jogos e livros, fora desse período, não ficam acessíveis às crianças que estão internadas. Estas atividades são essencialmente vocacionadas para as crianças mais pequenas, uma vez que o serviço ainda se encontra em processo de transição para admitir adolescentes conforme o alargamento da idade pediátrica até aos 18 anos. Desta forma, ainda não existem espaços próprios para esta faixa etária, como por exemplo a sala de atividades que pela sua reduzida dimensão não dispõe de um local para

funcionar como sala de estar para os adolescentes, existindo apenas um computador com acesso à internet. Contudo, apesar desta limitação física, os enfermeiros conseguem proporcionar algum conforto e privacidade ao adolescente, escolhendo quartos individuais ou junto a outros adolescentes quando possível de forma a ajudá-los a exercerem a sua independência.

A par da brincadeira, a música desempenha um papel importante nos cuidados diários num serviço de Pediatria de forma a tornar a hospitalização numa experiência positiva para a criança/jovem e família e aumentar o seu bem-estar físico e mental (Hendon e Bohon, 2007). Durante o meu estágio tive a oportunidade de comprovar estes benefícios da música, desde os recém-nascidos (RN's) prematuros aos adolescentes. Tondatti e Correa (2012) mencionam no seu estudo que a música, tal como o brincar, promove a redução do stress e angústia, melhora a sensação de dor, estabiliza os sinais vitais, promove a confiança entre a equipa, criança/jovem e família, facilita a comunicação e a realização de procedimentos invasivos, além de ser um entretenimento.

Na Urgência Pediátrica, nomeadamente nas Unidades de Internamento de Curta Duração, é muitas vezes colocada música ambiente adequada à idade das crianças que se encontram na sala, o que segundo os enfermeiros do serviço e tal como observei, contribui para um ambiente mais tranquilo, deixando crianças e pais também mais calmos. No serviço de Neonatologia a música chegava através do programa "Música nos Hospitais" que trazia música suave a cada RN na sala de intermédios, deixando-os mais calmos, assim como os pais que pareciam também tranquilizar por momentos de todo o *stress* que estavam a vivenciar. Pölkki, Korhonen e Laukkala (2012) concluíram que numa unidade de cuidados intensivos neonatais, a maioria dos pais concordavam que a música pode ter efeitos positivos para todos, crianças, profissionais e os próprios pais.

A música é utilizada no serviço de Pediatria, normalmente associada à distração com a pintura das paredes na sala de tratamentos que pode funcionar como um jogo aquando de procedimentos dolorosos. Segundo Tondatti e Correa (2012), a música e o jogo são mediadores importantes no processo de doença e hospitalização.

A par de todos estes aspetos, a contribuição do EEESCJ para a organização dos cuidados passa pela formação contínua dos enfermeiros para a manutenção da qualidade dos cuidados prestados e pelo desenvolvimento profissional, nomeadamente por momentos de formação em serviço através de diversas reuniões de serviço e as passagens de turno. Com esta prática de formação pretende-se uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados, assente nos GOBP, os quais pretendem ser uma ajuda para os enfermeiros na resolução de problemas em diferentes contextos (OE, 2013a).

Além da formação contínua, uma organização de cuidados promotora da qualidade pressupõe o enfermeiro de referência como método de trabalho. Este constitui-se como fundamental no cumprimento de uma organização do serviço de acordo a filosofia de cuidados em Pediatria. Esta filosofia implica um método de trabalho que respeite os seus princípios, ou seja, o reconhecimento da família como fundamental na vida da criança, e a promoção do seu envolvimento, participação, parceria, capacitação e negociação durante a prestação de cuidados (Apolinário, 2012), o que contribui para um sentimento de maior segurança, apoio e confiança por parte dos pais (Mendes, 2012).

Na Neonatologia tive a oportunidade de observar a aplicação do método de trabalho por enfermeiro de referência. Este enfermeiro acompanhava o RN desde a sua admissão no serviço até ao encaminhamento para os cuidados de saúde primários e/ou consultas de desenvolvimento aquando a alta. Além de conhecer o RN e sua família, sendo detentor dos requisitos de autocuidado dos mesmos, os cuidados de enfermagem eram planeados em parceria com a família, passando gradualmente de um sistema totalmente compensatório para o de apoio e orientação no final do internamento. O enfermeiro de referência constituía uma ponte entre a família e a restante equipa multidisciplinar.

Já detentora da forma como este método de trabalho poderá ser aplicado, no serviço de Pediatria contribuí para a sua implementação no sentido da melhoria da qualidade e do desenvolvimento das competências dos enfermeiros nele implicados. Esta implementação foi iniciada pela elaboração de um documento de reflexão sobre o método, que foi discutido com a chefia e coordenação do serviço e que, conforme

se pode ver no Apêndice II, se debruçava sobre: os seus fundamentos e objetivos, as competências essenciais aos enfermeiros, as suas características e vantagens, e por último, as competências específicas do enfermeiro de referência no serviço de Pediatria. Seguiu-se uma sessão de formação sobre o método de trabalho à equipa, onde foram apresentados os aspetos atrás referidos.

Foi salientado que neste método, preconizado nos PQCEESCJ (OE, 2013a), o enfermeiro é responsável por realizar a avaliação inicial, o diagnóstico, planeamento e avaliação dos cuidados prestados, assim como a supervisão de todos os cuidados realizados durante todo o internamento e a todas as crianças/famílias que lhe forem atribuídas; trabalha em consonância e numa dinâmica eficaz com os enfermeiros associados, assumindo a responsabilidade dos processos de cuidados e de supervisão de todos aqueles que neles participam.

Na discussão sobre a aceitação da equipa e o melhor modo de o iniciar no serviço, os 9 enfermeiros presentes, mostraram-se motivados em iniciar a implementação deste método e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados às crianças/jovens e famílias internadas. Esta implementação será realizada de forma gradual, sendo iniciada com crianças e famílias com internamentos mais prolongados para que a equipa consiga aplicar este método ao mesmo tempo que detecta dúvidas e dificuldades na sua implementação, e que conseqüentemente possam ser solucionadas.

Esta observação e análise da organização dos cuidados, assim como da operacionalização dos programas nos serviços de Pediatria, como se verá no capítulo seguinte foram estruturantes para a organização das minhas atividades no âmbito da prestação de cuidados à criança/jovem e sua família, adequando-os às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento destes, investindo na maximização da saúde e ajudando na gestão dos processos de saúde/doença, sempre no cumprimento dos direitos da criança.

## **2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRA ESPECIALISTA: ELEMENTOS DE UM PERCURSO**

Com vista ao desenvolvimento das minhas competências como EEESCJ, como já referido, no percurso que desenvolvi para além do quadro regulador da profissão, tive como fundamento o modelo de enfermagem de Dorothea Orem. Nesse modelo, o cuidado de enfermagem é considerado fundamental em todos os estádios de vida da pessoa e tem como especial preocupação as necessidades de autocuidado da pessoa, a sua provisão e manutenção a fim de sustentar a vida e a saúde, recuperar da doença e gerir os seus efeitos (Orem, 2001). O autocuidado diz respeito a ações que as pessoas podem ter de forma a regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, e contribuir assim para o seu bem-estar e independência (Orem, 2001). Tive presente que os requisitos de autocuidado expressam as ações que são necessárias na regulação do funcionamento, desenvolvimento ou bem-estar de cada pessoa, em ambientes estáveis ou em mudança, que estão interrelacionados e são interdependentes. Reconheci que no cuidado de enfermagem é fundamental identificar o nível de independência na satisfação daqueles requisitos para que, em parceria, sejam delineadas intervenções individuais e personalizadas.

Desta forma, com vista a desenvolver as minhas competências, tendo igualmente em conta os focos de atenção da criança e família, e suportando-me no Regulamento das Competências do EEESCJ, delineei o objetivo de prestar cuidados adequados às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e família, na maximização da saúde e na gestão dos processos de saúde/doença.

As atividades serão apresentadas tendo por base os três tipos de requisitos de autocuidado, universais, desenvolvimento e desvio de saúde, abrangendo a criança e família ao longo do seu desenvolvimento tendo em vista a sua independência, e serão ainda relacionadas com o sistema de intervenção de Orem mais adequado em cada momento.

No primeiro subcapítulo abordam-se os processos de cuidados em resposta aos requisitos de autocuidado universais e de desenvolvimento, onde aprofundarei as questões relativas ao i) crescimento e desenvolvimento saudável da criança/jovem, ii) à vinculação segura e parentalidade adequada, e por fim iii) à relação terapêutica estabelecida entre enfermeiro e criança/jovem e família. No segundo subcapítulo farei referência aos processos de cuidados em resposta aos requisitos de autocuidado no desvio de saúde, debruçando-me na adaptação à hospitalização no que diz respeito aos processos de tomada de decisão e de gestão da dor na criança/jovem e família.

## **2.1. Processos de cuidados em resposta aos requisitos de autocuidado universais e de desenvolvimento**

Os requisitos de autocuidado universais dizem respeito à manutenção da integridade estrutural ou funcional da pessoa nas diferentes fases do seu ciclo de vida (Orem, 2001), através da satisfação das suas necessidades básicas e enfatizando a importância da interação social. A par destes, existem os requisitos de autocuidado de desenvolvimento que necessitam de ser satisfeitos para que a criança cresça e se desenvolva de forma saudável e se torne um adulto independente. Tal como mencionei, anteriormente, eles são interdependentes, pelo que os sistemas de intervenção têm de ser direcionados para as necessidades específicas e individuais de cada criança/jovem e família em cada momento do processo de cuidados.

O EEESCJ tem competências para cuidar da criança e família ao longo do seu ciclo de vida e consoante as suas necessidades dar uma resposta adequada, promovendo o crescimento e desenvolvimento saudável, a vinculação segura e uma parentalidade adequada, sempre com base numa relação terapêutica com a criança/jovem e família ao atuar como suporte no seu cuidado de orientação, apoio e capacitação com o propósito final do autocuidado.

### 2.1.1. Crescimento e desenvolvimento saudável: Intervenções de enfermagem

O EEESCJ presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, promovendo a maximização do seu potencial de desenvolvimento desde a vinculação quando RN até à adolescência (OE, 2010b). Na avaliação dos requisitos de autocuidado de desenvolvimento, o enfermeiro deve ter em conta: a provisão de condições que promovam o desenvolvimento, o envolvimento no autodesenvolvimento e as interferências no desenvolvimento, assim como o prevenir ou o superar as condições que possam afectar o desenvolvimento de forma negativa (Orem, 2001).

Em cada etapa do desenvolvimento da criança é essencial que se conheça e identifique quais são os períodos críticos que ela e a família estão a passar para que os cuidados de enfermagem sejam adequados e sensíveis a cada situação.

Erikson (1976), na sua teoria do desenvolvimento psicossocial, apresenta a importância da socialização para o desenvolvimento saudável da criança, através de seis fases que correspondem a períodos críticos do desenvolvimento que têm de ser ultrapassados de forma positiva e adequada para que a criança cresça e se desenvolva.

Estes referenciais foram fundamentais em todo o estágio proporcionando uma base para o meu cuidado de enfermagem à criança e jovem.

Na Neonatologia estas questões assumem uma pertinência basilar para todo o cuidado de enfermagem que tem em conta o universo dos cuidados para o desenvolvimento (Gibbins, Hoath, Coughlin, Gibbins e Franck, 2008). Ao cuidar de RN's prematuros qualquer ação terá um forte impacto no seu desenvolvimento, seja a nível do ambiente (ruído e luz), dos seus posicionamentos, das práticas de cuidados de alívio da dor, das oportunidades de contacto pele-a-pele com os pais, e do planeamento dos cuidados ao RN por parte de toda a equipa.

Na perspetiva do universo dos cuidados para o desenvolvimento, atrás referida, a criança é o seu núcleo central, e é vista como um todo. A pele, a qual é manipulada nas intervenções de enfermagem, surge como uma superfície partilhada e ao prestar

os cuidados nesta, iremos influenciar diretamente o sistema nervoso central. Além disto, fatores ambientais como o ruído, luzes brilhantes, manipulações frequentes e procedimentos dolorosos contribuem para resultados pobres no RN prematuro, tais como a sua desorganização. Em qualquer cuidado de enfermagem terá de se ter em conta que quando se dá atenção a um domínio específico, seja alimentação, posicionamento, termorregulação, cuidados à pele, conforto, entre outros, este irá afetar todos os outros domínios. Este modelo inscreve-se também numa filosofia de cuidados centrados na família, enfatizando a importância da educação para a saúde e a promoção do toque positivo pelos pais. Assim, na operacionalização do modelo do universo dos cuidados para o desenvolvimento existem cinco medidas importantes: i) a proteção dos ciclos do sono, ii) a avaliação e gestão da dor e do stress, iii) o planeamento das atividades de vida diária (posicionamento, alimentação e cuidados à pele), iv) cuidados centrados na família e o v) ambiente (Coughlin, Gibbins e Hoath, 2009).

Com base no guião de entrevista e observação (Apêndice I), assim como da minha observação participante nos cuidados diários ao RN posso concluir que na Neonatologia os cuidados de enfermagem têm por base este modelo, no respeito destas cinco medidas. Desta forma, através da prestação de um cuidado único e específico como por exemplo o posicionamento, tive a possibilidade de observar a grandeza e a importância dos cuidados para o desenvolvimento, que estão presentes em tudo o que realizamos desde que entramos no serviço. Neste caso específico, o posicionamento era realizado no respeito pela manutenção do equilíbrio entre atividade/descanso, proporcionando conforto e organização ao respeitar as orientações para um posicionamento adequado do RN, ou seja que promova a flexão, a orientação à linha média e o movimento mão à boca, uma postura simétrica e um tônus muscular adequado (Testa, Lavrador e Barraca, 2002). Este momento era, também, aproveitado para outros cuidados como a mudança da fralda ou alimentação por gavagem, sempre num respeito por um ambiente tranquilo e seguro, atendendo aos ruídos (como o abrir e fechar as portas da incubadora) e a luminosidade (ao proteger a incubadora com a capa de proteção). O cuidado de enfermagem passa também por ensinar os pais para que estes tenham atitudes promotoras do desenvolvimento do seu filho, ajudando-os a conhecê-lo melhor,

assim como as especificidades da prematuridade, com vista ao seu crescimento e desenvolvimento saudável, ou seja, ao seu autocuidado.

Mas as questões do crescimento e desenvolvimento ultrapassam esta fase da vida da criança.

Durante a minha experiência no contexto da USF, as questões do crescimento e desenvolvimento saudável da criança assumiram o papel principal. As consultas de vigilância de saúde infantil proporcionam momentos cruciais para a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, assim como uma oportunidade para a promoção dos cuidados antecipatórios, num respeito e compreensão do ambiente familiar e escolar, ou seja, considerando os fatores de proteção e os *stressores* associados a estes ambientes (OE, 2013a). Nestas consultas o enfermeiro tem um papel autónomo no cuidado à criança e família, orientando a sua própria intervenção a partir dos diagnósticos de enfermagem realizados. Assim, em caso de maior monitorização ou vigilância de algum aspeto do desenvolvimento, o enfermeiro tem a autonomia de marcar consultas entre aquelas preconizadas pela Direção Geral de Saúde (DGS). Esta autonomia no cuidado de enfermagem, da identificação do problema até à avaliação dos resultados das intervenções realizadas é reconhecida no REPE (DL161/96). Nos cuidados de saúde primários esta autonomia na avaliação, implementação de medidas e intervenções de enfermagem assim como a gestão de cuidados é visível todos os dias na promoção da saúde da criança e família.

As consultas de vigilância de saúde infantil em idades-chave, além das sincronizadas com o esquema cronológico do Programa Nacional de Vacinação, correspondem a acontecimentos importantes na vida da criança e família sendo fundamental nos cuidados antecipatórios e logo na promoção da saúde e na prevenção da doença e acidentes. Estes são também momentos em que o enfermeiro pode intervir apoiando-se no modelo de desenvolvimento *Touchpoints* de Brazelton, ensinando os momentos chave do desenvolvimento infantil aos pais numa perspetiva positiva do desenvolvimento e atuando em parceria com os mesmos, pois só através da colaboração entre ambos se conseguem cuidados antecipatórios efetivos e eficazes, tendo por base os pressupostos parentais. Os *touchpoints* são

períodos previsíveis de desorganização ao longo do desenvolvimento infantil que podem ou não perturbar as relações familiares, e que surgem como oportunidades para os cuidados de enfermagem de qualidade. Pude, igualmente, aperceber-me que o desenvolvimento infantil não é contínuo, ou seja, apresenta movimentos regressivos, surtos evolutivos e pausas, sendo normal haver uma regressão numa determinada competência já adquirida, quando existe um surto evolutivo numa outra área do desenvolvimento (Brazelton, 1999).

Estas consultas de vigilância são também momentos importantes de avaliação do desenvolvimento e crescimento das crianças que permitem a detecção precoce de alterações ao padrão dito normal de crescimento e posterior encaminhamento para os profissionais competentes.

Durante o estágio na USF planeei as consultas de saúde infantil tendo por base estas premissas. Após o acolhimento e apresentação, realizava a avaliação do crescimento da criança ao mesmo tempo que brincava com ela e ganhava a sua confiança para conseguir fazer uma correta avaliação do desenvolvimento utilizando a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada. Procurava envolver a família compreendendo a sua dinâmica na vida da criança, as suas dúvidas e receios, assim como hábitos de vida saudáveis como alimentação ou exercício físico. Consoante os requisitos de autocuidado da criança e família identificados, fazia uma avaliação de forma a compreender quais os sistemas de enfermagem que esta necessitava, normalmente o de apoio e orientação. Assim, reforçava os cuidados antecipatórios tendo em atenção os casos específicos em que era necessário abordar alguns sinais de alerta que podiam condicionar uma vinda mais cedo à USF para serem reavaliados. Cada consulta era única e individual, uma vez que cada criança/jovem e família têm necessidades diferentes e nem todas as crianças chegam à mesma idade com o mesmo estágio e condições de desenvolvimento (DGS, 2013). Segundo o PNSIJ, os objetivos da vigilância de saúde da criança e jovem nos cuidados primários passam pela avaliação do percurso de cada criança, pela deteção precoce de qualquer perturbação e a implicação desta na sua qualidade de vida, pelo sucesso educacional e pela sua integração social (DGS, 2013).

Apenas como exemplo, numa dessas consultas a uma criança de 3 anos detetei, ao aplicar a Escala de Avaliação já referida, um atraso no desenvolvimento da linguagem. Dizia apenas o seu primeiro nome e apresentava um vocabulário curto e pouco compreensível inclusive pela sua mãe, quando já deveria dizer frases com quatro palavras. Questionei sobre o ambiente familiar e escolar, sabendo que esta criança frequenta a creche desde os 8 meses, mas sempre teve muitos amigos na mesma sala, e que vive com a sua mãe e uma amiga que não a compreendendo também não a estimulam. Para além das orientações dadas à mãe, a criança foi referenciada para a médica de família e, posteriormente para a consulta de desenvolvimento do hospital.

Além deste aspeto, nestas consultas de enfermagem são impulsionados comportamentos promotores de saúde, dentro dos quais destaco: a nutrição adequada à idade e necessidade individual, a prática de exercício físico e o brincar, a prevenção de consumos nocivos e acidentes (DGS, 2013). Durante o meu estágio observei crianças com excesso de peso e risco de hipertensão. Apesar de a amostra que observei durante o estágio não ser significativa da população, este é sem dúvida um grande problema de saúde pública a nível nacional e mundial. De acordo com o critério do *Centers for Disease Control and Prevention*, 30,2% das crianças apresentam excesso de peso, sendo 14,3% obesas (DGS, 2012), numa amostra que corresponde a crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 8 anos, de todas as regiões de Portugal. De forma a dar resposta a este problema, existem diversas iniciativas da DGS, nomeadamente o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável com a finalidade de melhorar o estado nutricional da população em geral, e que apresenta alguns projetos e programas vocacionados para as crianças que podem ser mobilizados nas consultas, como o projeto *Nutri Ventures* que promove uma alimentação saudável e equilibrada associada à brincadeira. A promoção do crescimento saudável através deste tipo de alimentação associada ainda à redução do sal, e à promoção do exercício físico é essencial nas consultas de vigilância de saúde infantil, uma vez que a prevalência da hipertensão em idade pediátrica também está a aumentar (Andrade, António, Rodrigues, Silva, Pêgo e Providência, 2010). O PNSIJ (DGS, 2013) aponta também para o aumento da hipertensão arterial na idade pediátrica como um problema em crescimento

associado à modificação dos estilos de vida e aumento da obesidade. Nas consultas de vigilância de saúde infantil em que tive oportunidade de participar foram detetadas algumas crianças com pré-hipertensão, tendo-se num primeiro momento alertado para esta situação e, conseqüentemente promovido estilos de vida saudáveis para toda a família. Como disse anteriormente, apesar da articulação com o médico de família para referenciação destas situações, foram marcadas novas vindas à USF de forma autónoma para controlo da tensão arterial e monitorização da adaptação a um novo estilo de vida mais saudável. Tal como referem Tyler e Horner (2008), os profissionais de saúde devem trabalhar em conjunto com as famílias para conseguirem promover estilos de vida saudáveis e conseqüentemente reduzir os riscos de saúde e prevenir problemas de saúde.

Para que o cuidado de enfermagem possa ter resultados positivos, os enfermeiros necessitam de conhecer quais os melhores métodos de ajuda que cada criança/jovem e família necessitam, adequando-os aos seus requisitos de autocuidado e trabalhando em articulação com outros profissionais quando necessário. Existem cinco modos de ajuda que podem ser isolados ou combinados entre si: agir por ou fazer pelo outro, guiar e orientar, proporcionar apoio físico ou psicológico, proporcionar e manter um ambiente que suporta o desenvolvimento pessoal e ensinar (Orem, 2001). Desta forma, nas consultas de saúde infantil além do reconhecimento dos requisitos de autocuidado da criança/jovem e família, foi importante identificar quais as causas da obesidade ou da pré-hipertensão para, em parceria com a criança/jovem e família, superar ou compensar as limitações associadas à sua saúde e a envolve-los nas ações para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, conforme é defendido por Orem (2001).

No serviço de Pediatria e na Urgência Pediátrica, as questões relativas ao desenvolvimento são abordadas em contexto de doença, dando-se primazia por exemplo à prevenção de acidentes e à interação saudável entre filhos e pais. No serviço de Pediatria são trabalhadas as questões relativas à promoção do autocuidado, ou seja, a agência para o autocuidado dos pais aquando situações de doença crónica, como por exemplo, a diabetes inaugural ou a preparação para a alta de um RN prematuro. O universo de cuidados para o desenvolvimento continua a

fazer sentido, porque para qualquer criança o ambiente têm uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento.

Outro aspeto importante é a deteção precoce de alterações no desenvolvimento, seja em contexto de consulta de vigilância, seja num episódio de urgência e internamento por situação aguda. Durante o meu estágio, os casos de alterações de desenvolvimento nestas condições já estavam a ser acompanhados pelo Centro de Desenvolvimento da Criança.

Todas as situações de cuidados se revelaram fundamentais para a compreensão do papel dos pais nos diferentes processo vividos pela criança, o que me conduz às atividades realizadas no âmbito do processo de vinculação da criança com o dador de cuidados.

#### 2.1.2. Vinculação segura e parentalidade adequada

A resposta aos requisitos de autocuidado universais e de desenvolvimento, a par da promoção do crescimento e desenvolvimento saudável da criança, exige que o EEESCJ tenha competências para intervir na promoção de uma vinculação segura e parentalidade adequada. Estas intervenções de enfermagem são essenciais para que os pais ou cuidadores parentais se reconheçam e assumam como agentes de autocuidado, capazes de promover a interação social da criança e, conseqüentemente o seu bem-estar geral.

O conceito de parentalidade surge como o assumir de responsabilidade em ser mãe e/ou pai, facilitando a incorporação do RN na família e a adoção de comportamentos que otimizem o crescimento e desenvolvimento da criança, assim como a sua socialização e transmissão da cultura. A vinculação está implícita neste processo de parentalidade e é definida como a ligação e formação de laços afetivos entre a criança e mãe e/ou pai (OE, 2011a). É do resultado do comportamento social de cada indivíduo que surge a vinculação, não esquecendo que quando nasce a criança tem uma inclinação para se aproximar dos estímulos que lhe são familiares em prol dos que lhe são estranhos (Bowlby, 1990).

Para o EEESCJ, a promoção de uma vinculação segura e de uma parentalidade adequada é iniciada desde o nascimento, tornando-se questões essenciais para o crescimento e desenvolvimento da criança e dos pais ou cuidadores parentais. Segundo Erikson (1976), a primeira fase, *confiança básica VS desconfiança*, é essencial ao desenvolvimento da criança, uma vez que a mãe cria no seu filho um sentimento de confiança ao responder às suas necessidades individuais e transmitindo um sentimento de identidade, aspetos fundamentais no contexto do serviço de Neonatologia.

