

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

**Humanização dos cuidados de enfermagem em cirurgia
pediátrica: preparação da criança, adolescente e família
com enfoque na gestão emocional**

Ana Isabel de Oliveira Pinto Lopes

**Lisboa
2017**



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Humanização dos cuidados de enfermagem em cirurgia pediátrica: preparação da criança, adolescente e família com enfoque na gestão emocional

Ana Isabel de Oliveira Pinto Lopes

Orientador: Professora Doutora Paula Diogo

**Lisboa
2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

A ti João por teres estado sempre presente e por me teres dado forças nesta caminhada.

A toda a família e amigos.

À Inês, amiga e colega deste percurso, pela partilha dos momentos difíceis, pelo apoio e compreensão.

À Professora Doutora Paula Diogo, pela disponibilidade e orientação neste percurso.

LISTA DE SIGLAS

BSIJ - Boletim da Saúde Infantil e Juvenil

CCF – Cuidados Centrados na Família

DGS – Direção-Geral da Saúde

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

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

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

RNPT – Recém-nascido pré-termo

UC – Unidade curricular

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UP – Urgência pediátrica

RESUMO

O presente relatório pretende espelhar o processo de aprendizagem realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que se traduziu na aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ).

Partindo da temática da humanização de cuidados de enfermagem em cirurgia pediátrica e tendo consciência do problema a ela inerente, pois a hospitalização e a cirurgia constituem um evento crítico na vida da criança/adolescente e família, que potenciam emoções de ansiedade e medo, e que podem conseqüentemente, resultar numa experiência traumática para a criança/adolescente, com efeitos psicológicos duradouros, identificou-se como objeto de estudo a preparação da criança, adolescente e família com enfoque na gestão emocional.

A metodologia adotada neste relatório assentou na prática reflexiva enquadrada na aprendizagem experiencial e baseada na evidência, sustentada pela Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson e pela Filosofia dos Cuidados Centrados na Família, para o desenvolvimento das competências supracitadas.

Na sociedade atual a tecnologia assume um papel preponderante, contudo, os processos de cuidar envolvem situações emocionalmente intensas, e para que a enfermagem assuma o verdadeiro sentido de cuidar é essencial não descurar a componente relacional entre enfermeiro e cliente. Se a estes aspetos associarmos a dimensão emocional caminhamos no sentido de um cuidado humanizado, direcionado para as necessidades da pessoa na sua singularidade, tal como preconizado por Jean Watson.

A preparação da criança, adolescente e família com enfoque na gestão emocional materializou-se em ações/interações inseridas no processo de cuidar com o objetivo de minimizar a experiência emocional de tonalidade negativa da criança e família em diferentes etapas do seu processo de saúde-doença.

Palavras-chave

Enfermagem pediátrica, cirurgia, emoções, humanização de assistência

ABSTRACT

This report pretends to mirror the learning process during the Master of Nursing of Child Health and Pediatric course, which translated in the acquisition and development of common and specific competences of a Nursing Specialist in Child and Youth Health.

Starting from the humanization theme of nursing care in pediatric surgery and being aware of the inherent problem, considering the critical event of hospitalization to both to the child/teenager and family's life, which often leads to anxiety and fear, that consequently could result in a traumatic experience for the child/teenager, with long lasting psychological effects, taking all of this into consideration, the preparation of the child, adolescent and family with a focus on emotional management was identified as the object of study.

The methodology adopted in this report was based on the reflexive practice of experiential and evidence-based learning, supported by the Jean Watson's Theory of Human Care and the Philosophy of Family-Centered Care for the development of the aforementioned competencies.

In today's society technology plays a preponderant role, however, the caring processes leads to emotionally challenging situations, and for nursing to assume the true sense of care, it is essential not to neglect the relational component between nurse and client. If we associate the emotional dimension with these aspects, we move towards humanized care, directed towards the needs of the individual in his singularity, as advocated by Jean Watson.

The preparation of the child, adolescent and family with a special focus on emotional management materialized in actions/interactions inserted in the care process, with the clear objective of minimizing the negative emotional experience for both child and family in the different stages of their health-disease process.

Keywords

Pediatric nursing, surgery, emotions, humanization of assistance

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	11
1.1. Cuidado humanizado na atualidade	11
1.2. Filosofia de cuidados centrados na família	14
1.3. Trabalho emocional em enfermagem pediátrica	16
2. PROBLEMÁTICA	18
2.1. Vivências emocionais da criança, adolescente e família perante a hospitalização e a cirurgia	18
2.2. Intervenções terapêuticas de enfermagem na preparação da criança, do adolescente e família para a cirurgia: enfoque na gestão da emocionalidade	19
3. METODOLOGIA	24
4. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	25
4.1. Serviço de Internamento de Cirurgia Pediátrica/Unidade de Queimados	27
4.2. Consulta Externa – Consulta de preparação da criança, jovem e família para a cirurgia	30
4.3. Serviço de Urgência Pediátrica	35
4.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos	39
4.5. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	42
5. PROJETOS FUTUROS	47
CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

APÊNDICES

APÊNDICE I. Guia orientador das atividades de estágio

APÊNDICE II. Cronograma de estágios

APÊNDICE III. Comunicação com a criança/adolescente em cada estágio de desenvolvimento - estratégias úteis

APÊNDICE IV. Jornal de Aprendizagem - Preparação pré-operatória da criança e família em contexto de internamento

APÊNDICE V. Diários de Campo - Gerir a dor com recurso aos cuidados não traumáticos e à inerente gestão das emoções

APÊNDICE IV. Diários de Campo - Estratégias utilizadas pelo enfermeiro na comunicação com a criança em idade escolar e família

APÊNDICE VII. Guião da Entrevista - Consulta de preparação da criança, do jovem e família para a cirurgia

APÊNDICE VIII. *Scoping review* - Preparação da criança, do adolescente e família para a cirurgia programada: facilitar a gestão da emocionalidade na intervenção terapêutica de enfermagem

APÊNDICE IX. Apresentação do artigo de investigação: “Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência”

APÊNDICE X. Kit de preparação pré-operatória

APÊNDICE XI. Documento de Avaliação da aplicabilidade do kit de preparação pré-operatória

APÊNDICE XII. Diários de Campo - Cuidar em contexto de prematuridade

APÊNDICE XIII. Síntese das atividades desenvolvidas na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil - Cuidados antecipatórios

ANEXOS

ANEXO I. Certificado de presença no 1.º Workshop Emoções em Saúde - “O medo das Crianças em Contexto de Urgência Hospitalar”

ANEXO II. Processo de uso terapêutico das emoções na prática dos enfermeiros em contexto pediátrico

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge integrado na unidade curricular (UC) Estágio com Relatório que por sua vez se insere no 7.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

A sua finalidade é descrever e analisar o percurso de aprendizagem ao longo dos diferentes contextos de estágio e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Simultaneamente, destina-se a dar resposta aos seguintes objetivos propostos na UC Estágio com Relatório:

- desenvolver um projeto sobre uma problemática da prática de cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria;
- desenvolver processos de prestação de cuidados à criança, jovem e família no sentido da maximização da sua saúde, bem como em situações complexas relacionadas com o ciclo de vida.

Assim, estabeleci como tema a **Humanização dos cuidados de enfermagem em cirurgia pediátrica**, e propomo-nos dar resposta a uma inquietação proveniente da prática clínica e, concomitantemente, desenvolver competências nos cuidados à criança, jovem e sua família na sua preparação com enfoque na gestão emocional.

Quando a hospitalização e a cirurgia se impõem, constituem um evento crítico na vida da criança, do adolescente e sua família, que potenciam emoções como ansiedade, medo e angústia, e que podem conseqüentemente resultar numa experiência traumática para a criança e para o adolescente, com efeitos psicológicos duradouros (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2011a). Neste sentido, a humanização dos cuidados tem especial relevância, no sentido de amenizar a experiência potencialmente negativa, em que o EEESCJ deve criar um contexto no qual a criança se sinta protegida e apoiada no ambiente hospitalar estranho. Considerando que a humanização de cuidados está intrinsecamente relacionada com a perspetiva holística da enfermagem, na qual se insere a teoria do Cuidado Humano de Jean Watson (2002), que faz referência ao cuidar da totalidade da personalidade humana, deve ser preocupação do enfermeiro que trabalha em cirurgia pediátrica, no sentido

de o honrar, cuidar também com foco na dimensão emocional da experiência da criança e família. A preparação para a cirurgia enquanto intervenção autônoma de enfermagem, proporciona a aquisição de competências para lidar ou enfrentar uma situação desconhecida, e constitui-se como a forma mais adequada de atenuar a emocionalidade excessiva, de diminuir a ansiedade e de desmistificar medos, adotando uma dinâmica de cuidados centrados na família (CCF).

Segundo o Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2015a), a enfermagem registou nos últimos anos, uma evolução relativamente à complexidade e dignidade do seu exercício profissional, reconhecendo como significativo o valor do enfermeiro no âmbito da comunidade científica, no que diz respeito à qualidade e eficácia de cuidados de saúde. Para tal contribui em grande parte, o desenvolvimento de competências dos enfermeiros. Benner (2001, p.58) refere que a enfermeira perita "(...) age a partir de uma compreensão profunda da situação global". Indo ao encontro da problemática transversal neste percurso formativo, Benner e Wrubel (1989) referem também, que a gestão das emoções na enfermagem está ligada a um nível de experiência e perícia dos enfermeiros, e aqueles que são peritos tendem a se envolverem com os clientes e a darem uma grande importância às emoções na sua prática.

O percurso realizado foi sustentado pela evidência científica e pelo quadro de referência da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson e a filosofia de Cuidados Centrados na Família, sendo que a componente prática proporcionada pelos estágios constitui a melhor maneira de consolidar, interiorizar e promover a mobilização de diferentes saberes.

O presente relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos. O primeiro corresponde ao enquadramento conceptual, onde será exposto o referencial teórico e filosofia de cuidados que sustentaram o percurso realizado. O segundo capítulo refere-se à problemática, suportada pela evidência científica atual. O terceiro capítulo refere-se à metodologia orientadora do presente relatório e o quarto capítulo refere-se ao percurso de desenvolvimento de competências nos diferentes contextos de estágio. Por último, encontra-se o capítulo onde faço referência aos projetos futuros.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. Cuidado humanizado na atualidade

O ser humano visto como uma pessoa com crenças, valores e emoções, dotada de capacidades de pensamento e decisão, em diferentes contextos, fez emergir o conceito de humanização em saúde. Neste sentido a profissão de enfermagem tem modificado o seu foco de cuidados, de fundamentalmente técnica e curativa para uma visão holística da pessoa, neste caso da criança e família, envolvendo todos os aspetos inerentes às mesmas: físicos, emocionais, sociais, psicológicos e ambientais. Desta forma, o enfermeiro presta não só cuidados físicos e técnicos, mas também psicológicos e emocionais, essenciais na criança se pensarmos nas suas limitações no que respeita às estratégias que permitem ultrapassar uma situação de doença/hospitalização com o mínimo de consequências possível (Tavares, 2011).