Perante RN's e pais prematuros, que por diferentes motivos ainda não tinham terminado o seu processo de preparação para o nascimento, cabe ao EEESCJ, promover a vinculação entre eles, tendo por base que essa ligação precoce mãe-bebé influencia o desenvolvimento cerebral e ajuda na modulação das emoções, do pensamento, da aprendizagem e do comportamento ao longo da vida de acordo com o manual de orientação *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância (PSMGPI)* (DGS, 2005), e que após o nascimento há um cruzamento do comportamento do bebé com as reações instintivas dos pais, que favorece o desenvolvimento da vinculação de ambas as partes (Brazelton e Cramer, 2007).

Este vínculo com o bebé é instintivo, mas não é automático nem instantâneo (Brazelton, 1988), pelo que deve ser trabalhado e reforçado em todos os momentos de contacto entre RN e pais. Contudo, é difícil avaliar a vinculação do RN aos seus pais. Bowlby (1990) reforça esta ideia ao afirmar que é difícil dizer que existe um comportamento de apego enquanto não existirem provas evidentes de que o bebé reconhece a mãe e tende a ter um comportamento que a mantenha junto de si. Dos 0 aos 2 meses, ainda não é visível uma relação preferencial do bebé por um dador de cuidados, contudo respostas calorosas, sensíveis, fiáveis e seguras por parte do dador de cuidados contribui para o desenvolvimento da vinculação (DGS, 2005).

Durante o estágio na Neonatologia foram surgindo algumas questões relativas à forma como o EEESCJ poderia avaliar e promover a vinculação entre RN e pais prematuros, e como poderia afirmar que essa vinculação era segura.

Assim, de forma a ir de encontro às atividades por mim planeadas, suportei-me no manual de orientação da PSMGPI já referido, tal como na pesquisa sobre a temática

para elaborar uma grelha que me permitisse avaliar a vinculação entre RN e dador de cuidados, da qual resultou a grelha versão I (Apêndice III). Dado ao facto de estar a cuidar de RN's prematuros, na avaliação da vinculação, surgiu a dificuldade em avaliar os comportamentos destes face ao dador de cuidados. Assim, sustentando-me em diversos autores, inclui a possibilidade de registo de outros sinais que pudessem indicar conforto e bem-estar por parte do RN, e que pudessem ser indicativos de vinculação. Para a construção de uma nova grelha de observação sustentei-me no estudo dos temas e autores que apresento no Apêndice IV. Tendo por base este estudo elaborei a versão II da proposta de grelha de observação (Apêndice III). Nesta considerei que os sinais que traduzem estabilidade e organização do RN podem ser demonstrativos de vinculação quando na presença do dador de cuidados, não esquecendo que o RN só poderá construir esta vinculação quando ele próprio se encontrar num ambiente organizado, calmo e securizante. Em relação aos pais/dador de cuidados o processo de vinculação também é uma construção, pelo que os seus comportamentos vão crescendo com os seus sentimentos.

Na interação com o seu filho prematuro, os pais ou dador de cuidados tendem a ter comportamentos promotores do desenvolvimento do bebé, e da experiência dos enfermeiros do serviço, que também tive a oportunidade de observar, à medida que vão estabelecendo e nutrindo a vinculação com o seu filho conseguem expressar sentimentos sobre a situação que estão a vivenciar demonstrando maior envolvimento e amor.

Na Neonatologia, num total de 12 observações a 7 RN e pais, os resultados observados foram todos eles relativos a sinais de bem-estar/vinculação do RN e dador de cuidados. Não foram, assim, encontrados comportamentos de insegurança por parte do dador de cuidados nem do RN, conforme se pode ver no Apêndice V.

Constatei que todas as crianças que interagem de alguma forma com o dador de cuidados demonstravam sinais de bem-estar/vinculação, de acordo com a sua idade, o que contribuía para o início e consolidação do processo de vinculação entre ambos. Além disto, estes mesmos sinais de bem-estar/vinculação por parte do RN levavam a que o dador de cuidados também interagisse sentindo-se mais feliz e

competente na resposta às necessidades do seu filho. Nas observações em que o bebê se encontrava em berço, foi notória a maior resposta às suas necessidades por parte do dador de cuidados e a manifestação dos sentimentos de satisfação e competência dos cuidadores. Existiam ainda RN's que não tinham a visita de um dador de cuidados, pelo que não me foi possível fazer uma avaliação da interação, contudo observei, salvaguardando os limites temporais desta experiência, que eram RN's mais desorganizados, assustados e com ganho de peso mais lento.

Perante isto, considero que cabe ao EEESCJ promover a vinculação entre RN e pais, reconhecendo o que os pais realmente necessitam, dando-lhes as informações que precisam e mostrando o comportamento individual do seu filho (Brazelton, 1988). Além da comunicação, a promoção do contacto pele-a-pele, o aleitamento materno e o alojamento conjunto acarretam um benefício potencial a longo prazo para a mãe e bebê (Altaweli e Roberts, 2010). Os pais têm prazer na interação com o RN, veem-no como um ser independente, contudo dada a situação clínica deste, as questões relativas à doença do seu filho e sua evolução são as primeiras questões quando chegam ao serviço. Através da minha observação, o papel do EEESCJ é preponderante, uma vez que é este que promove e presta cuidados que incentivam a ligação dos pais ao seu filho, pela demonstração das suas competências e individualidade, pela promoção do toque como o método canguru, pelo incentivo da amamentação ou da importância do leite materno para o desenvolvimento do RN. Contudo, existem diferentes características individuais que contribuem para esta sincronia mãe-bebê que incluem a sensibilidade materna, a capacidade de resposta, o estado emocional, incluindo o stress e a depressão. Em relação ao bebê este contribui através do temperamento, do bem-estar e da maturação dos ritmos biológicos, tais como os ciclos de sono-vigília (Baker e McGrath, 2011).

Não se pretendendo, por dificuldades relativas à duração da experiência e por não estarem reunidas as condições metodológicas necessárias, que as observações realizadas permitissem a validação da versão II da grelha de observação, não posso deixar de salientar que ela permitiu observar que os sinais de bem-estar/vinculação por parte do RN contribuem para o início do processo de vinculação com os

pais/dador de cuidados, pelo que considero que poderia ser importante a criação de um projeto de validação, de acordo com os devidos requisitos metodológicos.

Perante a importância desta avaliação da vinculação nos cuidados de enfermagem, durante o estágio nos outros contextos tentei dar continuidade a estas observações, contudo dado ao número reduzido das mesmas, apenas cinco, é impossível tirar conclusões embora a sua importância e utilidade se tenha verificado nos cuidados.

Nas observações realizadas no serviço de Pediatria e na USF constatei que a vinculação já se encontrava estabelecida, havendo apenas necessidade de clarificar o seu tipo, se segura ou insegura, nas suas diferentes modalidades, para assim adequar o sistema de intervenção mais indicado para cada criança e família.

Na USF senti a necessidade, por parte dos recentes pais, de atuar ao nível do apoio e orientação aquando as consultas de saúde infantil como forma de fomentar a vinculação entre RN e pais. Tive a possibilidade de durante as consultas divulgar os benefícios da massagem infantil na promoção de uma vinculação segura, muito além da prevenção de cólicas e obstipação. Nas primeiras consultas, promovia o envolvimento do pai no cuidado ao RN através da massagem diária com o propósito do estabelecimento da relação precoce. Dada a importância desta temática, surgiu a oportunidade de realizar uma formação (Apêndice VI) para 10 enfermeiras da USF com o objetivo de divulgar os benefícios da massagem infantil para o crescimento e desenvolvimento da criança e promover a aprendizagem de algumas técnicas de massagem durante as consultas por parte dos pais. A massagem pode então ser utilizada para “comunicar, aliviar a dor ou desconforto, facilitar o processo de cura e proporcionar um estado de bem-estar físico e psicológico” (Parecer CJ 47/2008, p.1). Esta contribui para a promoção das competências do RN, do contacto físico dos pais com o RN e das competências parentais, isto é, cuidados essenciais do EEESCJ na promoção do bem-estar e autocuidado (OE, 2013a). Esta formação foi aceite de forma positiva por todas as enfermeiras que mencionaram a importância do tema para as consultas de enfermagem, e demonstraram interesse em terem um suporte em papel que as pudesse guiar durante as consultas. Desta forma, elaborei um documento com os principais aspetos relativos à massagem infantil, tais como os

seus benefícios, orientações gerais para uma sessão de massagem infantil e as técnicas de massagem (Apêndice VI).

Não tive oportunidade de observar situações de vinculação insegura, contudo a observação desses comportamentos, a existirem, é fundamental para detetar situações de abuso, negligência ou maus-tratos em todas as oportunidades de contacto com a criança e família, inclusive na triagem aquando uma ida à Urgência Pediátrica. Além disto, nas situações em que os pais se encontram ausentes, seja por internamento ou distância da área de influência do hospital, cabe aos EEESCJ prestar os cuidados sensíveis às necessidades das crianças, segundo uma intervenção totalmente compensatória, proporcionando contacto, embalo, estimulação e conforto, entre outros. Não esquecendo que a estimulação adequada é essencial, uma vez que contribui para que o RN se desenvolva a nível cognitivo, emocional e relacional, crescendo com mais segurança, confiança na relação com os outros e curiosidade e desejo de explorar o mundo (DGS, 2005). Erikson (1976) defende também esta confiança básica como a primeira tarefa do ego, essencial para um crescimento e desenvolvimento saudável. A sua importância, é por isso, também valorizada nos PQCEESCJ (OE,2013a), onde é defendida a implementação de intervenções por parte do EEESCJ na maximização do bem-estar da criança na interação e contacto físico com os seus pais. Para que tal aconteça, é essencial que o EEESCJ estabeleça uma relação terapêutica com a criança e família.

### 2.1.3. Relação terapêutica com criança/jovem e família

Para que o EEESCJ possa atuar como suporte aos pais, no sentido da orientação, apoio e capacitação no cuidado da sua criança, é fundamental que consiga estabelecer com estes uma relação de ajuda. Ela é como pano de fundo de qualquer sistema de relação nos cuidados de enfermagem.

Atendendo à definição de relação de ajuda de Chalifour (2008, p.33), “interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. (...) os objetivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem

dessa dificuldade”, esta torna-se fundamental para que o EEESCJ reconheça os requisitos de autocuidado de cada criança/jovem e família e os ajude a tornarem-se independentes. Tal como é defendido por Phaneuf (2005), o enfermeiro ao ajudar o outro, promove o seu crescimento, desenvolvimento, maturação, melhor funcionamento e maior capacidade de enfrentar a vida. Isto passa pelo papel do enfermeiro em oferecer ao outro, alvo dos seus cuidados, os meios complementares que possibilitem a descoberta e o reconhecimento dos seus recursos pessoais, orientando-o na resolução dos seus problemas (Lazure, 1994).

Este processo relacional passa por três fases para a sua construção com a criança/jovem e família ao nosso cuidado (Chalifour, 2008). É então iniciado por uma fase de orientação que começa no primeiro contacto com a criança/jovem e família e persiste até que as necessidades de ambos sejam satisfeitas. Esta fase é essencial em todo o processo uma vez que é aqui que se apresentam e se cria um ambiente de confiança essencial para que o EEESCJ conheça a criança/jovem e família, as suas necessidades e competências de modo a promover planos de saúde em parceria com os mesmos e, assim, passar à fase seguinte, a de trabalho. A fase de conclusão caracteriza-se pelo fim da relação, assegurando a transição da criança e família entre a situação atual e a futura, ou seja, dando continuidade aos cuidados. Este processo não é estanque, mas sim processos dentro de um processo com a finalidade de dar resposta aos requisitos de autocuidado do alvo dos nossos cuidados. Em alguns contextos como o da Urgência Pediátrica, pela observação das crianças e famílias em situação de triagem e pela curta duração dos internamentos, a relação de ajuda estabelecida passa pelas diferentes fases apenas num único contacto. Através da minha observação participante, constatei que apesar da brevidade destes contactos esta relação terapêutica com a criança e família era estabelecida e que para tal contribuía, em muito, as competências dos enfermeiros no estabelecimento de uma comunicação adequada com cada criança/família.

Uma comunicação com a criança/família de forma apropriada ao seu estágio de desenvolvimento e culturalmente sensível através da mobilização adequada de técnicas de comunicação é defendida pela OE (2010b;2013a), tanto no Regulamento Competências Específicas como no dos PQCEESCJ.

A comunicação é a principal ferramenta terapêutica de que o enfermeiro dispõe, uma vez que lhe permite conhecer a pessoa de quem vai cuidar, a sua personalidade, o seu ambiente de vida, a sua conceção do mundo e, conseqüentemente, motivar os seus esforços para se preservar da doença ou lidar com a situação de doença e conformar-se com o tratamento (Phaneuf, 2005). Esta comunicação terapêutica toma forma de "...maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal ou não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela" (Phaneuf, 2005, p.23). Desta forma, a postura, os gestos, a distância, o contacto visual, a expressão facial, a voz, a respiração, o silêncio, a aparência geral e o toque, tudo influencia a comunicação e conseqüentemente a relação com o outro.

Em suma, a comunicação terapêutica no processo de cuidados à criança/jovem e família assenta na recolha de informação e no estabelecimento de canais de comunicação para o futuro, num espaço privilegiado para conhecer o estado de saúde, os estilos de vida, identificar problemas, preocupações, necessidades e competências da criança/jovem e família e onde existe oportunidade para transmitir informações de forma a promover a saúde e prevenir complicações (OE, 2010c).

É fundamental que a comunicação com a criança/jovem tenha em conta o seu estágio de desenvolvimento para que possa ser adequada a cada um e se consiga estabelecer uma relação terapêutica. Nesta comunicação com a criança é importante ter como premissa que os seus componentes não-verbais transmitem as mensagens mais significativas (Hockenberry e Wilson, 2011). Durante o estágio, foi importante o recurso ao uso do brinquedo para conseguir melhorar a compreensão da criança em relação aos cuidados prestados, diminuir os *stressores* da hospitalização, e estabelecer uma relação terapêutica com esta e a sua família (Jansen, Santos e Favero, 2010). Através da sua característica lúdica, terapêutica e educativa, o brinquedo terapêutico facilita a comunicação, a participação e a motivação da criança para todo o processo de hospitalização, pelo que não deve ser descurado em todo o cuidado de enfermagem (Jansen, Santos e Favero, 2010).

Desta forma, recorri aos brinquedos que as crianças traziam para iniciar a comunicação e relação terapêutica com as mesmas, ou fazia uso de uma caneta colorida e um boneco na farda para as cativar, inventando uma história consoante a sua idade e desenvolvimento, e a sua vinda ao hospital ou USF. Este cuidado foi prestado respeitando os princípios da comunicação terapêutica. Assim, procurei dar respostas às necessidades da criança/jovem e família de modo integrado, acessível e eficiente, num ambiente adequado e com respeito pelos direitos da criança contemplados na Carta dos Direitos da Criança, assim como os da privacidade, intimidade, confidencialidade, confiança e vulnerabilidade (Fonseca, Freixo, Fonseca e Figueiredo, 2005; Tavares e Fonseca, 2009). A OE (2010c) apresenta algumas competências fundamentais para a comunicação com a criança/jovem e família que procurei pôr em prática durante o estágio, nomeadamente o acolher de forma cordial e compreensiva; durante a prestação de cuidados demonstrar disponibilidade e assegurar o respeito pelos seus direitos; conhecer as suas expectativas; usar uma linguagem simples e realista, e uma escuta ativa captando mensagens verbais e não-verbais. Nas consultas com adolescentes desenvolvi mais competências relativas a esta idade, dirigindo as questões e explicações diretamente para este, reforçando comportamentos positivos e de autoestima, e evitando a indução de resposta, críticas e juízos de valor.

Para estabelecer esta comunicação além dos princípios e competências essenciais ao cuidado de enfermagem, é fundamental que o EEESCJ conheça e saiba mobilizar as técnicas de comunicação. A OE (2010c), no GOBP, apresenta algumas técnicas de comunicação a serem mobilizadas na relação com a criança/jovem e família como sejam: as perguntas abertas, que não sendo uma técnica invasiva possibilitam que a criança/jovem fale e explique a sua perceção do problema; a escuta reflexiva, importante em todas as relações permitindo que a criança/jovem reforce os seus próprios recursos ao apurar o que quer dizer devolvendo as suas afirmações; a clarificação feita através da reestruturação positiva; afirmações conducentes à automotivação; respostas em espelho ou através de exemplos na terceira pessoa; o resumo conclusivo ajudando a que a criança/jovem se torne mais consciente da sua situação, sejam problemas, preocupações e/ou competências; e a entrevista. Estas técnicas de comunicação promovem uma melhor compreensão da

criança/jovem e família e o estabelecimento de um clima de maior empatia com o enfermeiro (OE, 2010c). Tive a oportunidade de validar este aspeto durante o estágio onde houve possibilidade de aplicar algumas destas técnicas em diferentes situações como nas consultas de saúde infantil ou na triagem na Urgência.

Desenvolvi as minhas competências na entrevista, nomeadamente ao adolescente. Esta, segundo Phaneuf (2005), é uma permuta entre o enfermeiro e a pessoa e/ou família alvo dos seus cuidados, em que o enfermeiro elabora objetivos particulares em relação à informação colhida, à transmissão de conselhos, de explicações ou suporte psicológico e à resolução de problemas.

A entrevista à criança/jovem e família em qualquer contexto dos cuidados de enfermagem é uma técnica indispensável para conhecer as suas necessidades e potencialidades, selecionando o sistema de intervenção de enfermagem adequado a cada situação. No caso específico da Urgência Pediátrica, na Unidade de Internamento de Curta Duração, as questões da negociação, da participação dos pais e a promoção dos conhecimentos e aprendizagem de habilidades com vista ao autocuidado estão sempre presentes, e onde os enfermeiros trabalham com a criança/jovem e família no sentido de os tornar competentes na gestão dos processos de saúde/doença. Esta intervenção de enfermagem é primordial, uma vez que tal como pude verificar ao longo do estágio, existem crianças e famílias que recorrem frequentemente à Urgência Pediátrica pelas mais diversas situações. Desta forma, o EEESCJ tem a competência de cuidar destas crianças e famílias compreendendo as suas necessidades e, consoante estas, promover a agência para o autocuidado dos pais. Observei alguns pais que se sentem inseguros por ser o seu primeiro filho, por experiências anteriores menos positivas, ou por alterações recentes na dinâmica familiar. Nestas situações, a causa que apresentam na triagem tende por vezes a camuflar toda a situação de base, sendo necessário uma verdadeira compreensão e avaliação da situação familiar para prestar cuidados direcionados às necessidades sentidas e assim tornar criança/jovem e família mais independentes no seu autocuidado. Por vezes, dado o número de idas à Urgência Pediátrica, torna-se importante um pequeno internamento capacitando os pais para o cuidado ao seu filho, onde é dado suporte e incentivo positivo às suas

competências, promovendo a agência para o autocuidado e procurando dessa forma reduzir a sua necessidade de recorrer à Urgência.

Uma vez que esta unidade se está a preparar para receber jovens até aos 18 anos, foi-me proposto contribuir para a formação da equipa de enfermagem sobre a comunicação com o adolescente (Apêndice VII). O adolescente está a passar por uma fase de *identidade VS confusão de papel* (Erikson, 1976), em que entra na puberdade, preocupando-se com o que os outros pensam dele, e em como poderá aplicar as habilidades anteriormente alcançadas. Há identificação com os grupos de pares e procura da independência, da autoafirmação e da liberdade. Dadas as especificidades desta etapa, tanto os cuidados de enfermagem como o espaço que recebe o adolescente deve ser apropriado à sua idade, para que este não se sinta diminuído e tratado como uma criança. Assim, é importante que o EEESCJ reconheça as características específicas e individuais dos adolescentes, não esquecendo que estes podem ter um padrão de grande instabilidade, nomeadamente em locais que não podem ou não conseguem controlar, como o meio hospitalar. O adolescente pode apresentar-se de diferentes modos, desde falador ocultando e rodeando o assunto principal; a ansioso, revelando receio à observação; silencioso por se sentir culpado ou por ter sido obrigado a deslocar-se até ao serviço de saúde; trocista ou provocador fazendo piadas da sua situação como se não fosse importante, também esta uma manifestação de perda de controlo sobre a situação; hostil ou agressivo; e choroso (Sotomayor, 2001; OE, 2010c). As intervenções de enfermagem devem ser de acordo com as manifestações do adolescente, compreendendo o motivo da sua atitude e demonstrando disponibilidade para os seus requisitos de autocuidado.

Para além das características do adolescente, o espaço de acolhimento nos serviços de saúde também deve respeitar algumas particularidades como abordei no primeiro capítulo, nomeadamente o facto de ser acolhedor e confortável, com espaços que possam ser convertidos em áreas próprias destinadas exclusivamente aos jovens e com acesso a materiais educativos (livros, revistas, vídeos, programas de informática) (OE, 2010c). Contudo, nem todas estas condições são fáceis de implementar num serviço já estruturado e com espaço reduzido. Na Urgência Pediátrica foi criado um espaço numa das salas de atendimento que possibilita

alguma privacidade através de uma cortina, exclusivo para o atendimento aos adolescentes. Contudo, a nível de internamento continua a ter as mesmas camas disponíveis numa unidade com pinturas direcionadas para os mais novos.

Apesar de o espaço físico estar ainda condicionado, os conhecimentos e as competências dos enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem na Urgência podem ser trabalhados. Neste sentido, durante o meu estágio como forma de ajudar a preparar a equipa de enfermagem para o acolhimento de adolescentes até aos 18 anos, como referi atrás, elaborei uma apresentação sobre a comunicação com o adolescente numa Urgência. Nela prevê-se a abordagem dos aspectos essenciais ao cuidado de enfermagem do adolescente numa ida à Urgência, debruçando-se por fim nas técnicas de comunicação que podem ser mobilizadas, nomeadamente na entrevista. A apresentação já foi validada com a enfermeira orientadora do local, porém por dificuldades do serviço, ainda não foi realizada até ao momento.

Em relação à técnica de comunicação da entrevista com o adolescente que apresentarei na formação, esta tem algumas especificidades que descrevo em seguida. A entrevista ao adolescente processa-se ao longo de três fases: fase de acolhimento, fase exploratória e fase resolutiva (OE, 2010c). A fase de acolhimento inicia-se com a apresentação do enfermeiro ao adolescente e pais, para que posteriormente se conheçam as suas expectativas face à situação. Devem ser esclarecidos os momentos que a poderão constituir, designadamente a entrevista com o adolescente e família, a entrevista individual com o adolescente, e se houver necessidade a entrevista com o adolescente e família. Deve também ser assegurado, desde logo, o respeito pela confidencialidade e a privacidade. Na fase seguinte, fase exploratória, são colhidos e analisados os dados sobre os antecedentes familiares e pessoais, e realizadas questões pessoais analisando os sistemas biopsicossociais do adolescente através, por exemplo do acrónimo: FACTORES ou HEADSSS, adequando-o à situação que cada um está a viver no serviço de urgência. A fase resolutiva diz respeito à procura e proposta das possibilidades de intervenção, à tomada de decisão e ao perspetivar a continuidade do seguimento de enfermagem. Em qualquer uma destas fases deve ser disponibilizado tempo ao adolescente para que este possa expressar as suas preocupações e colocar questões, orientando mais do que aconselhar para que este

sinta que participa nas tomadas de decisão. Nesta orientação devem ser enunciadas diferentes opções para que o adolescente possa escolher, começando com pequenas mudanças de comportamento, não esquecendo de reforçar a sua capacidade em intervir na consecução do seu projeto de saúde ou na recuperação da sua saúde. O enfermeiro tem também o papel importante de advogar o adolescente perante os pais, realçando as suas competências e qualidades e ajudá-lo a partilhar com os pais as metas negociadas e facilitando o apoio para a sua concretização. A entrevista não acaba em si, sendo fundamental que o enfermeiro registre os diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem, comportamentos, interesses e motivações do adolescente como forma de dar continuidade aos cuidados de enfermagem (OE, 2010c).

Concluindo, o adolescente no serviço de Urgência Pediátrica tem o direito de ser atendido individualmente, num espaço individual e por profissionais que reconheçam a sua autonomia e individualidade, ao mesmo tempo que o estimulem a ser responsável pela sua própria saúde (OE, 2010c), ou seja, que o adolescente aprenda a ser agente do seu próprio autocuidado tornando-se num adulto independente. Isto só será possível se o EEESCJ estabelecer uma relação terapêutica com o adolescente e família perspetivando novos encontros, seja em contexto de urgência, internamento ou cuidados de saúde primários.