Intrinsecamente relacionada com a perspetiva holística da enfermagem está, portanto, a humanização de cuidados, na qual a OE no artigo 89.º do seu Código Deontológico, faz referência: “o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa, como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (OE, 2015b, p.97). Se nos diferentes contextos de cuidados, a humanização tem vindo a ser edificada, é na pediatria que alcança um expoente máximo. Neste contexto procura-se que a enfermagem assuma o verdadeiro sentido do cuidar, na valorização de pequenos gestos e na partilha diária e contínua entre a criança, o enfermeiro e a família.

Hesbeen (2000), refere-se ao cuidar, como uma atenção especial que se pode facultar a outra pessoa, com o objetivo de contribuir para a sua saúde e bem-estar. Por sua vez, Collière (2003), defende que cuidar em enfermagem envolve aspetos científicos, artísticos, humanísticos, éticos e técnicos, onde estão presentes várias dimensões de cuidar: emocional, estética, intuitiva, física e espiritual. É fundamental aprender a perceber emoções e sentimentos da pessoa cuidada e dos prestadores de cuidados, constituindo-se, esta perceção, como uma fonte infinita de saberes na prática de enfermagem.

Jean Watson, que apresenta a única grande teoria de enfermagem, refere que “a função da enfermagem na ciência, assim como na sociedade, é cuidar da totalidade da personalidade humana” (Watson, 2002,p.48) e por sua vez, refere que cuidar é “o ideal moral da Enfermagem”(Watson, 2002, p.55), ou seja, a humanização é um constructo que se vai organizando diariamente, com o objetivo de proteger, melhorar e preservar a dignidade humana, que envolve valores, vontade, compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e as suas consequências.

Nesta perspectiva, “cuidar fisicamente” da criança sem cuidar da sua dimensão emocional e da família é inconcebível. Para Watson (2005), a ciência do cuidar não pode estar desligada ou indiferente às emoções humanas, como a dor, a alegria, o sofrimento, o medo, a raiva, entre outras.

No cuidar transpessoal teorizado por Watson, eleva-se o envolvimento pessoal, social, moral e espiritual dos enfermeiros, referindo que a arte da prática da enfermagem implica abertamente a partilha de emoções. A arte de cuidar tem o seu início quando a enfermeira expressa sentimentos de cuidar e preocupação através de reações externas, com o objetivo de juntar o Outro a si próprio. Um dos aspetos essenciais na arte de cuidar é a transmissão de sentimentos de quem é cuidado através do toque, de sons, de cores e de formas. A habilidade da enfermeira de ligar-se com o Outro na relação transpessoal é expressada através dos movimentos, dos gestos, expressões faciais, procedimentos, toques, sons e expressões. A arte acontece quando a enfermeira, ao experimentar ou procurar compreender os sentimentos do Outro, é capaz de os desvendar e de os sentir e, por sua vez, de os expressar de tal forma que a outra pessoa é capaz de os entender mais profundamente e de libertar sentimentos que tem desejado expressar.

A união de sentimentos através da arte de cuidar pode estimular a auto-recuperação e a descoberta de um poder e de um controlo interiores, contribuindo para a descoberta de um novo sentido na sua própria existência, sendo aqui que reside a grande força da arte do cuidar transpessoal.

Sendo o cuidar transpessoal uma arte, um meio de estimular a comunicação e a libertação de sentimentos humanos, é desta forma um meio do indivíduo evoluir na direção a um elevado sentir de ser e de harmonia com o seu corpo, alma e mente.

Watson (2002) define cuidar como um processo de cuidados centrados na pessoa que visa o seu acompanhamento e restabelecimento, tendo em consideração as suas necessidades existenciais fundamentais, adotando como temas comuns resultantes do conhecimento em enfermagem, acerca da natureza do cuidar os seguintes (Watson, 2002, p.29):

- Uma visão do Homem como uma pessoa de valor para ser apreciada, respeitada, educada, compreendida e assistida; no geral uma visão filosófica de uma pessoa com um eu inteiramente funcional e integrado. O Homem é mais do que apenas a soma das suas partes;
- Um enfoque nas relações humanas, transações entre as pessoas, o seu ambiente, como isso afeta a saúde e o curar num sentido amplo;
- Uma abordagem à transação do cuidar do Homem-pelo-Homem entre o enfermeiro e a pessoa e como isso afeta a saúde e a cura;
- Um enfoque no processo não-médico do cuidar e no cuidar pelo enfermeiro de pessoas com várias experiências na saúde-doença;
- Um interesse pela saúde; a promoção da saúde e bem-estar;
- Uma posição de que o conhecimento de enfermagem é distinto de, mas complementar ao conhecimento médico.

Na teoria de Watson, os processos de cuidar implicam a participação total do enfermeiro/pessoa com o cliente/pessoa e requerem um conhecimento do comportamento humano e respostas humanas para os problemas de saúde atuais ou potenciais, conhecimento e compreensão das necessidades dos outros, conhecimento das forças e limitações do enfermeiro, conhecimento de quem a pessoa é, as suas forças e limitações, o significado da situação para si, e o conhecimento sobre como confortar, oferecer compaixão e conforto, implicando ações que permitam que os Outros resolvam os problemas, cresçam e transcendam o aqui e o agora.

A sua teoria de enfermagem inscreve-se no paradigma da transformação tal como preconizado por Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major (1994), e constitui o paradigma atual da enfermagem, que, é fundamentado na fenomenologia, existencialismo, interacionismo e espiritualismo, ou seja, o ideal do cuidar é ao mesmo tempo humanista e científico. Este paradigma enquadra-se por sua vez, nos quatro conceitos apresentados por Fawcett (1984), que permitiram definir a enfermagem: pessoa, ambiente, saúde e intervenção terapêutica de enfermagem.

Os conceitos referidos, fundamentam a prática de enfermagem, e constituem o metaparadigma de enfermagem.

Também os padrões de conhecimento identificados por Carper (1978), caracterizam o cuidar no seu sentido autêntico, é ético; é estético, pois é interativo e desenvolve habilidades manuais; é pessoal, pois é intencional, relacional, depende de vontade, de autoconhecimento, de desprendimento, de responsabilidade, comprometimento; e é empírico, pois é viável de teorização, pode ser explicado e predito. Assim, isto equivale a dizer que nenhum dos padrões, sozinho, pode caracterizar o cuidar/cuidado, pois este inclui na suas ações e comportamento, além do espírito científico, a emoção, a sensibilidade, a destreza e a habilidade.

1.2. Filosofia de cuidados centrados na família

O alvo de cuidados em enfermagem de saúde da criança e do jovem é o binómio criança/jovem e família, sendo que o Cuidado Centrado na Família é uma filosofia, que segundo Hockenberry & Wilson (2014) reconhece a família como constante na vida da criança, onde são potenciadas as suas habilidades, referindo dois conceitos básicos que são a capacitação e o *empowerment*. Desta forma os profissionais de saúde capacitam a família, criando oportunidades e meios, para que todos os membros expressem as suas habilidades e competências atuais e adquiram outras para fazer face às suas necessidades. O *empowerment* por sua vez, refere-se à relação interpessoal do enfermeiro com a família, para que estas possam adquirir um sentido de controlo sobre a sua vida e comportamentos positivos. Com esta filosofia abandona-se em definitivo os cuidados centrados na doença, para uma abordagem holística dos cuidados, visando a satisfação do cliente, na qual o enfermeiro ajuda a criança e a família a superar de forma positiva e construtiva todas as dificuldades decorrentes da hospitalização, reconhecendo a família na sua individualidade, na sua culturalidade e nas suas necessidades específicas. Conway *et al.* (2006), salientam que os conceitos centrais da filosofia dos CCF assentam: no respeito e dignidade (conhecimentos, valores, crenças familiares são incluídas no planeamento e na prestação de cuidados), a partilha de informações (comunicação efetiva e partilha de informação clara e oportuna), a participação (incentivo e apoio

na tomada de decisão e nos cuidados) e a colaboração (a criança e família são incluídos na prestação de cuidados em todo o seu processo de planeamento, execução, avaliação e reestruturação).

Os CCF estabelecem uma estreita relação com os cuidados não traumáticos, não devendo por isso dissociar-se, na prática de cuidados de enfermagem pediátrica. Os cuidados não traumáticos visam não causar dano e dizem respeito “ao fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, no sistema de cuidados de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 11).

Estes referenciais em cuidados de enfermagem pediátricos, encontram-se espelhados na Carta da Criança Hospitalizada, nomeadamente nos artigos:

4 - as crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.”

“5 - as crianças e os pais têm o direito a serem informados para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde (...).”

“7 - o Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança.”

“8 - a equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.”

10 – a intimidade de cada criança deve ser respeitada. A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias. (Instituto de Apoio à Criança, 2009, p.9, 10, 12, 13 e 15)

Considerando estes pressupostos, o enfermeiro, deve desenvolver competências e identificar intervenções autónomas de enfermagem em qualquer contexto em que desenvolva a sua prática, no caso específico da minha prática - a cirurgia pediátrica - de forma a contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e caminhando no sentido de um cuidar mais humanizado, valorizando a dimensão emocional da experiência humana nos processos de saúde-doença.

1.3. Trabalho emocional em enfermagem pediátrica

Watson (2002, p.54) afirma que “o conceito da função de cuidar do enfermeiro está ameaçada pela tecnologia, tarefas administrativas e manipulação de pessoas para irem ao encontro de necessidades dos sistemas”, o que pode comprometer a qualidade dos cuidados prestados.

Nesta linha de pensamento, para que a enfermagem assuma o verdadeiro sentido do cuidar e estando consciente de que as interações com a criança e família no decorrer dos processos de saúde-doença são marcadas por experiências emocionais de tonalidade negativa que são a expressão do seu sofrimento, a intervenção do enfermeiro incide, entre outras, numa ajuda emocional à criança, jovem e família.

Para Diogo (2015) a gestão das emoções na enfermagem é fundamental nas interações bem-sucedidas e é uma dimensão da prática de cuidados, onde os enfermeiros conseguem mostrar sensibilidade e compreensão pelo Outro, e ao mesmo tempo lidar com a influência das emoções em si próprios. As emoções dão sentido ao agir dos enfermeiros e dão sentido ao próprio cuidar, preenchendo o vazio dos “cuidados técnicos”, norteados o relacionamento entre a pessoa cuidada e a pessoa que cuida (Diogo, 2006).