## **2.2. Processos de cuidados em resposta aos requisitos de autocuidado no desvio de saúde**

Os requisitos de autocuidado no desvio de saúde existem quando uma criança e família têm alguma doença ou lesão, e logo necessitam de tratamento médico e/ou hospitalização (Orem, 2001). Uma situação de doença acarreta alterações na estrutura e funcionamento da criança e no seio da família, condicionando mudanças a nível do comportamento e hábitos de vida diários. Desta forma, torna-se essencial que o EEESCJ desenvolva processos de cuidados em resposta a estes requisitos de autocuidado, no sentido do diagnóstico e intervenção nas situações de doença mais comuns da criança, e da promoção da adaptação da criança e família à doença, de

forma a que ambos se mantenham ou tornem autónomos no seu autocuidado. Barros (2003) menciona ainda que é importante que a intervenção de enfermagem passe por ajudar as crianças a encontrarem formas adequadas de confronto, partindo do conhecimento da criança e da sua forma habitual de lidar com as situações que provocam stress. Assim, tornou-se necessário desenvolver as minhas competências durante o estágio de forma a dar resposta as estas necessidades da criança/jovem e família.

Nos subcapítulos seguintes irei debruçar-me sobre a adaptação à hospitalização nomeadamente no que diz respeito aos processos de tomada de decisão e, por fim na gestão da dor na criança/jovem e família a nível dos diferentes contextos.

### 2.2.1. A adaptação à hospitalização

A criança/jovem e família ao longo do seu ciclo de vida, seja por doença aguda ou crónica, necessitam que os seus requisitos de desvio de saúde sejam satisfeitos com vista ao seu bem-estar e autocuidado. Estes requisitos assumem seis categorias às quais o EEESCJ deve estar atento por forma a dar uma resposta eficaz e individual (Orem, 2001), como irei abordar em seguida.

Para que isto possa ser feito é fundamental que o EEESCJ conheça e trabalhe em parceria com a família, tal como defendem Tyler e Horner (2008). A OE (2013a) menciona ainda que, através de um processo de negociação, liderança e decisão, o EEESCJ deve incorporar a participação dos pais nos cuidados da menor à maior complexidade, dotando-os de competências para a gestão dos cuidados ao seu filho com vista à sua autonomia e capacitação para a tomada de decisão.

Ao longo dos estágios compreendi a importância de conhecer a criança/jovem e família para que os cuidados de enfermagem sejam direcionados às suas necessidades, conhecendo não só o seu contexto de vida, como os efeitos e os resultados da condição de doença, nomeadamente aqueles que incidem no seu desenvolvimento. O seu acompanhamento e cuidado permitiu-me desenvolver as minhas competências ao nível da avaliação familiar, compreendendo o contexto de

vivência de cada um e, consoante as necessidades identificadas, planejar os cuidados a prestar. Para que tal fosse possível, no serviço de Pediatria desenvolvi um documento que me permitiu realizar a avaliação familiar à criança/jovem e família (Apêndice VIII). Este documento foi realizado adaptando o Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF) às necessidades específicas das crianças/famílias internadas no serviço. Através da sua estrutura multidimensional que engloba três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional, foi possível elaborar uma avaliação individual de cada família. Cada uma destas categorias divide-se em diferentes subcategorias, sendo importante que cada enfermeiro faça uma avaliação individual de cada família e decida quais as subcategorias mais importantes a cada momento (Wright e Leahey, 2011).

Sendo um modelo que ajuda a orientar os enfermeiros no auxílio às famílias, concentrando-se na interação entre todos os seus membros (Wright e Leahey, 2011), foi de especial importância para a compreensão da estrutura e dinâmica familiar das crianças a quem prestei cuidados. Através deste conhecemos melhor a família, os seus pontos fortes e problemas (Wright e Leahey, 2011), o que possibilita a elaboração de um processo de cuidados em resposta aos requisitos de autocuidado de cada criança. Desta forma, o documento funcionou como base para a construção de um plano de cuidados em parceria com a família e com vista ao desenvolvimento da sua agência para o autocuidado.

Desta forma, este documento foi útil orientando a minha entrevista à criança/família para os aspetos essenciais a cada momento, o que me permitiu conhecer quais os seus requisitos de autocuidado, as suas potencialidades e limites, assim como os papéis de cada elemento e os seus vínculos, e conseguisse assim orientar o planeamento dos cuidados de enfermagem. Por exemplo, no serviço de Pediatria, uma criança de 8 meses tinha como principal cuidador a tia, era esta que conhecia e cuidava da criança. Além de me permitir compreender a importância do papel desta tia na vida da criança, foi possível compreender a dinâmica familiar, assim como as necessidades reais de toda a família. Esta avaliação familiar possibilitou-me compreender que o sistema de intervenção de enfermagem teria de ser adequado consoante o familiar que estava junto da criança, ou seja, a sua mãe ou a tia. Se a tia, cuidadora principal da criança estivesse presente, o meu cuidado de

enfermagem assentava no sistema de intervenção de apoio e orientação, caso fosse a mãe já necessitava de ser no sistema parcialmente compensatório.

Estes processos de cuidados passam assim pelo conhecimento da criança e família, nomeadamente as alterações físicas, biológicas ou ambientais associadas à sua patologia, assim como o conhecimento dos tratamentos específicos que necessitam de forma a prevenir ou regular o seu funcionamento e os efeitos desconfortáveis desses tratamentos, trabalhando o autoconceito e a autoimagem para que a criança/jovem se aceite mesmo tendo uma doença crónica e aprenda a viver com os efeitos da doença e dos tratamentos, num processo e estilo de vida que promova um desenvolvimento pessoal contínuo (Orem, 2001).

Estes aspetos são essenciais, nomeadamente em situações de doença crónica ou incapacitante, em que criança e família têm de passar por um processo de adaptação. O diagnóstico de uma doença crónica ou incapacitante é recebido com frequência com choque e negação que devem ser respeitados, permitindo que criança e família se distanciem do impacto da notícia e reúnam e mobilizem energias que os ajudarão em todo o processo. Em relação à criança, a negação permite que esta mantenha a esperança ao lidar com a sua nova condição de forma adaptativa e produtiva. De forma gradual, surge o ajustamento da criança e família que assumem a situação de doença crónica, ao mesmo tempo que podem emergir sentimentos de culpa, autoacusação e raiva. As reações dos pais nesta fase influenciam a resposta da criança à sua situação de doença, sendo que aquelas reações podem ser desde a superproteção (receio de permitir que a criança conquiste novas habilidades), à rejeição (num distanciamento emocional da criança) e à negação (agindo como se a doença não existisse e recompensado a criança em demasia). As reações de aceitação gradual são manifestadas na capacidade de impor restrições realistas à criança ao mesmo tempo que ela é encorajada no seu autocuidado. Quando aqueles sentimentos estão resolvidos vem a reintegração e o reconhecimento da criança e família à vida com doença crónica ou incapacidade, não esquecendo que ao longo do ciclo de vida da criança podem ocorrer algumas crises conforme a sua condição vai evoluindo e se são experimentadas mais perdas (Hockenberry e Wilson, 2011). Barros (2003) menciona que esta adaptação à doença crónica é um processo dinâmico, com fases em que há maior aceitação e equilíbrio alternadas com outras

de maior ansiedade, revolta ou depressão e que diferem de criança/família para criança/família.

Apesar de a literatura estabelecer estas fases existe uma grande variedade de resposta à adaptação de uma doença crónica ou incapacitante por parte da criança e família que é condicionada pela sua individualidade e pela sua história anterior. O serviço de Pediatria recebe muitas crianças com doença crónica, muitas das quais incapacitantes, e num mesmo período de internamento podemos encontrar crianças e pais em diferentes fases deste processo de adaptação. Compreendi que os profissionais são muitas vezes considerados como os principais culpados de todo o que acontece, contudo são também estes que continuam por perto, oferecendo um ombro amigo, uma palavra de conforto, orientando e ajudando a cuidar de uma criança doente, empoderando os pais quando estão preparados para o ser, ou simplesmente sugerir que saiam para descansar, ouvir outros pais e outras histórias. Segundo Barros (2003), os profissionais ao intervir junto da criança/jovem e família no sentido de promoverem a adaptação à doença, devem estabelecer uma relação de abertura e diálogo, disponibilizar informação pertinente para cada momento e para cada criança/família, facilitar a expressão de sentimentos, nomeadamente o significado da doença para cada um, promover a sua autoeficácia e controlo, informar sobre programas específicos para a sua doença, e proporcionar aconselhamento parental. A adaptação à doença crónica é um processo que cada um necessita de passar para chegar à aceitação e consequentemente à agência para o autocuidado, apesar de existirem sempre novos desafios (Barros, 2003). Os enfermeiros desempenham um papel importante ao identificar os modos de ajuda mais adequados para cada criança/jovem e família em todo este processo de adaptação.

Durante o estágio, nomeadamente na Urgência Pediátrica, tive a oportunidade de observar duas crianças com o diagnóstico de diabetes inaugural, uma de 3 anos e outra de 14 anos. Estando num serviço de urgência, numa primeira instância é dada primazia à estabilidade da criança e são abordados apenas os aspectos essenciais da doença, nomeadamente o que é e os primeiros cuidados. Após isto, é dando espaço à criança/jovem e família para pensarem, chorarem, colocarem dúvidas e falarem dos seus medos, sempre num respeito pelo seu processo de adaptação.

Nesta fase de choque, como tive a possibilidade de observar, a informação só é ouvida até ao diagnóstico, parecendo a restante ficar perdida. Os cuidados de enfermagem foram planeados de acordo com o desenvolvimento da criança e jovem, dando espaço e negociando as primeiras restrições. Enquanto o primeiro demonstrava o *stress* da hospitalização, e chorava por não poder comer as bolachas de sempre, o segundo já participou em todo o processo, apesar de apreensivo por toda a situação, colocou questões relativas ao desporto e brincou por o seu melhor amigo também ter diabetes, usando o humor como proteção.

Na Neonatologia, apesar de durante o meu estágio não ter surgido nenhuma situação que necessitasse desse encaminhamento, existe um grupo de apoio – *Palmo e Meio* - constituído por pais que já passaram por situações idênticas e que prestam apoio a outros pais que as estão a passar neste momento. Cabe ao EEESCJ promover esta relação dinâmica com crianças e famílias com adaptação bem sucedida, além da adequação de suporte familiar e comunitário encaminhando-os para instituições de suporte e para cuidados da especialidade (OE, 2010b).

Perante a necessidade de hospitalização todos estes aspectos são fundamentais para que se encontrem as estratégias adequadas a cada criança/jovem e família que anulem ou diminuam o impacto dos *stressores* da hospitalização, tornando-a numa experiência positiva (Hockenberry e Wilson, 2011). Barros (2003) refere que as doenças mais difíceis de viver para as crianças e famílias são aquelas que obrigam a um maior número de tratamentos invasivos ou que perturbam as atividades diárias, com hospitalizações, ou tratamentos especializados no domicílio, uma vez que não permitem à criança ser independente de acordo com a sua idade e perturbam a relação pais-filhos.

Tendo em conta as necessidades de hospitalização e/ou tratamentos, compreende-se que nestes cuidados de enfermagem a gestão da dor adquira um papel primordial.

### 2.2.2. Gestão da dor na criança/jovem e família

Para dar resposta aos requisitos de autocuidado no desvio de saúde da criança/jovem e família, Orem (2001) refere que o enfermeiro deve regular os efeitos desconfortáveis dos tratamentos, nomeadamente a dor provocada pelos mesmos. O EEESCJ cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, designadamente nesta gestão diferenciada da dor e do bem-estar (OE, 2010b).

A gestão da dor passa pela prestação de cuidados não traumáticos essenciais em Pediatria. O cuidado não traumático diz respeito ao uso de intervenções que eliminem ou minimizem o sofrimento psicológico ou físico das crianças e suas famílias, e assenta em três princípios fundamentais: evitar ou minimizar a separação da criança da família; promover uma sensação de controlo; e evitar ou minimizar dor e lesões (Hockenberry e Wilson, 2011). Sendo a hospitalização um momento de *stress* para crianças e famílias, a sua preparação antecipada quando possível é crucial nos cuidados de enfermagem de qualidade. Esta assenta no princípio de que o medo do desconhecido é superior ao medo do conhecido (Hockenberry e Wilson, 2011), no direito das crianças e pais de receberem uma informação adaptada à sua idade e desenvolvimento e na redução ao mínimo das agressões físicas ou emocionais e da dor (Vasco, Levy e Ceperã, 2009).

A dor é uma experiência subjetiva, ou seja, a forma como cada um a vive e classifica é única e intransmissível, pelo que existe necessidade de uma intervenção de enfermagem individualizada, muito além da simples administração de analgésicos. Este cuidado permite ajudar a criança a lidar com a situação de dor, facilitando a sua expressão e conseqüentemente o seu autocontrolo (OE, 2013b).

As medidas não farmacológicas aumentam o sentimento de controlo da dor proporcionando à criança e família maior autonomia. Assim, estas devem ser mobilizadas de forma isolada ou em conjunto com as medidas farmacológicas, proporcionando o melhor alívio da dor para a criança/jovem (OE, 2013b). Estas medidas não farmacológicas podem, então ser classificadas como *comportamentais* (onde são ensinados comportamentos que envolvem o alívio da dor), *cognitivas* (aliviam a dor através de métodos mentais), *cognitivo-comportamentais*, *físicas* ou

*periféricas* (permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso), *suporte emocional* (através da presença de uma pessoa significativa), e *ambientais* (através da melhoria das condições ambientais) (OE, 2013b). A escolha das medidas a serem mobilizadas com cada criança/jovem terá de ter em conta os recursos existentes em cada serviço, a sensibilidade da criança/jovem à dor atendendo a experiências anteriores de dor, as preferências e habilidades da criança/jovem, o seu desenvolvimento cognitivo, as estratégias de *coping*, o tipo de dor, o contexto envolvente e as características específicas da dor como a sua localização, intensidade, duração e qualidade afetiva. Percebe-se assim a necessidade de uma adequada avaliação da dor da criança/jovem para a excelência dos cuidados de enfermagem.

Durante o estágio tive em conta alguns destes princípios fundamentais na gestão da dor da criança/jovem e família, assentes no respeito dos seus direitos. Desses princípios destaco a importância da idade e do desenvolvimento cognitivo da criança, assim como as suas experiências anteriores; a negociação da presença dos pais ou alguém significativo durante os procedimentos dolorosos ajudando-os a compreender a importância do seu papel junto do filho, mas permitindo que estes decidam qual o tipo de colaboração que pretendem dar; assegurar, se possível, que os procedimentos sejam realizados pelo enfermeiro com quem a criança e família já estabeleceram uma relação de confiança; informar a criança de forma simples e adequada à idade sobre o que se irá fazer, sendo honesto, congruente com a linguagem não-verbal e não incutir falsa confiança e tranquilidade em relação ao procedimento doloroso; ajudar a criança a exprimir os seus sentimentos e a colocar questões; não fazer comparações com outras crianças nem usar expressões com as quais esta se possa sentir humilhada, ajudando-a a participar no controlo da sua dor; dar à criança algum controlo sobre o tratamento; dar *feedback* positivo e permanecer junto da criança após o procedimento, assegurando a relação anteriormente estabelecida. De salientar ainda o planejar os cuidados de forma a incomodar a criança o menos vezes possível; planejar os procedimentos dolorosos e providenciar a realização de analgesia (Gilboy e Hollywood, 2009; Hockenberry e Wilson, 2011; OE, 2013b). Tal como referi anteriormente, além destes princípios na escolha das medidas terapêuticas é importante ter em conta as diferentes medidas disponíveis

no serviço, as preferências da criança e a duração do procedimento de forma a evitar uma experiência traumática capaz de afetar a criança negativamente e causar medo e ansiedade em futuros procedimentos (Gilboy e Hollywood, 2009). Proporcionar à criança a escolha da medida não farmacológica de alívio da dor compensa de alguma forma a falta de controlo sentida pela hospitalização e/ou pelo procedimento doloroso (Koller e Goldman, 2012).

A negociação da presença dos pais durante os procedimentos deve ser encorajada sempre que possível, uma vez que os pais representam segurança, proteção e conforto para a criança. Quando estes são incluídos nos cuidados aos filhos, como suporte e criadores de experiências de distração e controlo ativo da dor, entendem que estão a contribuir para a recuperação do seu filho, o que lhes proporciona maiores reservas emocionais para os apoiarem (Barros, 2003). Contudo, é importante, avaliar individualmente cada família, prevenindo a separação, mas também atender às suas necessidades (Hockenberry e Wilson, 2011). No estágio da Urgência Pediátrica, tive uma experiência em que ambos os pais não conseguiram estar presentes de forma a apoiarem a filha de 3 anos que devido a uma ferida incisa na perna necessitava de ser suturada. Mais uma vez foi importante compreender o contexto familiar e as suas necessidades de forma a apoiar os pais para serem o suporte da criança após o tratamento, assim como na ajuda da criança no controlo da sua dor durante o procedimento invasivo.

Durante os procedimentos o enfermeiro deverá ter uma abordagem firme e positiva de forma a transmitir segurança à criança e família, além de ser competente na mobilização dos princípios atrás mencionados sendo capaz de focar a criança em algo diferente do procedimento doloroso ao mesmo tempo que permite que esta expresse os seus sentimentos de medo, ansiedade ou frustração, e que chore se assim o desejar (Hockenberry e Wilson, 2011).

Na USF tive a possibilidade de mobilizar algumas medidas não farmacológicas no controlo da dor na criança e jovem durante a vacinação, tendo em conta a idade dos mesmos. Assim, no RN foram utilizadas a presença dos pais, a sucção não nutritiva ou a amamentação quando possível, o embalo, as carícias, e o falar em voz baixa; na idade pré-escolar as histórias, a distração com um brinquedo, cantar canções

conhecidas ou contar, o colo e as carícias, livros; na idade escolar e adolescência já foi possível recorrer a técnicas de relaxamento com respiração lenta e profunda (cheirar uma flor e soprar uma vela), contar ou cantar, ver um livro, distração através de conversa sobre um tema do seu interesse e ouvir a sua música.

Apesar destas medidas não farmacológicas que podem ser utilizadas para evitar experiências traumáticas que afectam as crianças negativamente, ainda aparecem crianças que chegam à sala da consulta de saúde infantil e choram intensamente, recusam deitar-se para fazer a avaliação do seu comprimento, olham desconfiadas para quem tem uma bata branca, sendo difíceis de distrair e envolver mesmo através da brincadeira. O feedback positivo no final, dessas consultas é sempre importante, dando à criança maior autoestima por ter algum autocontrolo na situação, e assim prepara a próxima vinda à USF ou mesmo ao hospital de forma mais tranquila e colaborante.

Além desta experiência, no serviço de Pediatria tive a oportunidade de acompanhar a preparação pré-operatória para a cirurgia. Esta preparação, prévia à hospitalização, torna-se fundamental para crianças e famílias, que vivem o internamento com menos angustia, por se sentirem mais confiantes e com maior controlo ao conhecerem o serviço, alguns enfermeiros, o circuito que farão no dia da cirurgia e algum material utilizado. Os enfermeiros assumem a responsabilidade de ajudar a diminuir o medo e a ansiedade da criança/jovem e família e contribuir para o restabelecimento ou reforço da sua autoestima e autoconfiança (OE, 2011b). Os benefícios dos programas de preparação para a cirurgia têm sido estudados há mais de 50 anos, e passam pela diminuição da ansiedade e medo de crianças e famílias, pelo aumento do conhecimento do que irá acontecer reduzindo os *stressores* da cirurgia e hospitalização e promovendo uma experiência positiva com sentimentos de autoeficácia, assim como uma relação de confiança entre criança/família e profissionais de saúde (Justus, Wilson, Walther, Wyles, Rode e Lim-Sulit, 2006).

No seu estudo, Teixeira e Figueiredo (2009), concluíram que as crianças de idade escolar que eram submetidas a uma intervenção pré-operatória, expressavam maior entendimento, aceitação e reconhecimento dos procedimentos cirúrgicos, estabeleciam com maior facilidade uma relação terapêutica com a equipa de

enfermagem, referiam menos medo, encaravam a experiência como uma fonte de aprendizagem e a presença do familiar como tranquilizadora. Durante o meu estágio pude comprovar estas mesmas conclusões ao observar a diferença entre as crianças submetidas a cirurgias de urgência ou que não tinham tido preparação para a cirurgia e aquelas que tinham tido. Nesta preparação para a cirurgia são utilizados alguns métodos como a visita ao serviço de Pediatria, a apresentação de slides com o percurso do dia, a demonstração de alguns materiais a serem usados, dando a possibilidade, por exemplo, de as crianças colocarem a touca e a máscara, e um álbum de fotografias para mostrarem quais os pensos que vão ter quando acordarem da anestesia, tal como é defendido por Justus, Wilson, Walther, Wyles, Rode e Lim-Sulit (2006).

Dada a inevitabilidade da realização de alguns procedimentos dolorosos ou cirurgia, torna-se fundamental que o EEESCJ detenha conhecimentos e habilidades sobre terapias não farmacológicas de alívio da dor com vista ao bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem e família (OE, 2010b; 2013a). Nesta procura da excelência do exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar da criança e família tendo em atenção a prevenção e controlo da dor da criança em todas as situações passíveis de provocar sofrimento sensorial e/ou emocional (OE, 2013a), respondendo assim aos requisitos de autocuidado desvio de saúde da criança/jovem e família.

## CONCLUSÃO

O desenvolvimento de competências assenta não só na formação teórica e teórico-prática como na experiência vinda da prática de cuidados. Este foi um processo gradual de diferentes experiências no cuidado da criança/jovem e família que proporcionou o meu desenvolvimento como pessoa, enfermeira e futura enfermeira especialista. Com o objetivo de assistir a criança/jovem e família na maximização da sua saúde e na gestão dos seus processos de saúde/doença ao longo do seu ciclo de vida procurei, num primeiro momento, observar e aprender sobre as especificidades da organização dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem, para em seguida desenvolver as minhas competências como EEESCJ nos processos de cuidados em resposta aos requisitos de autocuidado da criança/jovem e família.

Para atingir os meus objetivos desenvolvi diferentes atividades ao longo dos diferentes contextos que me permitiram aproveitar da melhor forma as especificidades de cada um e o adquirir de novas competências. Desta forma, com o pensamento e a ação assente no referencial teórico de Orem procurei dar resposta aos requisitos de autocuidado da criança/jovem e família. Em relação aos requisitos de autocuidado universais e de desenvolvimento, procurei desenvolver capacidades e habilidades no que diz respeito ao crescimento e desenvolvimento saudável da criança, nomeadamente no estágio na Neonatologia através da aplicação do modelo universo dos cuidados para o desenvolvimento, e na USF nas consultas de saúde infantil. As questões da vinculação e da parentalidade são essenciais na Neonatologia e na USF. No primeiro serviço desenvolvi uma atividade em torno da avaliação da vinculação do RN e dador de cuidados, fundamental para ambos e com vista ao seu futuro. Considero que dada a sua pertinência o aprofundamento desse instrumento é um trabalho que carece de seguimento, para que se consigam resultados significativos por forma a melhorar os cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem, nomeadamente no que respeita à

apreciação do diagnóstico de enfermagem. Em relação à USF, estas questões são abordadas desde a primeira consulta, e aproveitando as minhas competências anteriores realizei uma formação sobre a massagem infantil aos enfermeiros, referindo a importância da mesma para o estabelecimento de uma vinculação segura e parentalidade adequada.

A relação terapêutica com a criança/jovem e família está implícita em todos os cuidados de enfermagem e ao longo de todos os contextos para um cuidado de excelência. A comunicação surge assim, como a principal ferramenta terapêutica do enfermeiro, seja através do uso do brinquedo ou da entrevista com o adolescente. Usei o brinquedo como forma de comunicação com a criança no estágio, em diferentes situações, nos contextos de Pediatria, USF e Urgência Pediátrica. Neste último, desenvolvi as minhas competências a nível da comunicação com o adolescente, nomeadamente a entrevista. Esta resultou na preparação de uma formação sobre a comunicação com o adolescente em contexto de urgência que ainda não houve possibilidade de concretizar no serviço.

Em relação aos processos de cuidados em resposta aos requisitos de autocuidado no desvio de saúde, destaco a importância da avaliação familiar para o planeamento dos cuidados de enfermagem. Desta forma, no serviço de Pediatria desenvolvi um documento com uma grelha de avaliação familiar. A adaptação à doença crónica ou incapacitante surge também como fundamental em todos os contextos de atendimento da criança/jovem e família, pelo que tive a possibilidade de ter uma observação participante nas intervenções do EEESCJ, tendo a possibilidade de acompanhar crianças/jovens e famílias em diferentes fases, ou seja, numa agudização na Urgência Pediátrica e/ou Pediatria, e na fase de remissão na USF. A gestão da dor é um aspecto primordial nos cuidados especializados em Pediatria, e está implicada em todos os contextos de atendimento à criança/jovem e família. Desenvolvi competências nesta área a diferentes níveis, ajudando a criança/jovem e família a ultrapassar da melhor forma as situações stressantes, tornando-as numa experiência positiva e de aprendizagem.

Desta forma, foi um desafio prestar cuidados de enfermagem à criança/jovem e família, e apesar da minha experiência profissional nesta área ser reduzida,

considero que essa dificuldade foi também uma fonte de motivação para uma maior aprendizagem e assim tornar-me numa enfermeira mais competente.

Considero que os resultados das minhas atividades nos diferentes contextos de estágio foram o desenvolvimento das minhas competências como EEESCJ, nomeadamente no que diz respeito aos processos de prestação de cuidados em resposta às necessidades de crescimento e desenvolvimento da criança e jovem e no sentido da maximização da sua saúde, assim como nas situações de especial complexidade ao longo do seu ciclo de vida (OE, 2010b).

Este relatório de estágio não encerra o percurso de aprendizagem aqui iniciado pelo que pretendo dar continuidade ao desenvolvimento destas mesmas competências, aprofundando conhecimentos e capacidades na área de saúde da criança e do jovem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altaweli, R. & Roberts, J. (2010). Maternal-infant bonding: a concept analysis. *British Journal of Midwifery*. 18 (9) 552-559
- Andrade, H.; António, N.; Rodrigues, D.; Silva, A.; Pêgo, M. & Providência, L. (2010). Hipertensão arterial sistêmica em idade pediátrica. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. (29) 413-432
- Apolinário, M. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série (7) 83-92
- Baker, B. & McGrath, J. (2011). Maternal–infant synchrony: an integrated review of the literature. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*. 14 (3) 2-13
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica Perspectiva desenvolvimentista*. (2ª ed.), Lisboa: Climepsi Editores
- Bishop, K. (2010). Through the eyes of children and young people: the components of a supportive hospital environment. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*. 13 (2) 17-25
- Bowlby, J. (1990). *Apego*. (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes Editora
- Bortolote, G. & Brêtas, J. (2008). O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 42 (3) 422-429
- Boxwell, G. (2010). *Neonatal Intensive Care Nursing*. (2ª ed.). New York: Taylor & Francis
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego. Uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Brazelton, T. B. (1999). How to Help Parents of Young Children: The Touchpoints Model. *Journal of Perinatology*. 19 (6) S6 –S7

- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (2007). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta (Tradução do original francês L'intervention thérapeutique – Les fondements existentiels-humanistes de la relation d'aide, 2002)
- Coughlin, M., Gibbins, S. & Hoath, S. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*. 65 (10) 2239-2248
- DECRETO-LEI n.º 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- Direção Geral de Saúde (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância – manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- Direção Geral de Saúde (2012). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2010*. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- Direção Geral de Saúde (2013a). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- Direção Geral de Saúde (2014). *Programas de Saúde Prioritários*. Acedido a 03/01/2014. Disponível em <https://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>
- Erikson, E. (1976). *Infância e Sociedade*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar Editores
- Fonseca, H., Freixo, J., Fonseca, P. & Figueiredo, C., (coords). (2005). Requisitos para o atendimento ao adolescente: consensos da Direcção da Secção de Medicina do Adolescente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36 (4) 223-224.
- Gibbins, S., Hoath, S., Coughlin, M., Gibbins, A. & Franck, L. (2008). The Universe of Developmental Care. A new conceptual model for application in the neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care*. 8 (3) 141-147

- Gilboy, S. & Hollywood, E. (2009). Helping to alleviate pain for children having venepuncture. *Paediatric Nursing*. 21 (8) 14-19
- Hendon, C. & Bohon, L. M. (2007). Hospitalized children's mood differences during play and music therapy. *Child: care, health and development*. 34 (2) 141-144
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (Mosby, Trad.). (8ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda. (Tradução do original inglês Wong's Essential of Pediatric Nursing, 8th ed., 2009)
- <https://www.hksh.com/en/room/paediatrics.html>. Acedido em 2014/03/26.
- <http://www.childrenscolorado.org/about/family-services>. Acedido em 2014/03/26.
- <http://www.ncchildrenshospital.org/patients-and-families/for-kids>. Acedido em 2014/03/26.
- Jasen, M., Santos, R. & Favero, L. (2010). Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. *Rev Gaúcha Enferm*. 31 (2) 247-253
- Justus, R., Wilson, J., Walther, V., Wyles, D., Rode, D. & Lim-Sulit, N. (2006). Preparing Children and Families for Surgery: Mount Sinai's Multidisciplinary Perspective. *Pediatric Nursing*. 32 (1) 35-43
- Koller, D. & Goldman, R. (2012). Distraction Techniques for children undergoing procedures: a critical review of pediatric research. *Journal of Pediatric Nursing*. (27) 652-681
- Lambert, V., Coad, J., Hicks, P., & Glacken, M. (2014). Young children's perspectives of ideal physical design features for hospital-built environments. *J Child Health Care*. 18 (1) 57-71
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Le Boterf, G. (1995). *De la compétence: Essai sur un attracteur étrange*. Paris: Les Éditions d'Organisation.

- Marçal, T. (2006). A criança e o espaço nos serviços de saúde. In Santos, L. (Coord.). *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital*. (p. 35-39). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança
- Mendes, M. G. (2012). A Organização dos Cuidados e a Parceria com os Pais em Pediatria. *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*.
- Ministério da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2010c). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I. N.º3* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *CIPE® versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Santa Maria da Feira: Rainho & Neves, Lda.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume II. N.º3* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2013a). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

- Ordem dos Enfermeiros (2013b). *Guia Orientador de Boa Prática Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Série 1, nº6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6ª ed.). St. Louis: Mosby, Inc.
- Parecer CJ 47/2008 sobre Legitimidade sobre a aplicação de técnicas de massagem infantil.
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem* 14 (1) 24-38
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Pölkki, T., Korhonen, A. & Laukkala, H. (2012). Expectations associated with the use of music in neonatal intensive care: A survey from the viewpoint of parents. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. (17) 321-328
- Santos, L. (2006). Actividade Lúdica – Espaço, Objectivos e que Profissionais Intervêm?. In Santos, L. (Coords). *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital*. (pp. 41-43). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança
- Smith, F., Arnfield, A., Bowden, N., Hale, K., Holland, V., Isles, S., . . . (Coord). (2002). *Caring for children: Guidance for nurses working in the independent sector*. London: Royal College of Nursing.
- Sotomayor, M. (2001). La entrevista al adolescente. In: Rada, C.; Lasa, I.; Rahola, R. e Lozano, J. (eds.). *Manual de salud reproductiva en la adolescência*, Sociedad Española de Contracepción, Zaragoza. Acedida em 26 de Abril de 2014, em:[http://www.sec.es/area\\_cientifica/manuales\\_sec/salud\\_reproductiva/04%20Salud%20reproductiva%20e.pdf](http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/04%20Salud%20reproductiva%20e.pdf)
- Tavares, H. & Fonseca, H. (2009). Avaliação dos recursos de atendimento ao adolescente nas unidades hospitalares portuguesas. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 40 (4) 154-159

- Teixeira, E. & Figueiredo, M. (2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. *Revista de Referência*. II Série (9) 7-14
- Testa, A., Lavrador, M. & Barraca, S. (2002). Protocolo de Posicionamento do Recém-Nascido Prematuro. *Revista Referência*. (8) 79-83
- Tondatti, P. & Correa, I. (2012). Use of music and play in pediatric nursing care in the hospital context. *Investigación y Educación en Enfermería*. 30 (3) 362-370
- Tyler, D. & Horner, S. (2008). Family-centered collaborative negotiation: A model for facilitating behavior change in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. (20) 194–203
- Vasco, F., Levy, M. D. & Ceperã, T. (2009). *Anotações Carta da Criança Hospitalizada* (2ª ed.). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Wilks, S. E., Green, J. B., & Zazryn, T. R. (2012). Incorporating educative environments into the holistic care of paediatric patients. *Aust Health Rev*, 36 (3), 264-268.
- Wright, L. & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias - Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. (5ª ed.). São Paulo: Editora Roca Ltda. (Tradução do original inglês Nurses and Families – A guide to family assessment and intervention, 5th ed., 2010)

## **Apêndices**

## Apêndice I – Guia de Entrevista/Observação

## Guião de Entrevista/Observação – Neonatologia

A elaboração deste guião de entrevista/observação surge da necessidade de dar resposta aos objetivos por mim delineados para o estágio no serviço de neonatologia, servindo como guia para a realização das atividades. Organizei este guião em torno dos objetivos específicos do meu projeto que se baseiam nos requisitos de autocuidado de Orem. Assim, começarei por indicadores que permitam caracterizar a organização, gestão e filosofia do serviço, e para tal suportei-me no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Em seguida, procuro compreender as atividades presentes no serviço que promovam o autocuidado e o bem-estar das crianças e famílias.

### **Objetivo Específico:**

Caracterizar a organização, função e estrutura do serviço de Neonatologia à luz dos referenciais existentes para os cuidados à criança e jovem.

Indicadores:

- ✓ Missão e enquadramento conceptual do serviço/enfermeiro:
  - Filosofia de cuidados;
    - Conceção de criança; família; ambiente; saúde; cuidados de enfermagem.
- ✓ Quais as atividades desenvolvidas em torno dos enunciados descritivos dos PQCE e PQCEESCJ com vista à:
  - Satisfação da criança/família;
  - Promoção da saúde;
  - Prevenção de complicações;
  - Bem-estar e autocuidado;
  - Adaptação à situação de doença;
  - Organização de cuidados.
- ✓ Práticas mobilizadoras da filosofia dos cuidados à criança e jovem no serviço.
- ✓ SIE e padrão documental do serviço? Relação entre os focos e os preconizados para um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem.
- ✓ Normas e protocolos existentes relativamente a:
  - Ambiente do serviço; visitas;
  - Práticas promotoras do desenvolvimento;

- Avaliação da vinculação;
- Práticas promotoras da vinculação (Toque/massagem/método canguru; outras);
- Práticas promotoras da amamentação/ alimentação;
- Avaliação e monitorização da dor;
- Outros.

**Objetivo Específico:**

Desenvolver processos de cuidados em resposta aos requisitos de autocuidado universais e de desenvolvimento.

Indicadores:

- ✓ Organização do serviço tendo em conta os requisitos de autocuidado universais, nomeadamente a nível da manutenção do equilíbrio entre atividade/descanso e solidão/interação social.
- ✓ Práticas de avaliação do crescimento e do desenvolvimento da criança?
- ✓ Práticas de promoção do desenvolvimento da criança durante os cuidados de enfermagem.
- ✓ Práticas de avaliação da vinculação entre criança e pais/figura parental no serviço.
- ✓ Práticas de promoção da vinculação entre criança e pais/figura parental no serviço.
- ✓ Presença de fatores protetores e os stressores da criança e do seu desenvolvimento presentes no serviço no que diz respeito ao ambiente.

**Objetivo Específico:**

Desenvolver processos de cuidados em resposta aos requisitos de autocuidado desvio de saúde, no sentido do diagnóstico e intervenção de enfermagem nas situações de doença mais comuns da criança no período neonatal, e da promoção da adaptação da criança e família à doença.

Indicadores:

- ✓ Alterações físicas, biológicas ou ambientais associadas à patologia e os diagnósticos de enfermagem mais frequentes no serviço.
- ✓ Apoios o serviço disponibiliza aos pais.

- ✓ Na alta que seguimento/encaminhamento é realizado à criança e pais.

**Objetivo Específico:**

Desenvolver processos de gestão adequada da dor da criança e de orientação da família nas situações causadoras de dor.

Indicadores:

- ✓ Escalas utilizadas na avaliação da dor na criança.
- ✓ Práticas de monitorização da dor?
- ✓ Medidas não farmacológicas mais mobilizadas no serviço?

Referências Bibliográficas:

Ordem dos Enfermeiros (2011a) - *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2010b) - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Orem, D. (2001) – *Nursing: concepts of practice*. (6ª edição). St. Louis: Mosby, Inc.

Data de elaboração: 2013/10/03

Data de atualização: 2013/10/14

## Guião de Entrevista/Observação – Serviço de Pediatria

A elaboração deste guião de entrevista/observação surge da necessidade de dar resposta aos objetivos por mim delineados para o estágio no serviço de pediatria, servindo como guia para a realização das atividades. Organizei este guião em torno dos objetivos específicos do meu projeto que se baseiam nos requisitos de autocuidado de Orem. Assim, começarei por indicadores que permitam caracterizar a organização, gestão e filosofia do serviço, e para tal suportei-me no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Em seguida, procuro compreender as atividades presentes no serviço que promovam o autocuidado e o bem-estar das crianças e famílias.

### **Objetivo Específico:**

Caracterizar a organização, função e estrutura do serviço de Pediatria à luz dos referenciais existentes para os cuidados à criança e jovem.

Indicadores:

- ✓ Missão e enquadramento conceptual do serviço/enfermeiro:
  - Filosofia de cuidados;
    - Conceção de criança; família; ambiente; saúde; cuidados de enfermagem.
- ✓ Quais as atividades desenvolvidas em torno dos enunciados descritivos dos PQCE e PQCEESCJ com vista à:
  - Satisfação da criança/família;
  - Promoção da saúde;
  - Prevenção de complicações;
  - Bem-estar e autocuidado;
  - Adaptação à situação de doença;
  - Organização de cuidados.
- ✓ Práticas mobilizadoras da filosofia dos cuidados à criança e jovem no serviço.
- ✓ SIE e padrão documental do serviço? Relação entre os focos e os preconizados para um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem.
- ✓ Normas e protocolos existentes relativamente a:
  - Práticas promotoras do desenvolvimento;
  - Avaliação e monitorização da dor;

- Outros.

**Objetivo Específico:**

Desenvolver processos de cuidados em resposta aos requisitos de autocuidado universais e de desenvolvimento.

Indicadores:

- ✓ Organização do serviço tendo em conta os requisitos de autocuidado universais, nomeadamente a nível da manutenção do equilíbrio entre atividade/descanso e solidão/interação social.
- ✓ Práticas de avaliação do crescimento e do desenvolvimento da criança.
- ✓ Práticas de promoção do desenvolvimento da criança durante os cuidados de enfermagem.
- ✓ Práticas de apreciação e planeamento de intervenções nos *stressores* da hospitalização: lesão corporal e dor, separação e perda de controlo.

**Objetivo Específico:**

Desenvolver processos de cuidados em resposta aos requisitos de autocuidado desvio de saúde, no sentido do diagnóstico e intervenção de enfermagem nas situações de doença mais comuns da criança, e da promoção da adaptação da criança e família à doença.

Indicadores:

- ✓ Alterações físicas, biológicas ou ambientais associadas à patologia e os diagnósticos de enfermagem mais frequentes no serviço.
- ✓ Apoios o serviço disponibiliza às crianças e pais.
- ✓ Na alta que seguimento/encaminhamento é realizado à criança e pais.

**Objetivo Específico:**

Desenvolver processos de gestão adequada da dor da criança e de orientação da família nas situações causadoras de dor.

Indicadores:

- ✓ Escalas utilizadas na avaliação da dor na criança.
- ✓ Práticas de monitorização da dor?
- ✓ Medidas não farmacológicas mais mobilizadas no serviço?

Referências Bibliográficas:

Ordem dos Enfermeiros (2011a) - *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2010b) - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Orem, D. (2001) – *Nursing: concepts of practice*. (6ª edição). St. Louis: Mosby, Inc.

Data de elaboração: 2013/11/17

Data de atualização: -

## Apêndice II – Enfermeiro de Referência

## Enfermeiro de Referência – Contributos

O prestador de cuidados mais importante é aquele que *“possui mais atributos para acompanhar a pessoa e para a ajudar a identificar e a escolher o caminho mais desejável para ela e no qual possa desenvolver-se”* (Hesbeen, 2001, p. 28)

### I - Dos fundamentos do método de Enfermeiro de Referência

1. A prestação de cuidados de enfermagem tem sofrido alterações e evoluções ao longo dos tempos. Hoje em dia, os enfermeiros são profissionais qualificados e detentores de diferentes conhecimentos e competências essenciais a um cuidado de enfermagem de excelência. Esta profissionalização tem conduzido à evolução e ao aparecimento de novas estratégias de organização de cuidados. Desta forma, passámos da prestação de cuidados orientados por tarefas aos cuidados individuais e personalizados ao cliente e família, em que o enfermeiro assume a responsabilidade por todo o processo de cuidados (Costa, 2004). Os novos modelos de cuidados, centrados no cliente e posteriormente na família, exigiram novos métodos de organização de trabalho.
2. O “primary nursing” surgiu nos anos 60 e 70 nos EUA e nos anos 80 em Inglaterra, trazendo uma nova forma de organização que promovia a autonomia e a responsabilidade do enfermeiro (Carmona e Lanuna, 2002). Este método de distribuição de trabalho tem como principal característica a existência de um enfermeiro específico que dirige, na sua totalidade, os cuidados de enfermagem ao cliente (Hayman, Wilkes & Cioffi, 2008). É do método “primary nursing” que surge em Portugal o conceito de enfermeiro de referência. Atendendo ao significado da palavra referência: *“Ponto de contacto ou relação que uma coisa tem com outra”*<sup>1</sup>, depreendemos a importância do papel do enfermeiro de referência no assumir da responsabilidade pela completa organização da prestação de cuidados ao cliente.

O cuidado de enfermagem por enfermeiro de referência é, então, um método de distribuição de trabalho em que cada enfermeiro é responsável pelo planeamento e o acompanhamento de todo o processo de cuidados a determinados clientes ao longo do seu internamento. Isto permite salvaguardar e diminuir ao máximo o número de profissionais que presta cuidados a cada pessoa, criando uma dinâmica de trabalho eficaz entre enfermeiro de referência e enfermeiros associados que acompanham uma determinada criança e família. O enfermeiro de referência sendo o primeiro responsável pela conceção e avaliação do plano de cuidados, trabalhado em

---

<sup>1</sup> **“referência”**, in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <http://www.priberam.pt/DLPO/refer%C3%A2ncia> [consultado em 29-12-2013].

consonância com os enfermeiros associados responsáveis pela continuidade do plano de cuidados, tem também uma função de gestor de casos. Este também pode desempenhar o papel de enfermeiro associado (Carmona e Lanuna, 2002). O principal objetivo deste método é, assim, garantir uma maior humanização dos cuidados a cada cliente, pela harmonização e plena adequação das tomadas de decisão relativas a cada alteração/intervenção (Costa, 2004), assumidas numa dinâmica de pareceria com esse cliente.

3. Nesta organização de trabalho cada enfermeiro de referência fica responsável por realizar a avaliação inicial, o diagnóstico, o planeamento e a avaliação dos cuidados prestados, assim como a supervisão dos cuidados implementados durante o internamento a todos os clientes que lhe forem atribuídos. Estes são elementos essenciais a uma prestação de cuidados de elevado nível de complexidade, que têm por base a satisfação do cliente, e que permitem simultaneamente a implementação de sistemas de monitorização do custo/benefício e da gestão da segurança (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Neste planeamento e avaliação dos cuidados de enfermagem à criança e família, pretende-se que os cuidados atinjam i) a promoção da adoção de comportamentos potenciadores da saúde, ii) a promoção do crescimento e desenvolvimento saudável da criança, e iii) a promoção da adaptação da criança e família à situação específica de saúde, capacitando-os para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação. Além disto, procura que os cuidados sejam marcados por uma comunicação efetiva e pela negociação da participação da criança e família em todo o processo com vista à sua independência e bem-estar. Em suma, este é um método de organização dos cuidados de enfermagem essencial à promoção da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2013). O que é reforçado por Jorge e Simões (1995) ao afirmarem que através da adoção deste método caminhamos para a excelência da interação humana e dos conhecimentos técnicos.
4. Existem competências essenciais dos enfermeiros para serem enfermeiros de referência ao nível dos seus conhecimentos, habilidades e atitudes. Assim, o enfermeiro de referência deve ter capacidade de tomada de decisão; saber gerir os cuidados estabelecendo prioridades; ter iniciativa de procura constante de novos conhecimentos e habilidades; capacidade de comunicação e gestão de conflitos; facilidade em promover uma atmosfera de confiança e de construção de uma relação de ajuda com cada cliente, valorizando os outros; ser aceite pelo grupo; ser uma pessoa de referência na equipa; ser uma referência para o cliente uma vez que mais do que qualquer outro profissional, conhece as suas necessidades, competências, dificuldades ou receios (Manthey, 1980; Iyer, Taptich e Bernocchi-losey, 1993).
5. As características do método de distribuição de trabalho de enfermeiro de referência e as competências dos enfermeiros nele implicados, os enfermeiros de referência e os enfermeiros associados, implicam uma dinâmica de trabalho de equipa na qual o enfermeiro de referência assume a responsabilidade dos processos de cuidados e da supervisão daqueles que neles

participam. Neste contexto entendemos por supervisão o trabalho cooperativo, onde há partilha e acompanhamento do enfermeiro associado por um enfermeiro de referência, sendo que este orienta, aconselha, dá suporte e ajuda a refletir na e sobre a prática com vista ao desenvolvimento de competências e da qualidade dos cuidados (Cruz, 2008).

6. Este método de trabalho, pela sua coerência e abrangência, apresenta um vasto conjunto de vantagens das quais se destacam: i) clientes mais satisfeitos por terem um enfermeiro com quem interagem mais e que possui conhecimentos profundos sobre os mesmos, levando a uma atmosfera de confiança e comunicação aberta; e ii) a valorização por parte de outros profissionais da saúde por interagirem com um enfermeiro, em particular, detentor de informação sobre determinado cliente (Iyer, Taptich e Bernocchi-losey, 1993). Dos autores estudados (Hayman, Wilkes e Cioffi, 2008) identificam-se como fundamentos para a adoção deste método aspetos como: i) a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes; ii) o desenvolvimento das competências dos profissionais envolvidos; iii) uma mais eficiente gestão de recursos humanos, técnicos e financeiros; iv) e a melhoria da satisfação dos clientes.

## II - Da filosofia e missão da unidade de cuidados à implementação do Enfermeiro de Referência

A filosofia de cuidados centrados na família, referida por múltiplos autores, implica um método de distribuição de trabalho que respeite os seus princípios, tal como Apolinário (2012) nos refere, isso é conseguido pelo método de trabalho por enfermeiro de referência, uma vez que ele facilita o reconhecimento fundamental da família na vida da criança, e a promoção do seu envolvimento, participação, parceria, capacitação e negociação na prestação de cuidados de enfermagem. Esta perspetiva também é defendida por Mendes (2012) que afirma que este é o melhor método para o estabelecimento da parceria com os pais, permitindo maior espaço afetivo, maior segurança, apoio e confiança aos pais.

No cumprimento da sua missão, o serviço de Pediatria defende uma prestação de cuidados de saúde pediátricos assentes na melhoria contínua dos cuidados à criança e família, na prestação de cuidados integrados e não traumáticos e na promoção e desenvolvimento do trabalho em equipa multidisciplinar. Para isso assume as orientações da OE, com a implementação do método do enfermeiro de referência como estratégia para assegurar o respeito pelos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: satisfação da criança e jovem; promoção da saúde; prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a adaptação às condições de saúde; a organização dos cuidados de enfermagem; através de um cuidado de enfermagem assente no respeito pelos

princípios de uma intervenção de “proximidade, parceria e capacitação” (Ordem dos enfermeiros, 2013, p.10)<sup>2</sup>.

### III – Competências do Enfermeiro de Referência

Assim, com vista à promoção do desenvolvimento de competências dos enfermeiros, torna-se essencial descrever quais as competências do enfermeiro de referência neste serviço, imprescindível para uma prestação de cuidados de qualidade (Ordem dos enfermeiros, 2013).

O enfermeiro de referência no serviço de Pediatria é responsável por:

- Realização da avaliação inicial da criança e família para identificação e compreensão da estrutura, funcionamento e desenvolvimento da mesma, assim como das suas necessidades e potencialidades;
- Elaboração de diagnósticos de enfermagem de acordo com as necessidades e possibilidades encontradas na criança e família;
- Planeamento de cuidados de enfermagem numa dinâmica de parceria com a criança e família;
- Monitorização da implementação do plano de cuidados ao longo do internamento, nomeadamente através de:
  - Reuniões entre o enfermeiro de referência e enfermeiros associados;
  - Notas escritas;
  - Atualização dos registos da avaliação inicial e do plano de cuidado de enfermagem no SAPE sempre que haja alguma alteração;
  - Garantir a passagem adequada de informação aos enfermeiros associados acompanhamento dos registos, lembretes, observações.
- Avaliação dos cuidados prestados em conjunto com a criança/família;
- Finalização/supervisão do processo de alta: ensinamentos, consultas e encaminhamentos, terapêutica para domicílio, alimentação e oxigenoterapia, vacinas e diagnóstico precoce (se necessário);
- Supervisão de cuidados prestados à criança/família;
- Mediação da comunicação entre a família e a restante equipa multidisciplinar;
- Identificação e encaminhamento de situações de risco e encaminhamento de problemas fora do âmbito da enfermagem para o profissional competente. (REPE artigo 5º).