Pam Smith (1991), pioneira na aplicação do conceito de trabalho emocional à enfermagem, enfatiza a sua importância nos cuidados de saúde numa era de domínio técnico-relacional tendo identificado as suas componentes: dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, utilizar o humor, ser agradável, ter paciência, aliviar o sofrimento, compaixão, conhecer o cliente e ajudar a resolver problemas.

A mesma autora, defende ainda, a realização de um trabalho de dimensão emocional, com dupla centralidade: trabalho emocional centrado no cliente e centrado no profissional. O trabalho emocional é de natureza especializada, ou seja, tem que ser aprendido da mesma maneira que as competências para prestar “cuidados físicos” (Smith, 2012).

Por sua vez, Diogo (2015) refere que os enfermeiros aperfeiçoam práticas em que usam o toque suave/carícias, para que a criança consiga a confiança em si e sinta menos medo, modelam a sua voz de forma suave e alegre enquanto cuidam,

para que a criança se acalme, consideram que o divertimento mantém e aumenta a sensação de bem-estar, dão suporte às crianças aliviando o sentimento de culpa, acompanhando-as nos momentos difíceis e alimentando a esperança de que a vida vai voltar ao normal novamente. As crianças/jovens e família beneficiam de contextos relacionais e afetivos que promovam as suas forças, resistências e adaptabilidade a cada situação, além do seu bem-estar e desenvolvimento.

O trabalho emocional inscreve-se nos cuidados não traumáticos, filosofia de cuidados essencial em pediatria e expressa-se através de práticas terapêuticas.

2. PROBLEMÁTICA

2.1. Vivências emocionais da criança, adolescente e família perante a hospitalização e a cirurgia

O Guia Orientador de Boa Prática – Diminuir o Medo da Cirurgia destaca que: “a hospitalização e a cirurgia da criança/família são potenciadoras de ansiedade e exacerbadoras de medos e de ideias pré-concebidas, quer tratando-se da criança/adolescente, quer da sua família, podendo resultar numa experiência traumática para a criança, com efeitos psicológicos persistentes” (OE, 2011a, p.11). Também os principais fatores stressores relacionados com a hospitalização e a cirurgia constituem evidência científica a ter em conta na Boa Prática: a separação do ambiente, dos pais e das atividades habituais, a perda de controlo devido ao ambiente desconhecido e alteração das rotinas, a dor dos procedimentos, incerteza relacionada com a anestesia, a cirurgia em si e os resultados do procedimento (Hockenberry & Wilson, 2014).

A admissão de uma criança e família para cirurgia exige, portanto, por parte do enfermeiro um conjunto de conhecimentos e competências, que vão desde os conhecimentos científicos sobre as necessidades da criança decorrentes do processo de crescimento e desenvolvimento, até ao conhecimento das repercussões da doença, da hospitalização e da cirurgia para a criança e família, e a gestão emocional destes processos.

De forma a promover um cuidado humanizado, o enfermeiro deve assumir a gestão da ansiedade pré-operatória como uma prioridade, uma vez que tem sido demonstrado a ocorrência de mudanças comportamentais no pós-operatório. Algumas crianças encontram-se em maior risco de experienciar ansiedade: experiências hospitalares e cirúrgicas anteriores, experiência de dor pós-operatória, crianças mais novas, a sua impulsividade ou inibição e a ansiedade dos pais (Kain *et al.*, 1996, Kotiniemi *et al.*, 1997 citados por Fincher, Shaw & Ramelet, 2012). Estima-se que cerca de 50-70% das crianças apresentem ansiedade severa e *distress* antes da cirurgia, estando portanto, mais suscetíveis a um acordar agitado na unidade de cuidados pós-anestésicos, comportamentos negativos no pós-operatório tais como: pesadelos, choro, agressividade para com os pais, ansiedade da separação e birras (Kain *et al.*, 1999; Kain *et al.*, 2001 citados por Fincher, Shaw & Ramelet, 2012).

Fincher, Shaw & Ramelet (2012), citando um estudo realizado por Kain *et al.* (1996), referem que 67% das crianças apresentam problemas comportamentais negativos, no primeiro dia após a cirurgia, e 54% nas duas semanas seguintes. Embora os problemas de comportamento apresentem uma tendência para diminuir com o tempo, estes podem persistir até 6 meses em 20% das crianças e até 1 ano em 10% das crianças.

A preparação pré-operatória, ajuda a reduzir a ansiedade das crianças e dos pais, e os problemas comportamentais no pós-operatório (Kain *et al.* 1998, Watson & Visram 2003 citados por Fincher, Shaw & Ramelet, 2012). Existe uma relação direta entre a ansiedade dos pais e da criança, ou seja, a ansiedade dos pais prediz a ansiedade da criança, durante o período pré-operatório (Kain *et al.* 1996, Fortier *et al.* 2010a citados por Fincher, Shaw & Ramelet, 2012). Neste sentido, numa perspectiva de CCF, é importante minimizar a ansiedade dos pais e envolvê-los ativamente na preparação da criança/adolescente para a cirurgia.

Existe ainda, uma forte correlação entre a ansiedade e a dor, sendo que, crianças mais ansiosas experienciam mais dor no período pós-operatório (Kain *et al.* 2006, Fortier *et al.* 2010b citados por Fincher, Shaw & Ramelet, 2012). No estudo realizado por Fincher, Shaw & Ramelet (2012), um programa de preparação proporcionou oportunidade às crianças para verbalizarem os seus medos relativamente à dor, e todas, receberam informação específica sobre técnicas de alívio da dor após a cirurgia, o que demonstrou benefícios na redução da sua dor.