---

<sup>2</sup> Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

## Referências Bibliográficas

- Apolinário, M. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série (nº 7). 83-92
- Carmona, L. M. P. & Laluna, M. C. M. C. (2002). "Primary nursing": pressupostos e implicações na prática. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Vol. 4 (nº1). 12-17. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
- Costa, J. S. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. *Revista Millenium*. 30. 234-251
- Cruz, Sandra S.S.M.S. (2008). A Supervisão Clínica em Enfermagem como estratégia de qualidade no contexto da Enfermagem Avançada. *Servir*. Vol.56 (5). 200-206.
- Hayman, B., Wilkes, L. & Cioffi, J. (2008). Change process during redesign of a model of nursing practice in a surgical ward. *Journal of Nursing Management*. 16, 257–265.
- Hesbeen, W. (2001) – *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência
- Iyer, P.; Taptich, B. & Bernocchi-losey, D. (1993) – *Processo e diagnóstico em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Jorge, I. C. & Simões, M. C. (1995). A qualidade de cuidados na perspectiva do utente. *Servir*, 43 (6), 290- 296.
- Manthey, M. (1980) – *The practice of primary nursing*. Boston: Blackwell Scientific Publications
- Mendes, M. G. (2012). A Organização dos Cuidados e a Parceria com os Pais em Pediatria. *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*.
- Ordem dos Enfermeiros (2013) - *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

**Patrícia Conceição**  
Aluna do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria da ESEL

Orientação:  
Enf<sup>a</sup> A.L.F.  
Prof. Teresa Oliveira Marçal

## Enfermeiro de Referência

Para a melhoria dos Cuidados de Enfermagem

Fevereiro 2014

## Objetivos

- Clarificar o conceito de enfermeiro de referência;
- Analisar:
  - as competências do enfermeiro de referência;
  - as vantagens deste método de trabalho para a prática de cuidados;
- Discutir as atividades do enfermeiro de referência no serviço de Pediatria.

## Dos fundamentos do método do Enfermeiro de Referência

**Primary Nursing**

Método de distribuição de trabalho

↓

Um determinado enfermeiro gere a totalidade dos cuidados de enfermagem a um cliente específico.

↓ (Hayman, Wilkes & Cioffi, 2008)

*Enfermeiro de Referência*

## Enfermeiro de Referência -conceito

Enfermeiro responsável por realizar a avaliação inicial, diagnóstico, planeamento e avaliação dos cuidados prestados, bem como a supervisão dos cuidados implementados durante o internamento a todos os clientes que lhe forem atribuídos.

(Ordem dos Enfermeiros, 2013)

## Enfermeiro de Referência

- O enfermeiro de referência trabalha em consonância com os enfermeiros associados responsáveis pela continuidade do plano de cuidados a cada cliente.

Também pode desempenhar o papel de enfermeiro associado.

(Carmona e Lanuna, 2002)

## Enfermeiro de Referência

- Principal objetivo:

Maior humanização dos cuidados a cada cliente, pela harmonização e plena adequação das tomadas de decisão relativas a cada intervenção, assumidas numa dinâmica de parceria com esse cliente.

(Costa, 2004)

## Competências do Enfermeiro de Referência

- Capacidade de tomada de decisão (clínica e ética);
- Saber gerir os cuidados (diagnosticar, estabelecer prioridades, monitorizar, avaliar... );
- Ter iniciativa de procura de novos conhecimentos e habilidades;
- Capacidade de comunicação e gestão de conflitos;
- Facilidade em promover uma atmosfera de confiança e de construção de uma relação de ajuda com cada cliente;

## Competências do Enfermeiro de Referência

- Ser aceite pelo grupo;
- Ser uma pessoa de referência na equipa;
- Ser uma referência para o cliente uma vez que mais do que qualquer outro profissional, conhece as suas necessidades, competências, dificuldades ou receios

(Manthey, 1980; Iyer, Taplich e Bernocchi-losey, 1993)

## Vantagens

- Clientes mais satisfeitos por terem um enfermeiro com quem interagem mais e que possui conhecimentos profundos sobre a sua situação, levando a uma atmosfera de confiança e comunicação aberta;
- Valorização por parte de outros profissionais da saúde por interagirem com um enfermeiro, em particular, detentor de informação sobre determinado cliente.

(Iyer, Taptich e Bernocchi-Iosey, 1993)

## Fundamentos para adoção deste método

- Melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes;
- Desenvolvimento das competências dos profissionais envolvidos;
- Gestão de recursos humanos, técnicos e financeiros mais eficiente;
- Melhoria da satisfação dos clientes.

(Hayman, Wilkes e Cioffi, 2008)

## O Enfermeiro de Referência em Pediatria

- Facilita o reconhecimento fundamental da família na vida da criança, e a promoção do seu envolvimento, participação, parceria, capacitação e negociação na prestação de cuidados de enfermagem.

(Apolinário, 2012)

- É o melhor método para o estabelecimento da parceria com os pais, permitindo maior espaço afetivo, maior segurança, apoio e confiança aos pais.

(Mendes, 2012)

## O Enfermeiro de Referência em Pediatria

- Permite assegurar o respeito pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem:
  - Satisfação da criança e jovem;
  - Promoção da saúde;
  - Prevenção de complicações;
  - Bem-estar e o autocuidado;
  - Adaptação às condições de saúde;
  - **Organização dos cuidados de enfermagem.**

(Ordem dos enfermeiros, 2013)

## O Enfermeiro de Referência em Pediatria é responsável por:

- Realização da avaliação inicial da criança e família para identificação e compreensão da estrutura, funcionamento e desenvolvimento da mesma, assim como das suas necessidades e potencialidades;
- Elaboração de diagnósticos de enfermagem de acordo com as necessidades e possibilidades encontradas na criança e família;
- Planeamento de cuidados de enfermagem numa dinâmica de parceria com a criança e família;

## O Enfermeiro de Referência em Pediatria é responsável por:

- Monitorização da implementação do plano de cuidados ao longo do internamento, nomeadamente através de:
  - Reuniões entre o enfermeiro de referência e enfermeiros associados;
  - Notas escritas;
  - Atualização dos registos da avaliação inicial e do plano de cuidado de enfermagem no SAPE sempre que haja alguma alteração;
  - Garantir a passagem adequada de informação aos enfermeiros associados acompanhamento dos registos, lembretes, observações.

## O Enfermeiro de Referência em Pediatria é responsável por:

- Avaliação dos cuidados prestados em conjunto com a criança/família;
- Finalização/supervisão do processo de alta: ensinos, consultas e encaminhamentos, terapêutica para domicílio, alimentação e oxigenoterapia, vacinas e diagnóstico precoce (se necessário);
- Supervisão de cuidados prestados à criança/família;

## O Enfermeiro de Referência em Pediatria é responsável por:

- Mediação da comunicação entre a família e a restante equipa multidisciplinar;
- Identificação e encaminhamento de situações de risco e encaminhamento de problemas fora do âmbito da enfermagem para o profissional competente.

## E agora?



O que é que os meus enfermeiros pensam deste método?

Como é que pensam começar este método?

Desejam começar este método?



## Referências Bibliográficas

- Apolinário, M. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (nº 7), 83-92
- Carmona, L. M. P. & Laluna, M. C. M. C. (2002). "Primary nursing": pressupostos e implicações na prática. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, Vol. 4 (nº1), 12-17. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
- Costa, J. S. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. *Revista Millenium*, 30, 234-251
- Cruz, Sandra S.S.M.S. (2008). A Supervisão Clínica em Enfermagem como estratégia de qualidade no contexto da Enfermagem Avançada. *Servir*, Vol.56 (5), 200-206.
- Hayman, B., Wilkes, L. & Cioffi, J. (2008). Change process during redesign of a model of nursing practice in a surgical ward. *Journal of Nursing Management*, 16, 257-265.
- Hesbeen, W. (2001) – *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência
- Iyer, P.; Tapfich, B. & Bernocchi-Iosey, D. (1993) – *Processo e diagnóstico em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Jorge, I. C. & Simões, M. C. (1995). A qualidade de cuidados na perspectiva do utente. *Servir*, 43 (6), 290- 296.
- Manthey, M. (1980) – *The practice of primary nursing*. Boston: Blackwell Scientific Publications
- Mendes, M. G. (2012). A Organização dos Cuidados e a Parceria com os Pais em Pediatria. *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*.
- Ordem dos Enfermeiros (2013) - *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Obrigada

Apêndice III – Grelha de Avaliação do Tipo de Vinculação

versão I e II

### Grelha de Avaliação do Tipo de Vinculação<sup>3</sup> - versão I

Bebé: \_\_\_\_\_ Dador de cuidados: \_\_\_\_\_

Tipos de Vinculação	Comportamentos do bebé face ao dador de cuidados	Observação realizada				Comportamentos do dador de cuidados	Observação realizada			
		Datas					Datas			
Vinculação segura	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reage positivamente à sua aproximação</li> <li>- Procura a proximidade e mantém o contacto com ele</li> <li>- Envolve-se em interações à distância</li> <li>- Acalma-se na sua presença</li> <li>- Sossega facilmente após encontro com ele</li> <li>- Usa-o como uma base segura para a exploração</li> <li>- Prefere a sua companhia à de um estranho</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responde às necessidades da criança de modo caloroso, sensível e fiável</li> <li>- Reage de forma contingente às manifestações da criança</li> <li>- Está disponível física e emocionalmente</li> <li>- Tem prazer na interação com o bebé</li> </ul>				
Vinculação insegura - evitante	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quase não reage à separação do dador de cuidados</li> <li>- Não festeja o regresso do dador de cuidados após o encontro; ignora-o ou evita-o</li> <li>- Não procura a proximidade ou manutenção do contacto com o dador de cuidados</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tende a ser indisponível, não responsivo ou rejeitante</li> </ul>				
Vinculação insegura - ambivalente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fica perturbado ou inquieto, se é separado do dador de cuidados</li> <li>- Difícil de acalmar após o encontro, pode ficar zangado</li> <li>- Tem dificuldade em explorar o meio circundante</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tende a responder às necessidades do bebé de modo inconsistente ou imprevisível</li> </ul>				
Vinculação insegura - desorganizada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pára subitamente, durante segundos ou minutos, com olhar alheado ou assustado</li> <li>- Afasta-se do dador de cuidados quando está perturbado ou ansioso</li> <li>- Esconde-se após a separação</li> <li>- Fica confuso e assustado após o encontro</li> <li>- Evita fortemente e mostra grande ambivalência ou grande resistência face ao dador de cuidados</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em situações extremas é abusivo ou gravemente negligente</li> <li>- As respostas tendem a ser ameaçadoras, muito ansiosas ou dissociadas</li> </ul>				

Comportamentos de sinalização do bebé: **choro, sorriso, olhar** que vão conduzir a mãe a entrar em relação com ele.

<sup>3</sup> Fonte: Public Health Agency of Canada, *First Connections...make all the difference* ([www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mentalhealth/mhp/pub/fc/index.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mentalhealth/mhp/pub/fc/index.html)) in Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância, Manual de orientação para profissionais de saúde, DGS, 2005

Grelha de Avaliação do Tipo de Vinculação - versão II

Criança: \_\_\_\_\_ Idade (meses e dias): \_\_\_\_\_ Dador de cuidados: \_\_\_\_\_

Tipos de Vinculação	Comportamentos do bebé face ao dador de cuidados	Observação realizada			Comportamentos do dador de cuidados	Observação realizada			Intervenções de Enfermagem		
		Datas				Datas			Datas		
Vinculação segura	- Reage positivamente à sua aproximação				- Responde às necessidades da criança de modo caloroso, sensível e fiável						
	- Procura a proximidade e mantém o contacto com ele				- Reage de forma contingente às manifestações da criança						
	- Envolve-se em interações à distância				- Está disponível física e emocionalmente						
	- Acalma-se na sua presença				- Tem prazer na interação com o bebé						
	- Sossega facilmente após encontro com ele										
	- Usa-o como uma base segura para a exploração										
	- Prefere a sua companhia à de um estranho										
Vinculação insegura evitante	- Quase não reage à separação do dador de cuidados				- Tende a ser indisponível, não responsivo ou rejeitante						
	- Não festeja o regresso do dador de cuidados após o encontro; ignora-o ou evita-o										
	- Não procura a proximidade ou manutenção do contacto com o dador de cuidados										
Vinculação insegura ambivalente	- Fica perturbado ou inquieto, se é separado do dador de cuidados				- Tende a responder às necessidades do bebé de modo inconsistente ou imprevisível						
	- Difícil de acalmar após o encontro, pode ficar zangado										
	- Tem dificuldade em explorar o meio circundante										
Vinculação insegura desorganizada	- Para subitamente, durante segundos ou minutos, com olhar alheado ou assustado				- Em situações extremas é abusivo ou gravemente negligente						
	- Afasta-se do dador de cuidados quando está perturbado ou ansioso				- As respostas tendem a ser ameaçadoras, muito ansiosas ou dissociadas						
	- Esconde-se após a separação										
	- Fica confuso e assustado após o encontro										
Outros Sinais de Bem-estar / Vinculação apresentados pelo bebé/criança e pelo dador de cuidados Nota: Lista de comportamentos construída a partir de consulta de bibliografia	- Evita fortemente e mostra grande ambivalência ou grande resistência face ao dador de cuidados FC e FR estáveis				Sensibilidade às necessidades específicas do bebé e a adequação das suas respostas						
	Melhoria da oxigenação				Conhecimento do comportamento do seu bebé						
	Tolerância de nutrição entérica				Funcionamento familiar e a relação entre os pais.						
	Postura descontraída, com aumento da flexão e orientação à linha média				Factores socioculturais						
	Sucção não nutritiva				Respostas calorosas, sensíveis, fiáveis e seguras						
	Mobilidade e atividade de auto-regulação eficiente				Interessa-se pelas informações clínicas do bebé						
	Ciclos de sono coordenados e robustos				Observa o comportamento reflexo e automático do bebé						
	Capacidade de se auto-consolar/ ser consolado				Considera o bebé como uma pessoa independente						
	Alerta, intenção ou expressão facial animada				Interage com o seu bebé (toque e voz)						
	Temorregulação				Sente-se competente no cuidado ao seu bebé						
	Reage à aproximação				Tem comportamentos promotores do desenvolvimento do bebé						
	Tempo de atenção				Expressa sentimentos sobre a situação que está a vivenciar						
	"Consolabilidade"										
	Nível de actividade										
	Limiar da resposta aos estímulos										
	Sorriso reflexo										
Preensão palmar											
Fixar o olhar											
Observação da interação bebé / dador de cuidados Nota: Registo de outros comportamentos observados na criança											

Observações:

Apêndice IV – Fatores que influenciam a vinculação do RN:  
quatro perspectivas

## Fatores que influenciam a vinculação do RN: quatro perspectivas

Boxwell (2010)	PSMGPI (DGS,2005)	Serviço de Neonatologia a)	Brazelton (1988)
<p>Sinais do RN indicativos de stress ou de estabilidade e organização:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frequências cardíacas e respiratórias estáveis;</li> <li>• Melhoria da oxigenação;</li> <li>• Tolerância da nutrição entérica;</li> <li>• Postura descontraída;</li> <li>• Aumento da flexão e orientação à linha média;</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Mobilidade e atividade de autorregulação eficiente;</li> <li>• Ciclos de sono coordenados e robustos;</li> <li>• Capacidade de se autoconsolar/ ser consolado;</li> <li>• Estado de alerta, intenção ou expressão facial animada;</li> <li>• Fixar o olhar.</li> </ul>	<p>Fatores que influenciam o desenvolvimento da relação entre pais e bebês:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• As características do temperamento do bebê como o seu nível de atividade, a reação à aproximação, o limiar de resposta aos estímulos, o tempo de atenção, e a “consolabilidade”;</li> <li>• A sensibilidade dos pais às necessidades específicas do seu filho e adequação das suas respostas;</li> <li>• O funcionamento familiar e a relação entre os pais, assim como os fatores socioculturais;</li> <li>• O conhecimento do comportamento do seu bebê;</li> <li>• As respostas calorosas, sensíveis, fiáveis e seguras do dador de cuidados.</li> </ul>	<p>Competências do bebê prematuro que reforçam a vinculação incluem: a preensão palmar, o fixar o olhar e o sorriso reflexo, apesar de muitas vezes serem débeis ou ausentes, nomeadamente numa perspectiva de reciprocidade do comportamento dos pais.</p>	<p>Cinco estágios que os pais devem enfrentar para formarem apego com um RN prematuro, sentindo o seu bebê como seu e sendo capazes de se relacionar com ele. Antes destas fases, os pais passam por um processo de luto do bebê perfeito que esperavam, além da culpa que sentem pela condição do bebê.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)Primeiro estágio: os pais relacionam-se através de informações clínicas fornecidas pela equipa;</li> <li>2)Segundo estágio: os pais observam e ganham coragem com o comportamento reflexo e automático que veem quando um profissional perturba o seu bebê, os pais ainda não tentam provocar estas reações espontaneamente;</li> <li>3)Terceiro estágio: as respostas do bebê são observadas quando se vira na direção da voz ou agarra o dedo de um profissional, os pais observam que o seu bebê se está a transformar numa pessoa;</li> <li>4)Quarto estágio: os pais tentam produzir movimentos de</li> </ol>

			<p>resposta espontânea, tocam, falam e acariciam o seu filho e este reage;</p> <p>5) Quinto estágio: já é observado quando o bebê está num berço e os pais ousam pegar, segurar, embalar ou alimentar o seu bebê, sendo o estágio em que os pais adquirem o vínculo com o seu filho, compreendendo que não o vão magoar, e que o podem confortar e cuidar, estando prontos para a ida para casa.</p>
--	--	--	--

a) Norma do serviço de Neonatologia sobre “*Ensinar os pais sobre interação com o recém-nascido prematuro*” (2012).

Referências Bibliográficas:

Boxwell, G. (2010). *Neonatal Intensive Care Nursing*. (2ª ed.). New York: Taylor & Francis

Direção Geral de Saúde (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância – manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde

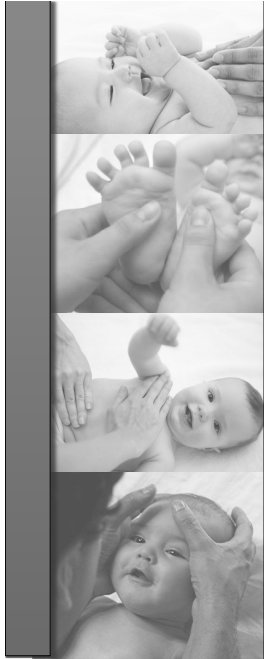
Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego. Uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas

Apêndice V – Sinais de bem-estar/vinculação do RN e do dador de cuidados na Neonatologia

**Sinais de bem-estar/vinculação do RN e do dador de cuidados  
na Neonatologia**

Sinais de bem-estar/vinculação do RN	Sinais de bem-estar/vinculação do dador de cuidados
<ul style="list-style-type: none"><li>• Postura descontraída, com aumento da flexão e orientação à linha média;</li><li>• Sucção não nutritiva;</li><li>• Termorregulação;</li><li>• Preensão palmar;</li><li>• Sorriso reflexo;</li><li>• Fixa o olhar;</li><li>• Ciclos de sono coordenados e robustos.</li></ul> <p>(Estes são comportamentos reflexos ou que tornam o RN mais organizado e logo mais atento ao ambiente envolvente)</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tem prazer na interação com o bebé;</li><li>• Está disponível física e emocionalmente;</li><li>• Interessa-se pelas informações clínicas do bebé;</li><li>• Considera o bebé como uma pessoa independente;</li><li>• Interage com o seu bebé (toque e voz);</li><li>• Expressa sentimentos sobre a situação que está a vivenciar;</li><li>• Observa o comportamento reflexo e automático do bebé;</li><li>• Sente-se competente no cuidado ao seu bebé;</li><li>• Tem comportamentos promotores do desenvolvimento do bebé.</li></ul>

## Apêndice VI – Massagem Infantil



## Massagem Infantil

o poder do toque

### Patrícia Conceição

Aluna do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria da ESEL

Orientação:  
Enfª F. C.  
Prof. Teresa Oliveira Marçal

15 de Janeiro de 2014

## Objetivos da Sessão

- Divulgar os benefícios da massagem infantil para o crescimento e desenvolvimento da criança;
- Promover a aprendizagem de algumas técnicas de massagem durante as consultas de vigilância de saúde infantil.

## Massagem Infantil

*O toque, o contacto pele a pele, as mensagens, tudo alimenta a criança.*

*É um alimento tão necessário como os minerais, vitaminas e proteínas.*

Dr. Frederick Leboyer

## Massagem Infantil

- A massagem é utilizada para “comunicar, aliviar a dor ou desconforto, facilitar o processo de cura e proporcionar um estado de bem-estar físico e psicológico”;
- (Parecer CJ 47/2008, p. 1)
- Massajar – uma forma de Manipular com as seguintes características específicas: “pressionar e esfregar o corpo ou partes do corpo”.

(Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 98)

## Benefícios para o bebé



(Vimala McClure, 2008)

## Interação

“A prática da massagem cria vínculos de confiança e amor, sendo uma boa lição de ternura, carinho, abertura e respeito-toda uma bagagem positiva que uma criança levará consigo para a vida adulta”

(Brazelton, 2007)

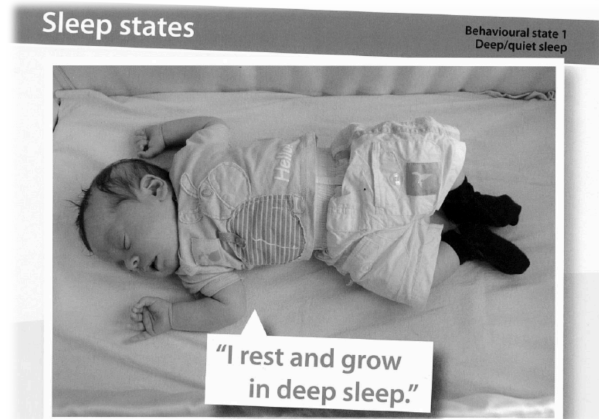
- **Objetivos:**

- Promoção da vinculação segura;
- Capacitação dos pais.



Conhecer os diferentes estádios do bebé

## Sono Profundo



Laves, U. (s.d.) - *Understanding Your Baby Better*. Leporello: infantastic Versand & Verlag.

## Sono Ligeiro (REM)



Laves, U. (s.d.) - *Understanding Your Baby Better*. Leporello: infantastic Versand & Verlag.

# Acordar

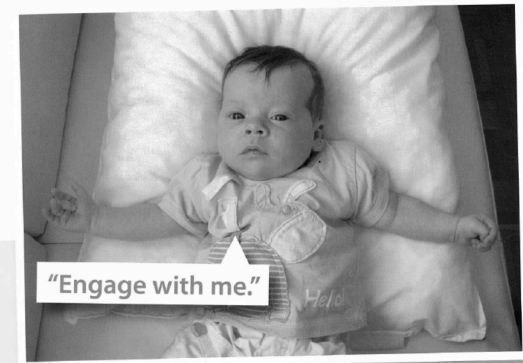
Transition from sleep to wake state Drowsy



Laves, U. (s.d.) - *Understanding Your Baby Better*. Leporello: infantastic Versand & Verlag.

# Alerta Tranquilo

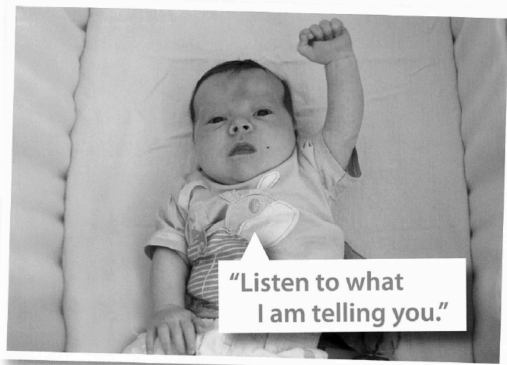
Awake states Behavioural state 3  
Quiet alert



Laves, U. (s.d.) - *Understanding Your Baby Better*. Leporello: infantastic Versand & Verlag.