2.2. Intervenções terapêuticas de enfermagem na preparação da criança, do adolescente e família para a cirurgia: enfoque na gestão da emocionalidade

A comunicação é uma competência fundamental no cuidar de enfermagem, e parte integrante da humanização do cuidar, constituindo um fator determinante na relação de ajuda e enquanto instrumento terapêutico, tanto na dimensão cognitiva como na afetivo/emocional. Através da comunicação, o enfermeiro pode perceber os significados que a criança e família atribuem à doença, à hospitalização e à cirurgia, o que lhe permite desenvolver uma intervenção individualizada, face às necessidades do binómio criança/família.

Na comunicação com a família, o enfermeiro deve encorajar os pais a falar, escutar atentamente, ser empático, colocando-se no lugar do outro e fornecendo orientação antecipada, baseada nas necessidades identificadas pela família, através de indicadores e sinais, onde os pais transmitem ansiedades e preocupações (Hockenberry & Wilson, 2014).

Por sua vez, na criança, o brincar representa, um instrumento terapêutico eficaz para estabelecer uma relação enfermeiro-criança, e segundo Hockenberry & Wilson (2014, p. 1041), “brincar é um dos aspetos mais importantes da vida de uma criança e uma das ferramentas mais eficazes para gerir o stress”.

Não é possível pensar em hospitalização e cirurgia, sem ansiedade e medo, logo o enfermeiro deve preparar o mais possível a criança para esta situação, bem como, ter a preocupação de integrar a família, para que possam apoiar a criança e contribuir para que se sintam mais calmos. A representação dos medos e da ansiedade, através do brincar, permite-lhes um meio para lidar com as tensões, baseado na premissa de que brincar é fundamental para o bem-estar mental, emocional e social das crianças (Hockenberry & Wilson, 2014). O brincar terapêutico é referenciado por vários autores como importante técnica para minimizar as consequências negativas da hospitalização/cirurgia e para preparar a criança para os procedimentos terapêuticos. Barros (2003) refere a necessidade de incorporar o brincar nas metodologias de intervenção com crianças e defende que este contribui para gerir a emocionalidade excessiva das crianças, que tem a capacidade de aumentar o sofrimento da experiência (Diogo, 2015).

Tavares (2011), citando Algren (2006), refere que através do brincar, reduzindo os elementos desconhecidos, reduzimos o medo, e as crianças conseguem direcionar as suas forças para os inevitáveis elementos stressantes, intrínsecos à hospitalização. O mesmo autor, referindo-se à brincadeira terapêutica diz-nos que esta, se centra no que a criança está a experienciar e utiliza a brincadeira para transmitir informações em ambos os sentidos – da criança para a enfermeira e da enfermeira para a criança, sendo vantajosa a utilização de bonecos que a criança possa ver, ouvir, tocar e relacionar com o que realmente irá acontecer (Tavares, 2011).

Brincar é a principal função da criança, que lhe permite não só a obtenção de prazer, mas também, um meio para lidar com experiências causadoras de *stress* e

medos como é o caso a hospitalização/cirurgia. O enfermeiro ao utilizar a brincadeira terapêutica como cuidado de enfermagem promove a gestão emocional da situação perturbadora, promovendo assim, o conforto da criança e família, facilitando a comunicação e a inter-relação pessoal com o binómio criança/família. Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo (2010, p.36) referem que “(...) o brincar usado de modo intencional e sistemático promove a adaptação e aprendizagem das crianças numa experiência positiva de hospitalização e cirurgia”.

Neste sentido, vários estudos que se referem a programas de preparação para a cirurgia, têm por base a brincadeira lúdica, para a transmissão de informações (Justus, Wilson, Wather, Wyles, Rode & Lim-Sulit, 2006; Li, Lopez, & Lee, 2007; Wennstrom, Hallberg & Bergh, 2008; Teixeira & Figueiredo, 2009; Fincher, Shaw & Ramelet, 2012; e Karimi, Fadaiy, Nasrabadi, Godarzi & Mehran, 2014).

Hockenberry & Wilson (2014), sintetizam claramente as funções do jogo: proporciona um meio para a realização de objetivos terapêuticos, proporciona sentimentos de segurança num ambiente estranho, e um meio para libertação de *stress* e expressão de sentimentos, incentiva a interação e o desenvolvimento de atitudes positivas, coloca a criança num papel ativo, criando oportunidade para fazer escolhas e estar no controle e proporcionar diversão e relaxamento. Também Barros (2003), defende a implementação de programas de preparação para a criança que vai ser hospitalizada, baseados na teoria da aprendizagem social (Bandura, 1969), que modelam atitudes de cooperação com os tratamentos e rotinas e de confronto ativo, através do uso de distração, autoinstrução ou relaxamento. Visando, assim, o controlo da ansiedade, e da dor associada aos procedimentos hospitalares/cirúrgicos. Todos os programas têm como base racional que as pessoas detêm informação sobre determinados acontecimentos potencialmente aversivos, experimentam um maior sentido de controlo cognitivo e mantêm a perturbação emocional em níveis mais baixos (Peterson & Mori, 1988 citado por Barros, 2003).