# Alerta Ativo

Behavioural state 4  
Active alert/fussing



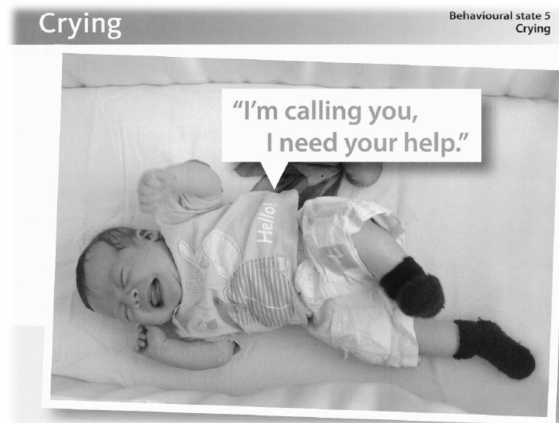
Laves, U. (s.d.) - *Understanding Your Baby Better*. Leporello: infantastic Versand & Verlag.

Self-regulation, self-comforting



Laves, U. (s.d.) - *Understanding Your Baby Better*. Leporello: infantastic Versand & Verlag.

## Choro



Laves, U. (s.d.) - *Understanding Your Baby Better*. Leporello: infantastic Versand & Verlag.

## Estimulação

- Dos diferentes sistemas do corpo;
- Crescimento;
- Eliminação;
- Desenvolvimento da linguagem e das capacidades de aprendizagem;
- Integração social;
- Consciência mental/corporal.

(Vimala McClure, 2008)

## Relaxamento

- Melhoria dos padrões do sono;
- Regulação dos estádios comportamentais;
- Melhoria da autorregulação;
- Normalizar do tônus muscular;
- Aumento da flexibilidade;
- Redução dos níveis de stress e das hormonas de stress (como cortisol e norepinefrina);
- Aumento das hormonas relaxantes (como ocitocina e serotonina);
- Redução hipersensibilidade e hiperatividade.

(Vimala McClure, 2008)

## Alívio

- Gazes/ cólicas;
- Obstipação;
- Muco em excesso;
- Desconforto dos dentes;
- Tensão muscular;
- Desorganização do sistema nervoso;
- Hipersensibilidade ao toque.

(Vimala McClure, 2008)

## Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no Controlo da Dor na Criança

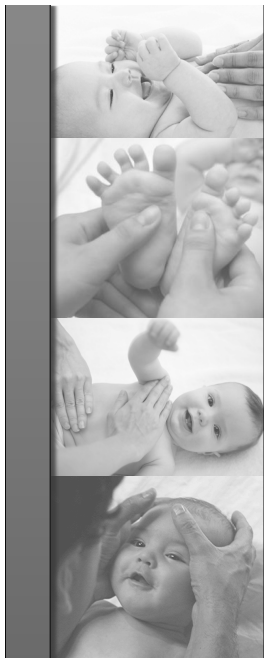
- Estratégia não-farmacológica:
  - Comportamentais;
  - Cognitivas;
  - Cognitivo-comportamentais;
  - Físicas ou periféricas:
    - Permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, diminuir a reação inflamatória e a tensão muscular.
  - Suporte emocional;
  - Ambientais.

(Ordem dos Enfermeiros, 2013)

## Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no Controlo da Dor na Criança

- Massagem:
  - estimulação cutânea com o propósito de aliviar a dor através de relaxamento e distração, além de ativar mecanismos inibitórios da dor.

(Ordem dos Enfermeiros, 2013)



## TÉCNICAS DE MASSAGEM

## Pernas e Pés



1. Ordenha Indiana



2. Rosca



3. Deslizer na Planta do Pé

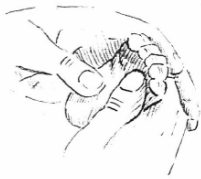
## Pernas e Pés



4. Rolar os Dedos



5. Pressão com o Indicador



6. Caminhar na Planta do Pé



7. Deslizar no Dorso do Pé

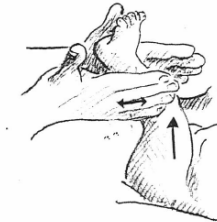
## Pernas e Pés



8. Círculos no Tornozelo



9. Ordenha Sueca

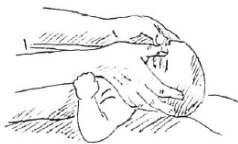


10. Rolar



11. Círculos nas Nádegas

## Cara



3. Sobe e Desce do Nariz



5. Círculos nas Bochechas

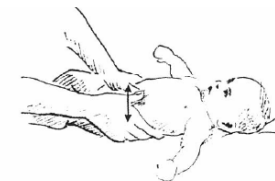
## Barriga



1. Pás de Moinho



2. Pás de Moinho pernas levantadas

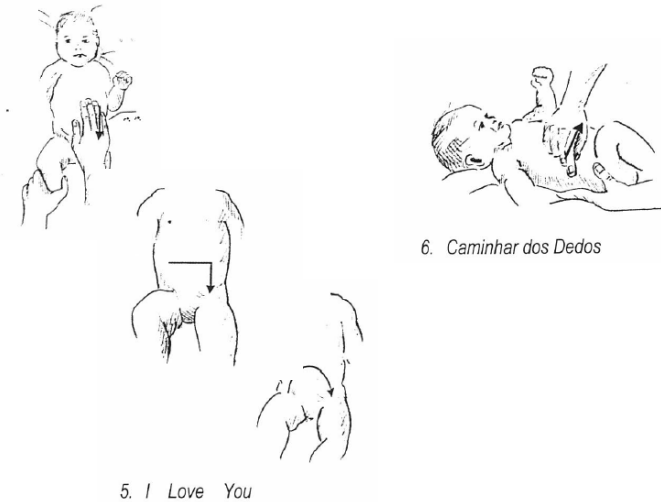


3. Afastar Polegares



4. Sol e Lua

## Barriga



## Protocolo de cólicas: Alívio

- Quando ocorrem problemas como dores, gases, obstipação ou cólicas;
- Repetir a sequência das técnicas 3 vezes, 2 a 3 x dia, pelo menos durante 2 semanas.

## Protocolo de cólicas: Alívio

1. Pousar as mãos;
2. Pás de moinho;
3. Joelhos à barriga;
4. Sol e Lua;
5. Joelhos à barriga;
6. Toque de relaxamento.



As interações precoces transmitidas pelo olhar, tom de voz, expressão facial e toque tem uma função crucial para um desenvolvimento infantil saudável.

(Underdown e Barlow, 2011)

## Comentários



## Referências Bibliográficas

- Brazelton, T. Berry (2007) – *O grande livro da criança*. (10ª ed.). Barcelona: Editorial Presença.
- Figueiredo, B. (2007). Massagem ao bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 38(1) 29-38.
- Laves, U. (s.d.) - *Understanding Your Baby Better*. Leporello: infantastic Versand & Verlag.
- McClure, V. (2008) – *Manual para instrutores de massagem infantil*. Lisboa: Associação Portuguesa de Massagem Infantil.
- Ordem dos Enfermeiros (2013) – *Guia Orientador de Boa Prática Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Série 1, nº6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011) – *CIPE® versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Santa Maria da Feira: Rainho & Neves, Lda.
- Parecer CJ 47/2008 sobre Legitimidade sobre a aplicação de técnicas de massagem infantil.
- Underdown, A. & Barlow, J. (2011). Interventions to support early relationships: mechanisms identified within infant massage programmes. *Community Practitioner*. 84(4) 21-26.

## Obrigada





# Massagem Infantil

O poder do toque

Patrícia Conceição

Aluna do Mestrado em Enfermagem  
na área de Especialização de  
Saúde Infantil e Pediatria da ESEL

Orientação:

Enf<sup>ª</sup> F. C.

Prof. Teresa Oliveira Marçal

*O toque, o contacto pele  
a pele, as massagens,  
tudo alimenta a criança.*

*É um alimento tão  
necessário como os  
minerais, vitaminas e  
proteínas.*

*Dr. Frederick Leboyer*

## Índice

	Pág.
<b>1. BENFÍCIOS DA MASSAGEM INFANTIL.....</b>	<b>4</b>
<b>2. ALGUMAS ORIENTAÇÕES GERAIS PARA UMA SESSÃO DE MASSAGEM INFANTIL.....</b>	<b>6</b>
<b>3. TÉCNICAS DE MASSAGEM INFANTIL.....</b>	<b>9</b>
<b>4. TÉCNICAS DE MASSAGEM PARA ALÍVIO DE CÓLICAS.....</b>	<b>16</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>18</b>

## 1. BENEFÍCIOS DA MASSAGEM INFANTIL

A massagem é utilizada para “comunicar, aliviar a dor ou desconforto, facilitar o processo de cura e proporcionar um estado de bem-estar físico e psicológico” (Parecer CJ 47/2008, p. 1). Assim, existem quatro grandes benefícios da massagem infantil, quer para a criança quer para os pais que massajam. Segundo Vimala McClure (2008) esses benefícios são relativos aos seguintes domínios:

- Interação: promoção de uma vinculação segura e da capacitação dos pais para o cuidado ao seu filho, ou seja, a promoção de uma parentalidade adequada; tempo de qualidade para a díade; contacto precoce com ambos os pais; e conhecimento dos estádios comportamentais do bebé.
- Estimulação: dos diferentes sistemas do corpo (circulatório, digestivo, hormonal, imunitário, linfático, nervoso, respiratório, vestibular); do crescimento; da eliminação; do desenvolvimento da linguagem e das capacidades de aprendizagem; da integração social; e da consciência mental/corporal.

- Relaxamento: através da melhoria dos padrões do sono; da regulação dos estádios comportamentais; da melhoria da autorregulação; do normalizar do tónus muscular; do aumento da flexibilidade; da redução dos níveis de stress e das hormonas de stress (como cortisol e norepinefrina); do aumento das hormonas relaxantes (como ocitocina e serotonina); e da redução da hipersensibilidade e da hiperatividade.
- Alívio: dos gases/ cólicas; da obstipação; do muco em excesso; do desconforto dos dentes; da tensão muscular; da desorganização do sistema nervoso; da hipersensibilidade ao toque; e da dor.

A massagem pode também ser usada como alívio da dor, através da estimulação cutânea com o objetivo de promover o relaxamento e a distração, além de ativar mecanismos inibitórios da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

## **2. ALGUMAS ORIENTAÇÕES GERAIS PARA UMA SESSÃO DE MASSAGEM INFANTIL**

Antes de iniciar uma sessão de massagem há que assegurar algumas condições essenciais para que pais e criança possam disfrutar desse momento e incluí-lo no seu auto cuidado:

1. O local da massagem deve ter uma temperatura agradável, luz natural ou indireta, e pouco ruído de modo a promover a audição da voz humana, ou uma música em baixo volume e adequada.
2. O óleo a ser usado durante a massagem deve ser um óleo vegetal prensado a frio, uma vez que este respeita as características da pele, nutrindo-a, e não tem perfumes, respeitando o odor da pessoa que está a massajar.
3. Antes de iniciar a sessão de massagem é fundamental que, de modo verbal e não verbal, se peça permissão à criança – *“Queres uma massagem?”*, ao mesmo tempo que a tocamos e lemos o estágio comportamental em que se encontra, observando os pontos-chave positivos ou negativos que esta nos dá.

4. O estágio de *alerta tranquilo* é o estágio ideal para a massagem, uma vez que a criança se encontra pronta para a interação com os pais, o que podemos observar através de uma cara brilhante e resplandecente, olhos abertos e atentos aos pais e ao que a rodeia, respondendo aos estímulos. A criança pode ainda chuchar de satisfação, rir, balbuciar, apresentando um comportamento tranquilo e relaxado com movimentos dos braços e pernas de contentamento. Este estágio é assim o momento ideal para a alimentar, segurar e interagir, como por exemplo através da massagem.
5. Caso a criança feche os olhos, vire o olhar e franza o sobrolho ou enrugue a testa, soluçe, esteja a chorar ou irritada com agitação corporal, ou simplesmente adormeça, a massagem deve ser suspensa, respeitando os limites da criança.
6. Uma criança que esteja a chorar ou a dormir não deve ser massajada, exceto nas situações de choro por cólica/desconforto abdominal e aquando a aplicação das técnicas de alívio das cólicas. Nestes casos, apenas se realizam as técnicas preconizadas para essa situação, deixando as restantes para

outros dias, para que a criança não associe a massagem a desconforto.

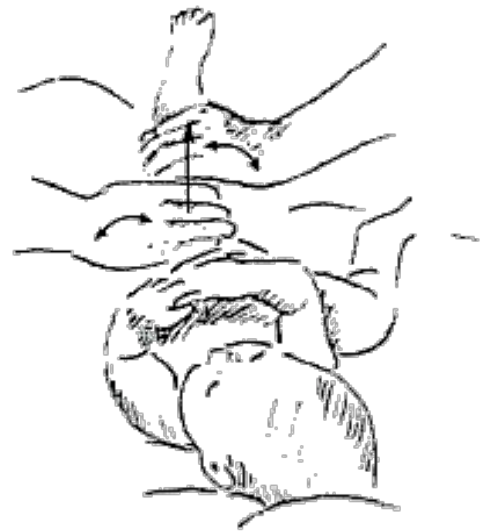
### 3. TÉCNICAS DE MASSAGEM INFANTIL<sup>1</sup>

As técnicas são apresentadas na sequência aconselhada para cada segmento em cada sessão.

#### Pernas e Pés



1. *Ordenha Indiana*



2. *Rosca*



3. *Deslizar na Planta do Pé*

---

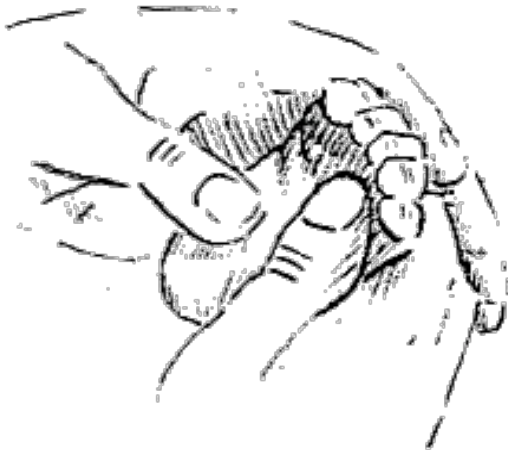
<sup>1</sup> As imagens foram retiradas do Manual para Instrutores de Massagem Infantil, Vimala McClure (2008), e destinam-se a divulgação para fins educativos.



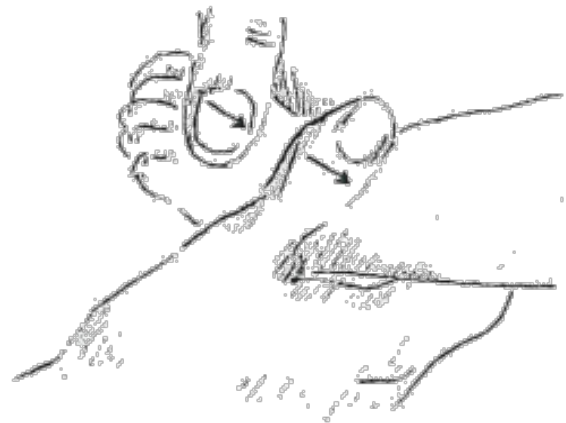
4. *Rolar os Dedos*



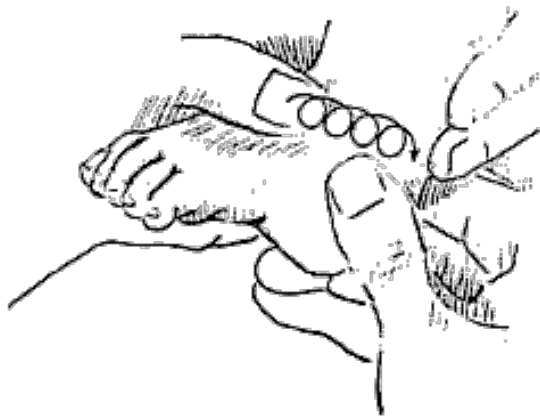
5. *Pressão com o Indicador*



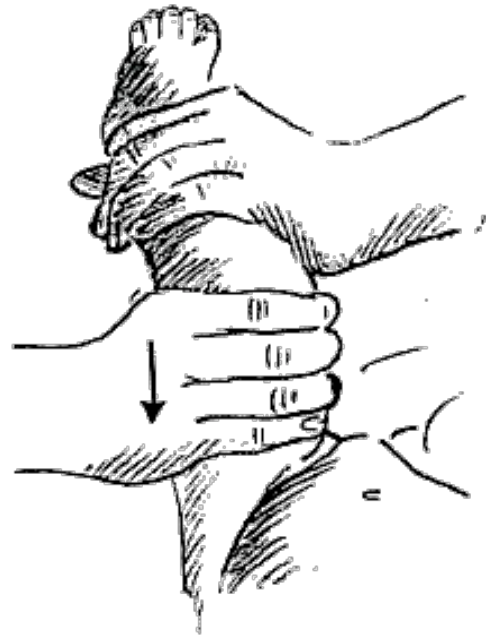
6. *Caminhar na Planta do Pé*



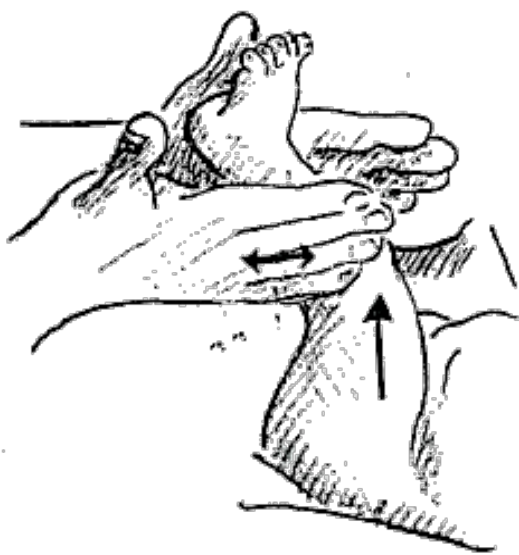
7. *Deslizar no Dorso do Pé*



8. *Círculos no Tornozelo*



9. *Ordenha Sueca*

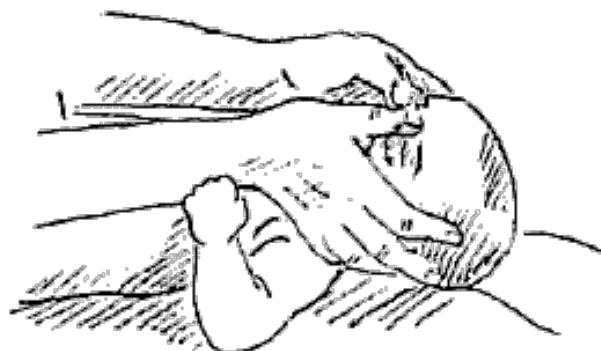


10. *Rolar*



11. *Círculos nas Nádegas*

## Cara



3. *Sobe e Desce do Nariz*

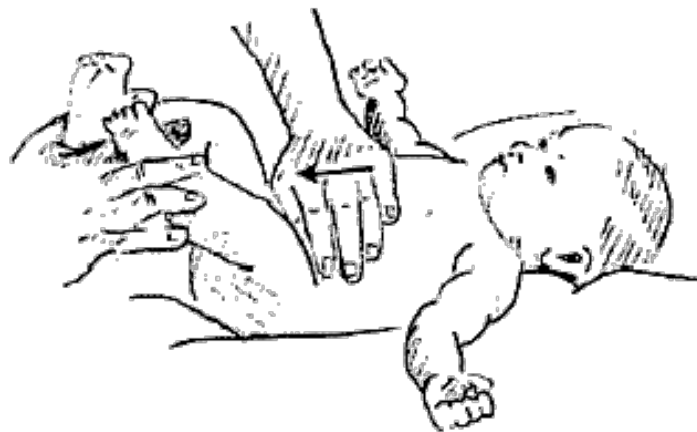


5. *Círculos nas Bochechas*

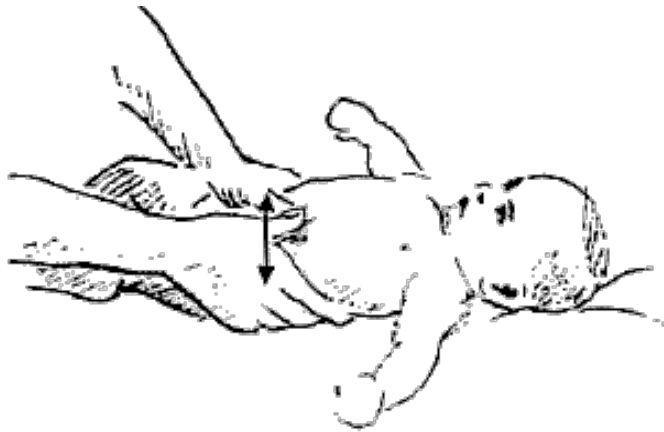
## Barriga



1. *Pás de Moinho*



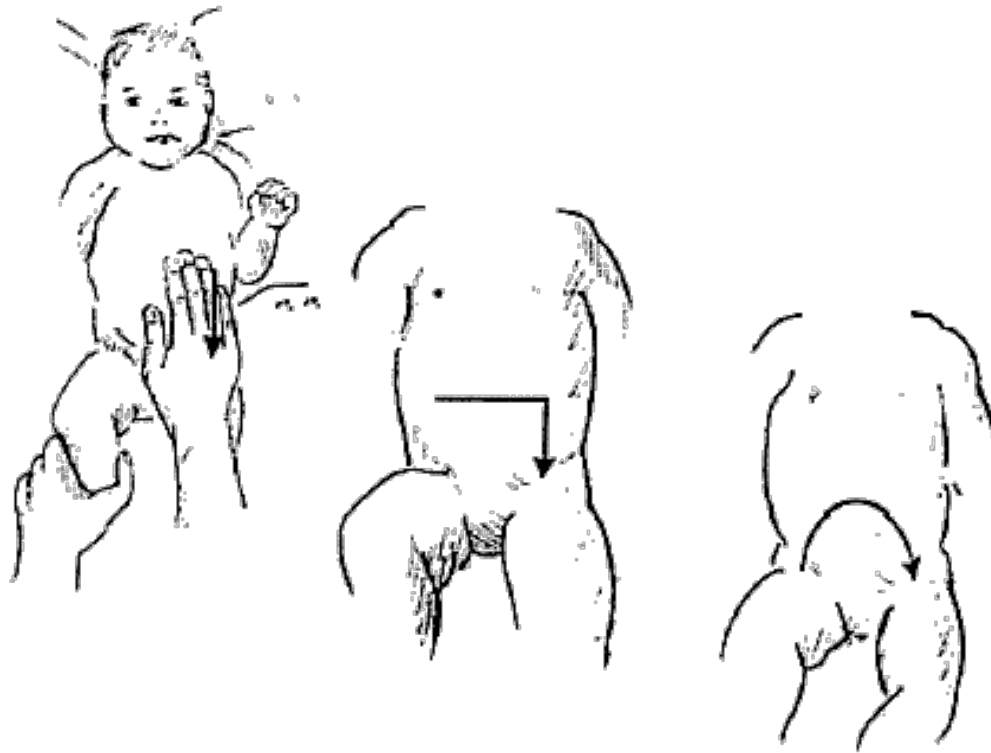
2. *Pás de Moinho pernas levantadas*



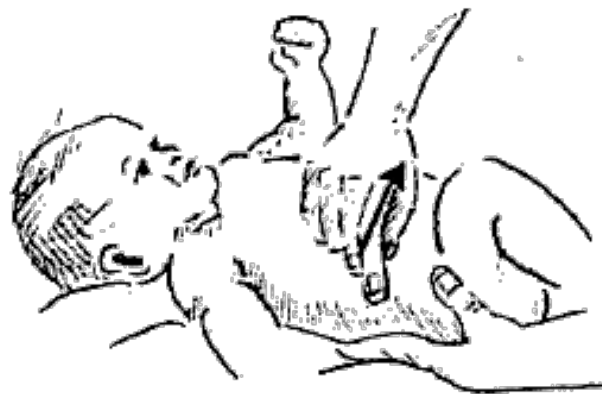
### 3. *Afastar Polegares*



### 4. *Sol e Lua*



5. *I Love You*



6. *Caminhar dos Dedos*

#### 4. TÉCNICAS DE MASSAGEM PARA ALÍVIO DE CÓLICAS

Quando ocorrem problemas como dores abdominais, gases, obstipação ou cólicas beneficiam do alívio através da massagem. Sequência das técnicas a realizar:

1. Pousar as mãos;
2. Pás de Moinho (6x);
3. Joelhos à barriga (permanecer 6 segundos);
4. Toque de relaxamento;
5. Sol e Lua (6x);
6. Joelhos à barriga (permanecer 6 segundos);
7. Toque de relaxamento.

Repetir a sequência três vezes em cada sessão, e realizá-la duas a três vezes ao dia, pelo menos durante duas semanas.