A preparação para a cirurgia depende de vários fatores, tais como: idade/desenvolvimento da criança, experiências prévias, tipo de cirurgia, *background* cultural, dinâmica familiar e sistemas de suporte disponíveis, além de que, deve ter um período de tempo específico (entre a preparação e a cirurgia) para cada faixa etária (Justus *et al.*, 2006; OE, 2011a).

As crianças mais pequenas têm menos capacidade para compreender a situação de hospitalização e compreender as explicações que lhe são dadas, sendo que em crianças até aos 4 – 5 anos a preparação deve ser feita essencialmente aos pais; também o tempo que medeia a preparação e a cirurgia deve ser planeado, sendo que o Guia Orientador de Boa Prática - Diminuir o Medo da Cirurgia, preconiza, no seu algoritmo de atuação/planeamento de cuidados os seguintes *timings*: crianças com idade inferior a 5 anos com 1 a 2 dias de antecedência, crianças entre os 5 - 12 anos com 5 – 10 dias de antecedência, e com idade superior a 12 anos, desde o início do processo; já no que respeita às experiências prévias de internamento e cirurgia, devem ser tidas em conta pelo enfermeiro, pois podem influenciar a preparação, funcionando como atenuante do medo ou exacerbando-o.

O tipo de cirurgia, com carácter de urgência ou programada condiciona também a preparação, uma vez que, na cirurgia de urgência o enfermeiro dispõe de um tempo limitado para estabelecer uma relação de confiança, e deve por isso transmitir, de acordo com o nível de desenvolvimento da criança, explicações honestas, curtas e simples, que transmitam confiança no procedimento e no resultado; já na cirurgia programada, o enfermeiro pode estabelecer uma relação de confiança com a criança, adolescente e família, através da qual se torne possível falar sobre a intervenção a realizar (OE, 2011a).

Segundo Hockenberry & Wilson (2014), citando American Academy of Pediatrics (2000), um programa de preparação para a cirurgia, promove uma melhor adaptação da criança e família, que se consegue através do fornecimento de informação adequada ao desenvolvimento da criança, abordando os eventos e procedimentos, oferecendo experiências de jogo terapêutico, estabelecendo relações terapêuticas, além de promover e apoiar o envolvimento da família no cuidado da criança. Os mesmos autores referem também, que mesmo quando a criança é demasiado nova para beneficiar de uma preparação direta, os pais são os beneficiários por excelência, na medida em que diminuem os seus medos e potenciam a sua capacidade de apoiar psicologicamente a criança.

Uma preparação para a cirurgia, de acordo com as necessidades identificadas em cada família, tem o poder de transformar uma situação de crise, como a cirurgia da criança, num potencial de crescimento, onde a família se desenvolve cognitivamente e emocionalmente, sendo uma intervenção autónoma de

enfermagem, inserida num contexto de atuação multidisciplinar que “proporciona a aquisição de competências para lidar ou enfrentar uma situação desconhecida e afigura-se como a melhor forma/momento/altura de diminuir a ansiedade e desmistificar medos (...)” (OE, 2011a, p.11), tendo por base o princípio referenciado por Hockenberry & Wilson (2014, p.1047), de “que o medo do desconhecido supera o medo do conhecido”.

Contudo a intervenção do enfermeiro na preparação da criança, adolescente e família para a cirurgia não se esgota no período pré-operatório e desenvolve-se também nos períodos intra-operatório e pós-operatório (OE, 2011a).

No período intra-operatório, o enfermeiro permite a permanência do objeto significativo da criança até indução anestésica completa, tranquiliza os pais/pessoa significativa e encaminha-os para a sala de espera e valida com os mesmos o comportamento e as estratégias a adoptar perante as sensações/reações da criança ou adolescente ao recuperar da anestesia.

Já no período pós-operatório, o enfermeiro apoia os pais quando regressam para junto do seu filho, informam sobre o estado da criança, providenciam o brinquedo significativo, avaliam, previnem e aliviam a dor, respeitando as regras da boa prática, analisam a percepção da cirurgia na perspectiva da criança/adolescente e prestam o seu apoio, utilizando estratégias adequadas às características desta, pois neste período a criança continua a organizar as suas emoções e ideias relativamente à cirurgia (Barros, 2003; Hockenberry & Wilson, 2014), valida conhecimentos e reforça ensinamentos antecipatórios efetuados no pré-operatório, prepara a criança/adolescente e família para procedimentos terapêuticos, como: pensos, punção venosa, remoção de cateteres, drenos, novos exames, entre outros, proporciona distração de acordo com o desenvolvimento da criança e prepara a alta (OE, 2011a).

3. METODOLOGIA

Aos cuidados de enfermagem coloca-se o desafio constante de desenvolver capacidades, conhecimentos e recursos, que se traduzam num desenvolvimento de competências especializadas. Benner (2001) refere que a aquisição de competências, pelo enfermeiro se processa por diferentes estádios: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Sendo que, os peritos “(...) têm uma enorme experiência, compreendem de maneira intuitiva cada situação e apreendem diretamente o problema sem se perderem com soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p.54). Além disso, Benner e Wrubel (1989) sugerem que a gestão das emoções na enfermagem está ligada a um nível de experiência e perícia dos enfermeiros, e aqueles que são peritos tendem a se envolverem com os clientes e a darem uma grande importância às emoções na sua prática. Neste sentido, a reflexão sobre o modelo de aquisição e desenvolvimento de competências, tornar-se pertinente, à luz das atuais tendências e necessidades de cuidados, que têm modificado as bases de assistência à criança nos últimos anos. Assim, é dever do enfermeiro de pediatria, a promoção da saúde e bem-estar da criança e família, em qualquer contexto em que estas se encontrem.