**Técnicas alternativas** que também podem ajudar: pousar de mãos (em qualquer zona do corpo de modo a que a criança sinta o calor e o contacto e consiga relaxar o corpo), toque de relaxamento e contenção (como o colo, sendo protetor, seguro e sem movimento). Estas técnicas podem ser usadas separadamente das restantes ou de forma cumulativa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brazelton, T. Berry (2007) – *O grande livro da criança*. (10ª ed.). Barcarena: Editorial Presença.

Figueiredo, B. (2007). *Massagem ao bebé*. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 38(1) 29-38.

Laves, U. (s.d.) - *Understanding your baby better*. Leporello: infantastic Versand & Verlag.

McClure, V. (2008) – *Manual para instrutores de massagem infantil*. Lisboa: Associação Portuguesa de Massagem Infantil.

Ordem dos Enfermeiros (2013) – *Guia orientador de boa prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Série 1, nº6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011) – *CIPE® versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Santa Maria da Feira: Rainho & Neves, Lda.

Parecer CJ 47/2008 sobre Legitimidade sobre a aplicação de técnicas de massagem infantil.

Underdown, A. & Barlow, J. (2011). Interventions to support early relationships: mechanisms identified within infant massage programmes. *Community Practitioner: the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*. 84(4) 21-26.

## Apêndice VII – A Comunicação com o adolescente numa Urgência

# A comunicação com o adolescente numa Urgência

## Princípios Gerais

Reunião de Serviço

Orientação:  
Enfª C. P.  
Prof. Teresa Oliveira Marçal

**Patrícia Conceição**  
Aluna do Mestrado em Enfermagem na área de  
Especialização de Saúde Infantil e Pediatria da ESEL

Março de 2014

## Objetivos

- Compreender a problemática associada à hospitalização do adolescente num serviço de urgência;
- Analisar as estratégias de comunicação a mobilizar no processo de cuidados ao adolescente num serviço de urgência (nomeadamente quando internado);
- Analisar as condições para a implementação das boas práticas da entrevista ao adolescente.

## Sumário da Apresentação

- Conceito de Adolescência;
- Hospitalização:
  - Stressores: Separação; Perda de Controlo; Lesão Corporal e Dor.
- Saúde do adolescente;
- Comunicação terapêutica no processo de cuidados ao adolescente.

## Adolescência



## Adolescência



- Período de transição entre a infância e a fase adulta (dos 10 aos 19 anos);
- Período de grandes mudanças físicas e psicológicas, a nível da interação social e das relações;
- Grupo saudável.

(WHO, 2014; Hockenberry e Wilson, 2011; Plano Nacional de Saúde, 2011-2016)

## Saúde do Adolescente



- Grupo etário que menos utiliza os serviços de saúde;
- Recorrem mais ao serviço de urgência por:
  - Lesões traumáticas;
  - Procura de maior anonimato e imediatismo na resposta.

(Prazeres, 1998)

## Saúde do Adolescente



• Mas o que leva o adolescente à urgência?

- Doença;
- Acidente escolar;
- Acidente pessoal;
- Quedas;
- Na faixa etária dos 17-18 anos há um aumento das agressões.

(Fonte: Trabalho desenvolvido no serviço pela Enfª I. L. relativo às patologias mais frequentes na Urgência em 2010)

## Hospitalização



- Descontinuidade no quotidiano do adolescente;
- Exposição a um ambiente adverso (por vezes agressivo físico e/ou psicologicamente);
- Possibilidade de sentimentos de frustração e preocupação em relação à escola, ao grupo de amigos e à situação de saúde.



Stressores

(Barroqueiro, 1996; Branco, Brito, Fonseca e Ribeiro, 2009)

## Stressores da Hospitalização

Ansiedade pela Separação

Sensação de Perda de Controlo

Medo da Lesão Corporal e Dor



- Pais e de casa;
- Perda de contacto com o grupo de amigos - perda do status e de aceitação pelo grupo;
- Incapacidade de exercer controlo ou liderança.

(Hockenberry e Wilson, 2011)

## Stressores da Hospitalização

Ansiedade pela Separação

Sensação de Perda de Controlo

Medo da Lesão Corporal e Dor



- Incapacidade de exercer a independência, autoafirmação e liberdade;
- Isolamentos dos outros;
- Procura de informações sobre o seu estado físico;
- Desejo de uma relação autêntica e de respeito pela sua autonomia e identidade.

(Hockenberry e Wilson, 2011)

## Stressores da Hospitalização

Ansiedade pela Separação

Sensação de Perda de Controlo

Medo da Lesão Corporal e Dor



- Alterações na imagem corporal;
- Invasão da privacidade;
- Implicações futuras da doença e do tratamento.

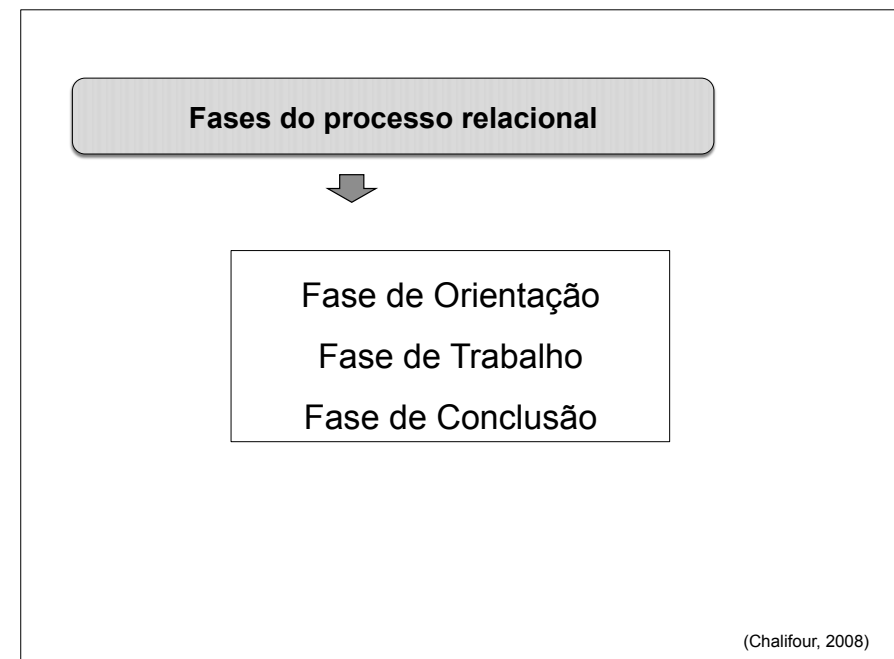
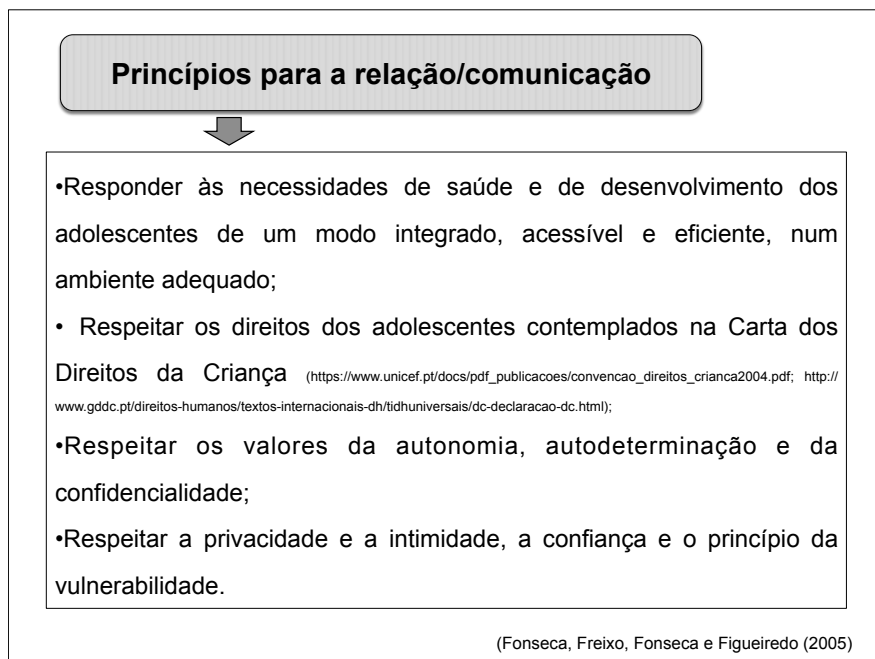
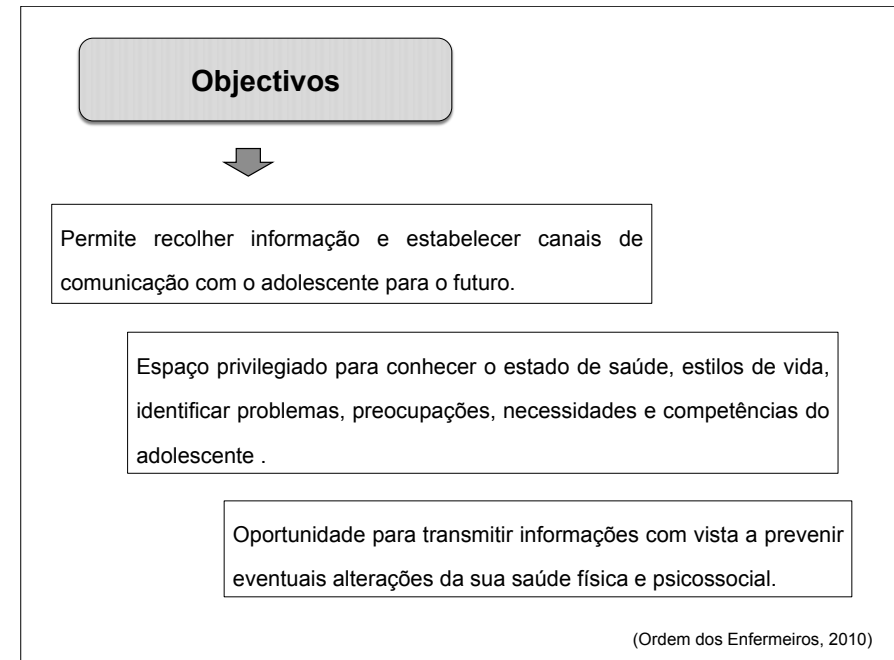
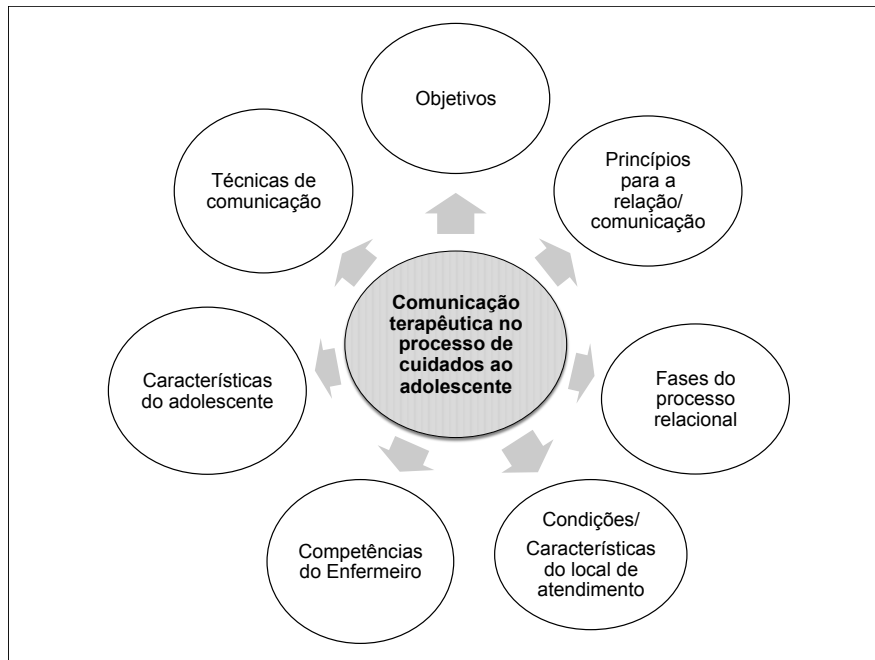
(Hockenberry e Wilson, 2011)

Adolescência

Saúde do Adolescente

Hospitalização

Comunicação terapêutica no processo de cuidados ao Adolescente



### Condições/ Características do local de atendimento na Urgência



- Acolhedor e confortável;
- Bem ventilado e limpo;
- Deve ter espaço suficiente e mobiliário para acolher o adolescente e família;
- Espaço que possam ser convertidos em espaços próprios destinado exclusivamente a jovens;
- Acesso a materiais educativos (livros, revistas, vídeos, programas de informática).

(Ordem dos Enfermeiros, 2010)

### Competências do Enfermeiros



- Acolher de forma cordial e compreensiva;
- Demonstrar disponibilidade;
- Assegurar a confidencialidade e o direito à privacidade;
- Conhecer as expectativas do adolescente e família;
- Dirigir as questões e as explicações diretamente ao adolescente;
- Utilizar uma linguagem simples e realista;
- Escuta ativa do adolescente, captando mensagens verbais e não verbais;

(Ordem dos Enfermeiros, 2010)

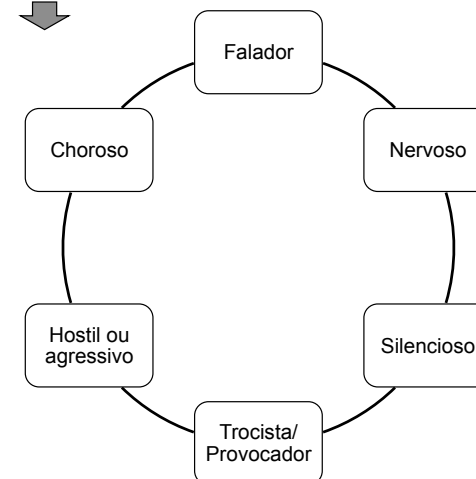
### Competências do Enfermeiro



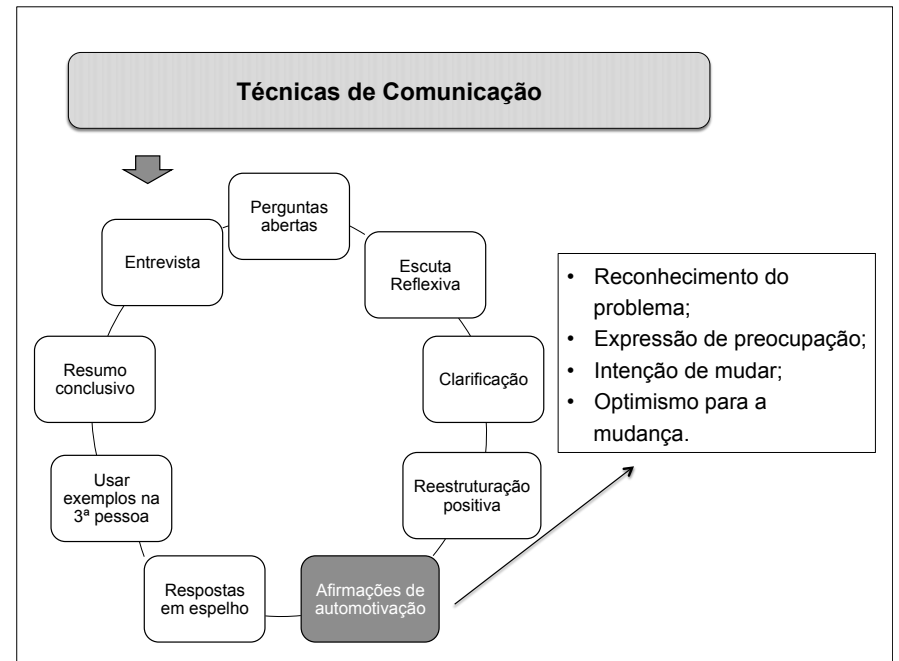
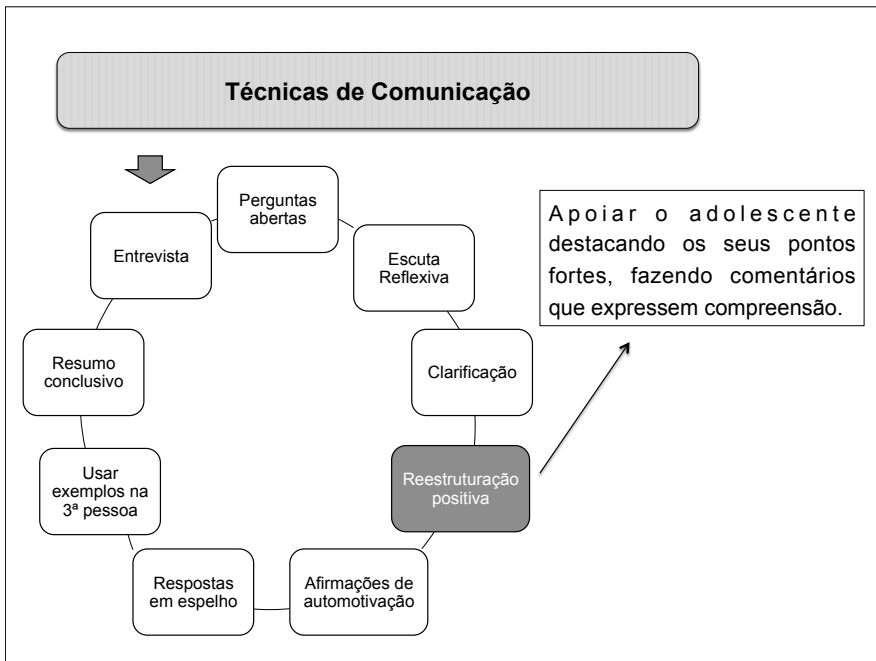
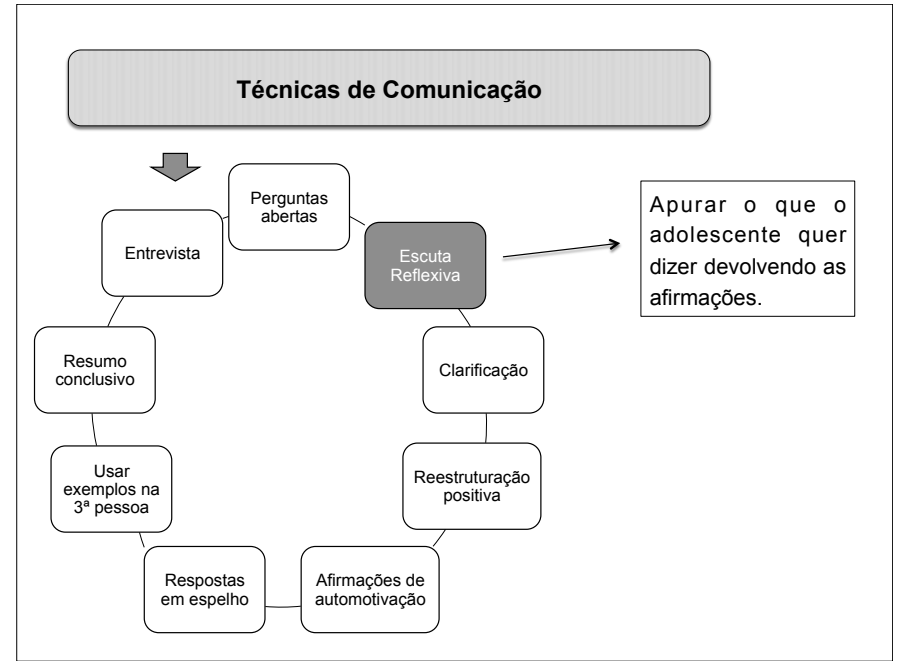
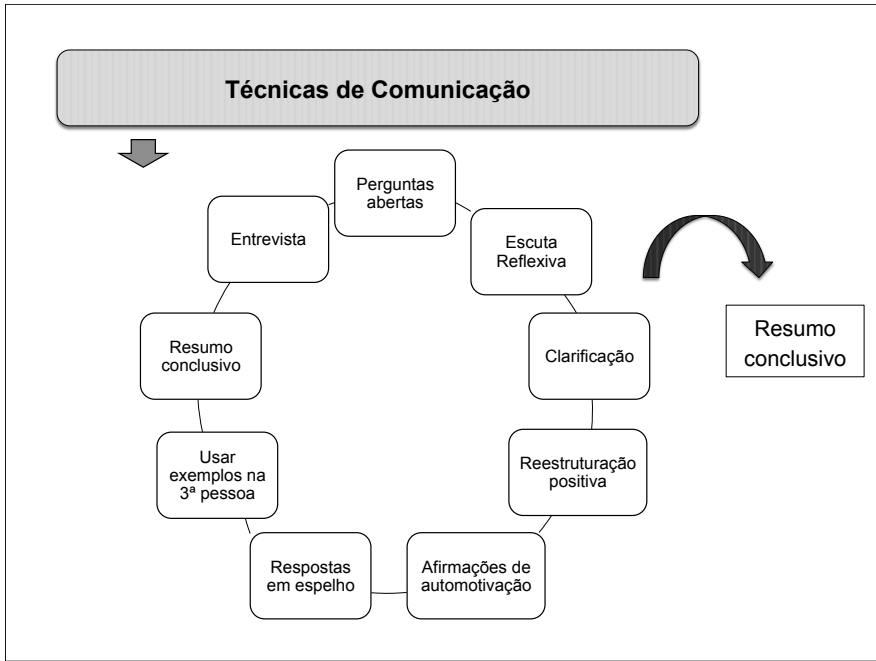
- Reforçar comportamentos positivos e autoestima;
- Evitar a indução de resposta e críticas;
- Evitar juízos de valor, silêncios prolongados e interrupções;
- Escrever pouco e escutar mais;
- Atuar como mediador e explicitar a sua intervenção.

(Ordem dos Enfermeiros, 2010)

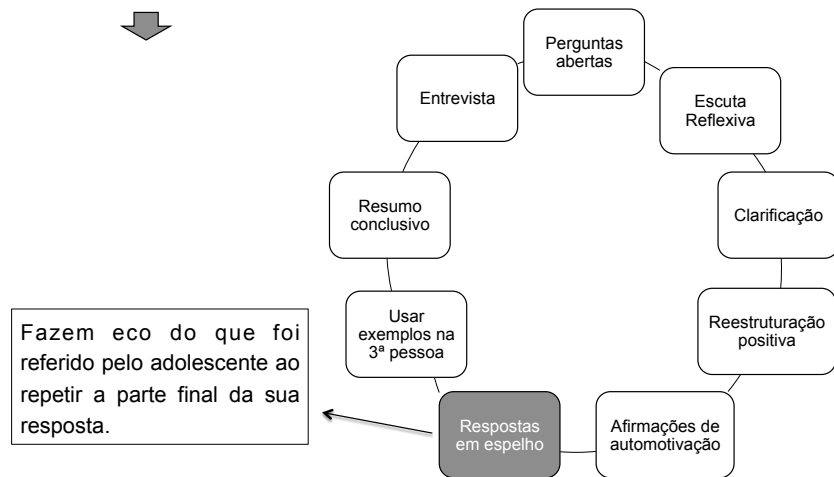
### Características do Adolescente



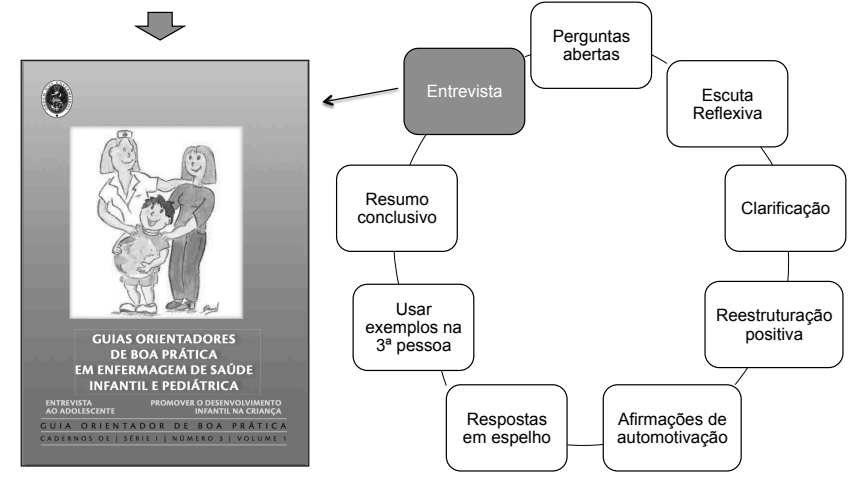
(Ordem dos Enfermeiros, 2010)



## Técnicas de Comunicação



## Técnicas de Comunicação



## Fases da Entrevista

### Fase de Acolhimento

- Apresentação ao adolescente e pais;
- Conhecer as expectativas do adolescente e pais face à situação;
- Esclarecer as etapas que constituem a entrevista:
  - Entrevista com o adolescente e família
  - Entrevista individual com o adolescente
  - Entrevista com o adolescente e família
- Assegurar a confidencialidade e privacidade.

(Ordem dos Enfermeiros, 2010)

## Fases da Entrevista

### Fase Exploratória

- Colheita de dados sobre antecedentes familiares e pessoais;
- Referir que poderão ser colocadas questões pessoais, explicando que a informação é importante para a compreensão sobre a sua saúde;
- Analisar os sistemas biopsicossociais do adolescente utilizando um acrónimo: FACTORES ou **HEADSSS**, adequados à situação que cada adolescente está a viver no serviço de urgência.

(Ordem dos Enfermeiros, 2010)

# HEADSSS

- H** – *home* (casa, família)
- E** – *education e employment* (escola e emprego)
- E** – *eating* (alimentação)
- A** – *activities* (atividades desportivas e de lazer)
- D** – *drugs* (consumos, adição)
- S** – *sexuality* (sexualidade)
- S** – *Suicide* (depressão, suicídio, humor)
- S** – *Safety* (segurança, acidentes, violência)

[http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&sqi=2&ved=0CDAQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fnorma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx&ei=IQcOU\\_\\_mPK3A7AbqoICyAg&usq=AFQjCNEi5IDo90dQGIBPFCqb7G1W\\_cNQ&sig2=6a7mWIKy0C1ak6UrUETjqw&bvm=bv.61965928,d.bGQ](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&sqi=2&ved=0CDAQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fnorma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx&ei=IQcOU__mPK3A7AbqoICyAg&usq=AFQjCNEi5IDo90dQGIBPFCqb7G1W_cNQ&sig2=6a7mWIKy0C1ak6UrUETjqw&bvm=bv.61965928,d.bGQ)  
(Goldenring e Cohen, 1985)

Fases da Entrevista

Fase Resolutiva

- Disponibilizar tempo para que o adolescente possa expressar preocupações e colocar outras questões;
- Orientar mais do que aconselhar, para que o adolescente possa sentir que participa nas tomadas de decisão;
- Enunciar várias opções para que o adolescente possa escolher o comportamento, começando com pequenas mudanças;
- Reforçar a capacidade do adolescente intervir na consecução do seu projeto de saúde ou na recuperação da sua saúde;

(Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Fases da Entrevista

Fase Resolutiva

- Advogar o adolescente perante os pais, realçando as suas competências e qualidades (diferente de estar de acordo com o seu comportamento);
- Ajudar o adolescente a partilhar com os pais as metas negociadas e facilitar o apoio para a sua concretização;
- Registar os diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem, comportamento, interesses e motivações do adolescente;
- Perspetivar a continuidade do seguimento de enfermagem.

(Ordem dos Enfermeiros, 2010)

“O adolescente tem o direito a ser atendido individualmente, em espaço privado, onde seja reconhecida a sua autonomia e individualidade, estimulando a responsabilidade pela sua própria saúde”

(Guias Orientadores de Boa Prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica)



E agora, o que fazer?

(Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.20)

## Perspectivas de trabalho futuro

- Práticas de reflexão entre a equipa;
- Discussão.

## Referências Bibliográficas

- Barroqueiro, C. (1996). A hospitalização do adolescente. *Enfermagem*, Lisboa, 4 (2) 43-50.
- Branco, A., Brito, M., Fonseca, S., Ribeiro, S. (2009). Intervenção do enfermeiro junto do adolescente/família hospitalizado. *Enfermagem*, 11. 14-17
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta (Tradução do original francês L'intervention thérapeutique – Les fondements existentiels-humanistes de la relation d'aide, 2002)
- Direção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- Fonseca, H., Freixo, J., Fonseca, P. & Figueiredo, C., (coords). (2005). Requisitos para o atendimento ao adolescente: consensos da Direção da Secção de Medicina do Adolescente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36(4), pp. 223-224.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (Mosby, Trad.). (8ª edição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda. (Tradução do original inglês Wong's Essential of Pediatric Nursing, 8th ed., 2009)
- [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/) Acedido em 2014/02/06
- Ministério da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. N.º3 Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Prazeres, V. (1998). *Saúde dos Adolescentes: Princípios orientadores*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde

## Apêndice VIII – Avaliação Familiar

## **Avaliação Familiar – Modelo de Calgary**

Os cuidados de enfermagem à criança e jovem assentam na filosofia dos cuidados centrados na família, cuidando da família como um todo. Para que tal aconteça, é essencial que o enfermeiro conheça a família para que em conjunto possam cuidar da criança em parceria. Desta forma, importa definir o conceito de família, tendo por base que não existe um conceito universal. Hockenberry e Wilson (2011) defendem que uma família é aquilo que uma pessoa considera que seja, podendo assumir muitas formas diferentes dependendo da estrutura de referência, valores ou disciplina de cada indivíduo. Wright e Leahey (2011) referem, ainda, que a família é um grupo de pessoas unidas por fortes vínculos emocionais, com um sentimento de pertença e de inclinação a participar nas vidas uns dos outros. A totalidade da família é muito mais que a simples soma de cada elemento, e cada pessoa deve ser compreendida dentro de um contexto mais amplo, ou seja, a família. Assim, quando existe uma mudança num dos membros da família, esta afeta todos os outros. Este conhecimento da família ajuda a identificar os seus pontos fortes e os seus problemas, orientando o foco de atenção dos cuidados (Wright e Leahey, 2011).

A teoria dos sistemas familiares, que assenta na teoria geral dos sistemas, refere-se à família como um sistema que interage continuamente entre si e com o ambiente, assentando nos conceitos da não somatividade e da adaptabilidade (Hockenberry e Wilson, 2011). Existe um sistema individual que faz parte de um sistema familiar que por sua vez está dentro de diferentes suprasistemas.

O Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF) baseia-se nos fundamentos teóricos que envolvem sistemas, cibernética, comunicação e teoria da mudança, e é influenciado pelo pós-modernismo e pela biologia da cognição. Este modelo surgiu da adaptação do modelo de avaliação da família de Tomm e Sanders (1983), e hoje é utilizado em todo o mundo.

A sua estrutura multidimensional e integrada consiste em três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional (ver fig.1). Cada categoria divide-se em diferentes subcategorias, sendo importante que cada enfermeiro faça uma avaliação individual de cada família e decida quais as subcategorias pertinentes para a sua avaliação em cada momento (Wright e Leahey, 2011). Assim, nem todas as subcategorias necessitam de ser avaliadas logo na primeira entrevista. A avaliação familiar depende também da experiência de vida pessoal e profissional do enfermeiro, das suas crenças e relacionamentos com os entrevistados. Este modelo ajuda a orientar os enfermeiros no auxílio às famílias, concentrando-se na interação entre todos os membros da família (Wright e Leahey, 2011).

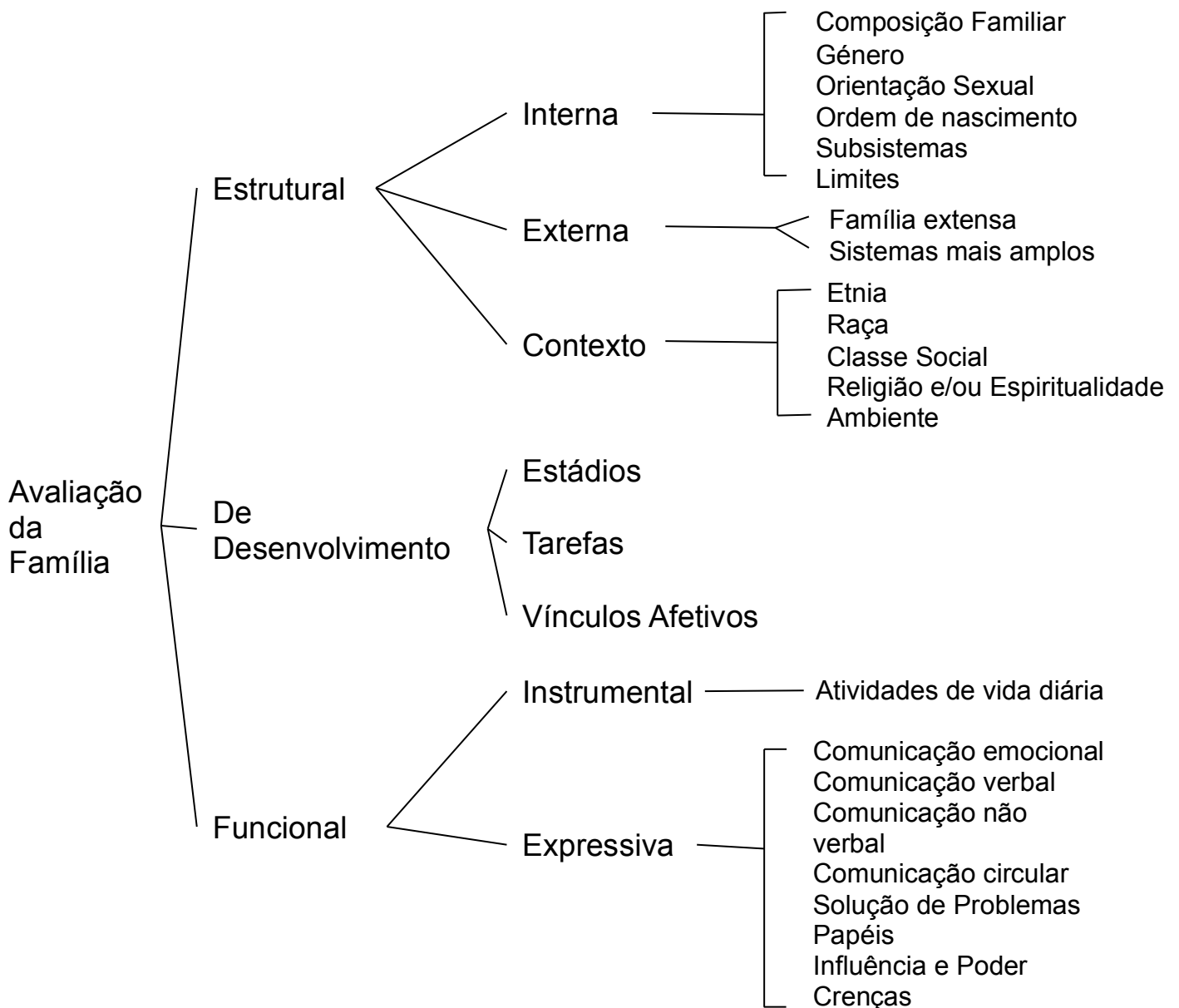


Fig. 1 – Modelo Calgary de Avaliação da Família

## I – Avaliação da Estrutura

### 1.1.Estrutura Interna:

Composição familiar

**Gênero**

**Orientação sexual**

**Ordem de nascimento**

**Subsistemas** (Nível de diferenciação de sistemas. Cada pessoa na família pertence a vários subsistemas diferentes. Em cada um deles, essa pessoa tem um diferente nível de poder e utiliza diferentes capacidades.)

**Limites** (Refere-se às regras internas da família, onde se define os sujeitos e os modos de participação)

## 1.2.Estrutura Externa:

**Família extensa** (Inclui famílias de origem e de procriação, assim como a atual geração e membros da família adotiva.)

**Sistemas mais amplos** (Instituições sociais mais amplas e pessoas com as quais as famílias têm contacto significativo.)

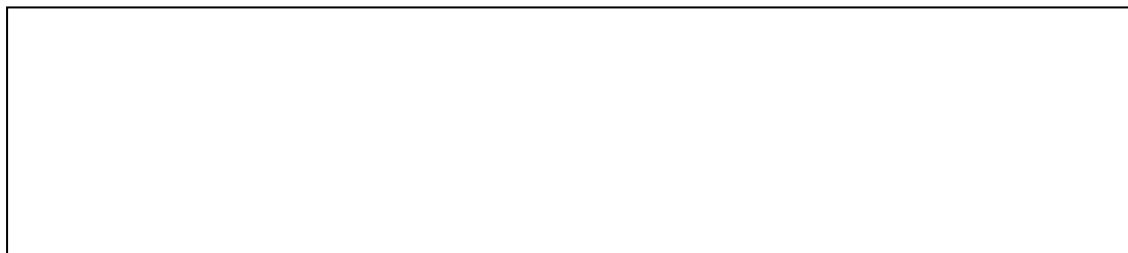
## 1.3.Contexto:

**Etnia e raça**

**Classe social** (Nível ocupacional, ocupação, rendimentos)

**Espiritualidade e/ou religião**

**Ambiente** (Fatores ambientais, ex: adequação de espaço, privacidade e acesso a escolas, creches, recreação e transportes públicos, outros...)

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for notes or a drawing related to the 'Ambiente' section.

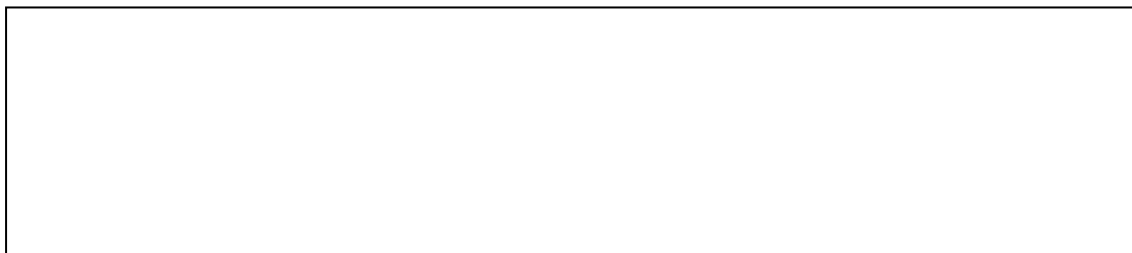
**Genograma e Ecomapa**

## II - Avaliação do Desenvolvimento (ver Anexo I)

### 2.1. Estádios



### 2.2. Tarefas



### 2.3. Vínculos (entre os pais, entre os filhos e pais e entre a fratria)



## III - Avaliação Funcional (Diz respeito aos detalhes sobre como os indivíduos realmente se comportam uns com os outros)

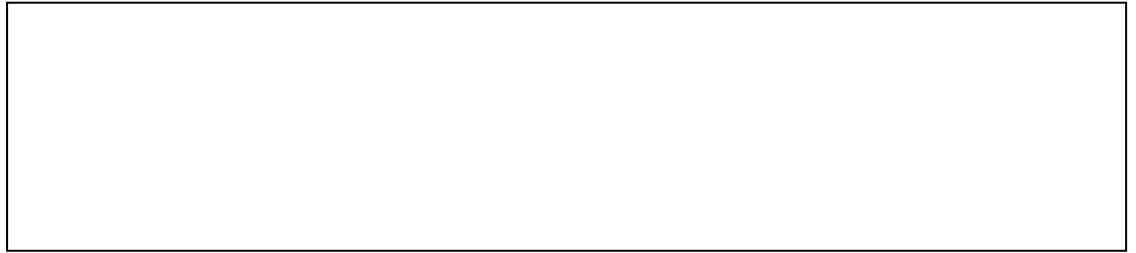
### 3.1. Funcionamento Instrumental:

Atividades de vida diária (nível de independência, hábitos, necessidades e respostas encontradas)



### 3.2.Funcionamento Expressivo:

**Comunicação emocional** (diferentes estratégias de expressão de sentimentos)



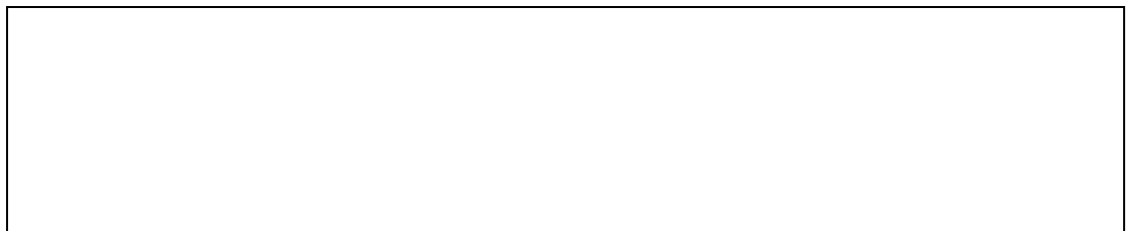
**Comunicação verbal e não verbal** (focaliza-se nas mensagens verbais ou escritas e nas mensagens paraverbais e não verbais (postura corporal, contacto visual, toque, gestos, movimentos faciais, outros...))



**Comunicação circular** (comunicação recíproca entre as pessoas)



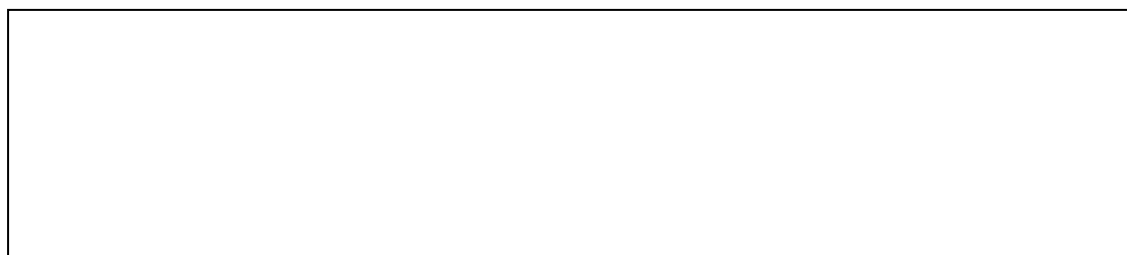
**Solução de problemas** (capacidade da família em dar uma solução eficaz aos próprios problemas)



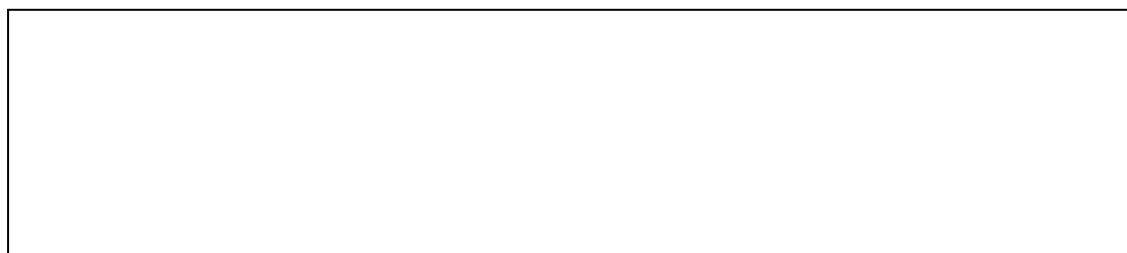
**Papéis** (padrões estabelecidos de comportamento dos membros da família. Os papéis não são estáticos e desenvolvem-se através da interação com os outros)



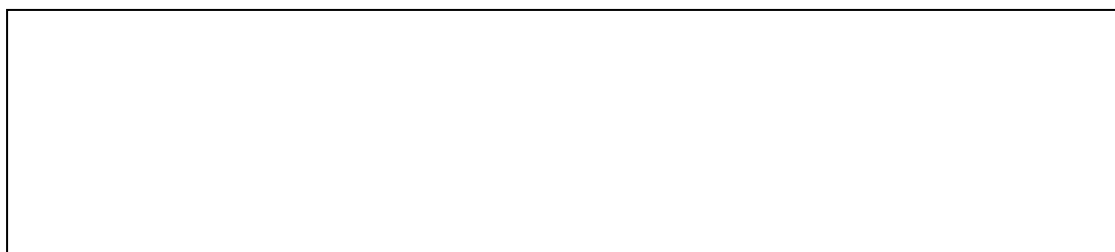
**Influência e poder** (métodos de afetam o comportamento de um indivíduo. O poder é a capacidade que uma pessoa tem sobre os outros e na distribuição de recursos.)



**Crenças** (atitudes fundamentais, premissas, valores e pressupostos adotados pela pessoa e famílias)



**Alianças e uniões** (orientação, equilíbrio e intensidade dos relacionamentos entre membros da família ou entre famílias e enfermeiros)



## Referências Bibliográficas

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011) - *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (Mosby, Trad.). (8ª edição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda. (Tradução do original inglês Wong's Essential of Pediatric Nursing, 8th ed., 2009)

Wright, L. & Leahey, M. (2011) - *Enfermeiras e Famílias - Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. (5ª edição). São Paulo: Editora Roca Ltda. (Tradução do original inglês Nurses and Families – A guide to family assessment and intervention, 5th ed., 2010)

## **Anexo I**

### **Estádios do ciclo vital da família**

(Carter e McGoldrick (1988,1999) citado por Wright e Leahey, 2011)

#### **Estádio um: Encaminhamento do jovem adulto solteiro**

Processo emocional de transição: Aceitar as responsabilidades emocional e financeira por si próprios

##### **Tarefas:**

1. Diferenciação do Eu (self) em relação à família de origem;
2. Desenvolvimento de relacionamentos íntimos com amigos;
3. Estabelecimento do Eu em relação ao trabalho e à independência financeira.

#### **Estádio dois: casamento: união das famílias**

Processo emocional de transição: Compromisso com o novo sistema

##### **Tarefas:**

1. Estabelecimento da identidade do casal;
2. Realinhamento de relacionamentos com famílias extensas para incluir o cônjuge;
3. Decisões sobre a paternidade.

#### **Estádio três: famílias com filhos pequenos**

Processo emocional de transição: Aceitar novos membros no sistema

##### **Tarefas:**

1. Ajuste do sistema conjugal para dar espaço ao filho;
2. União das tarefas de educação dos filhos, financeiras e domésticas;
3. Realinhamento de relacionamentos com a família extensa para incluir os papéis de pais e avós.

#### **Estádio quatro: famílias com adolescentes**

Processo emocional de transição: aumentar a flexibilidade dos limites da família para incluir a independência dos filhos e as fragilidades dos avós

##### **Tarefas:**

1. Modificação nos relacionamentos pais-filhos para permitir que os adolescentes se movimentem dentro e fora do sistema;
2. Voltar a focar as questões inerentes à vida conjugal e de carreira;
3. Começar a mudar no sentido de se unir nos cuidados à geração idosa.

#### **Estádio cinco: encaminhamento dos filhos e saída de casa**

Processo emocional de transição: aceitar múltiplas saídas e entradas no sistema familiar

**Tarefas:**

1. Renegociação do sistema conjugal como díade;
2. Desenvolvimento de relacionamentos adulto-adulto entre filhos adultos e pais;
3. Realinhamento dos relacionamentos para incluir os filhos adultos e os enteados;
4. Lidar com as incapacidades e a morte dos avós.

**Estádio seis: famílias no final de vida**

Processo emocional de transição: aceitar a mudança de papéis das gerações

**Tarefas:**

1. Manutenção do próprio funcionamento ou do funcionamento do casal e interesse diante do declínio fisiológico: exploração de novas opções de papéis familiares e sociais;
2. Abrir espaço, no sistema, para a sabedoria e a experiência dos idosos;
3. Lidar com a perda do cônjuge, irmãos e outros companheiros e preparar-se para a morte.

**Estágios de Duvall do Desenvolvimento da Família**

(Hockenberry e Wilson, 2011)

**Estágio I – Casamento e um Lar Independente: A união de Famílias**

Restabelecimento da identidade de casal.

Realinhamento de relações com a família estendida.

Tomada de decisões a respeito da maternidade/paternidade

**Estágio II – Famílias com Bebés**

Integração de bebês à unidade familiar.

Acomodação de novos papéis de pais e avós.

Manutenção de laços conjugais.

**Estágio III – Famílias com Filhos em Idade Pré-Escolar**

Socialização de filhos.

Pais e filhos ajustam-se à separação.

**Estágio IV – Famílias com filhos em Idade Escolar**

As crianças desenvolvem relações com os pares.

Os pais ajustam-se às influências dos amigos e da escola dos filhos.

**Estágio V – Famílias com Adolescentes**

Os adolescentes desenvolvem uma autonomia maior.

Os pais concentram-se novamente na vida conjugal, na meia-idade e nas questões de carreira.

Os pais começam a pensar em preocupações com uma geração mais velha.

#### **Estágio VI – Famílias como Centros de Lançamento**

Pais e adultos jovens estabelecem identidades independentes.

Os pais renegociam o relacionamento conjugal.

#### **Estágio VII – Famílias na Meia-Idade**

Reinvestem na identidade de casal com o desenvolvimento concomitante de interesses independentes.

Realinham os relacionamentos para incluir sogros e netos.

Lidam com incapacidades e morte da geração mais velha.

#### **Estágio VIII – Envelhecimento em Família**

Mudança do papel profissional para o lazer e semiaposentadoria ou aposentadoria integral.

Mantém o funcionamento conjugal e individual ao mesmo tempo em que se adapta ao processo de envelhecimento.

Prepara-se para a própria morte e para lidar com a perda do cônjuge e/ou irmãos e outras pessoas importantes.