Para a concretização deste percurso formativo, com vista ao desenvolvimento de competências especializadas, foram realizados cinco estágios em diferentes contextos na área da pediatria, onde se procurou dar resposta aos objetivos previamente delineados.

Aquando da realização dos estágios, a metodologia norteadora assentou na prática reflexiva e na aprendizagem experiencial. A prática reflexiva envolve a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação, e reflexão sobre a reflexão na ação (Schön, 1992). Também Pereira (1995), citado por Santos & Fernandes (2004), refere que a reflexão sobre as práticas permite aumentar a confiança do sujeito no seu desempenho, melhorar a aptidão para fazer certo à primeira vez, da próxima vez, abordar a enfermagem de forma mais crítica, intencional e sistemática, obtendo conhecimentos adicionais a partir das experiências práticas. Já Zeichner (1993) considera que a prática reflexiva é uma potencial situação de aprendizagem, pois permite que através desta o sujeito se torne sabedor daquilo que faz e de como faz.

4. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

“A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (Benner, 2001, p.61). Assim, se compreende a importância das experiências para nos tornarmos peritos numa determinada área, pois só aplicando a teoria a situações reais vivenciadas é que aprendemos a saber saber (conhecimentos), a saber ser/estar (comportamentos, atitudes, valores), e a saber fazer (habilidades técnicas). O termo “competência” abrange este conjunto de saberes, indo mais além ao pressupor a capacidade de os mobilizar e conjugar num determinado contexto profissional, respondendo de forma adequada a situações novas e complexas.

Este capítulo encerra a descrição e análise reflexiva do percurso de estágio, tendo-se optado estruturalmente por uma apresentação individual por contexto de estágio. Em cada contexto foi realizada a apresentação e discussão dos objetivos e atividades delineadas, constantes do **Guia orientador das atividades de estágio** (Apêndice I) com o orientador de estágio, permitindo adequar as aprendizagens, rumo ao desenvolvimento de competências.

Os contextos de estágio, serão apresentados cronologicamente (Apêndice II), onde se faz referência às atividades concretizadas e as competências adquiridas e desenvolvidas.

O primeiro estágio decorreu no serviço de **Internamento de Cirurgia Pediátrica/Unidade de Queimados**. A escolha deste serviço deteve-se na pretensão de conhecer a realidade de outro serviço de internamento cirúrgico, com diferentes características, com situações de maior complexidade, possibilitando a prestação de cuidados à criança/família em diferentes situações de saúde, compreensão do circuito por eles efetuado e perceção das necessidades da criança e família no contexto de cirurgia programada, não programada e submetida a outros procedimentos invasivos.

O segundo estágio decorreu na **Consulta Externa de Pediatria – Consulta de preparação da criança, jovem e família para a cirurgia**, e é uma consulta específica para este fim, que abrange a preparação para um vasto leque de cirurgias e é realizada por enfermeiras especialistas. Este local de estágio constituiu um meio

rico de experiências e uma excelente oportunidade para aprendizagens nesta área, objeto de estudo deste relatório.

O terceiro estágio desenvolveu-se no serviço de **Urgência Pediátrica (UP)**, por ter uma afluência de crianças em situação de doença urgente/emergente, marcadas por uma experiência emocional negativa, geradora de *stress* e ansiedade, permitindo-me desenvolver competências na gestão da emocionalidade intensa.

O quarto local de estágio decorreu numa **Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos**, e prendeu-se com o facto de ser um local de grande complexidade de cuidados, onde todos os condicionalismos decorrentes da prematuridade e da realização de inúmeros procedimentos invasivos concorrem em conjunto para uma situação emocionalmente intensa, em que necessariamente terão de estar consolidadas intervenções promotoras da humanização de cuidados, visando o desenvolvimento da vinculação e construção de uma parentalidade saudável.

O quinto e último estágio decorreu numa **Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)**, por considerar que seria um importante contexto de estágio, para além de observar e participar na vacinação, indiscutivelmente uma situação geradora de *stress*, ansiedade e dor, quer para a criança, quer para a sua família. A sua escolha centrou-se também, na aquisição de competências no âmbito da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil.

Foram delineados como objetivos gerais, transversais ao percurso de desenvolvimento de competências de EEESCJ, os seguintes:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem em cada etapa do seu desenvolvimento;
- Desenvolver competências centradas num cuidar humanizado, valorizando a dimensão emocional da experiência humana na preparação para a cirurgia.

4.1. Serviço de Internamento de Cirurgia Pediátrica/Unidade de Queimados

O percurso de estágios iniciou-se num serviço de internamento de cirurgia pediátrica/unidade de queimados e decorreu entre 26 de setembro e 23 de outubro de 2016. Este serviço tem como missão prestar cuidados de enfermagem diferenciados e de alta qualidade à criança e família e abrange as especialidades de cirurgia geral, urologia, cirurgia plástica, otorrinolaringologia, ortopedia e queimados. São internadas neste serviço crianças/adolescentes dos 0 aos 17 anos e 364 dias de idade ou em alguns casos, de clientes com patologia crónica até aos 20 anos e 364 dias de idade. Dada a diversidade de especialidades que abrange e consequentemente cuidados de enfermagem diferenciados em cada faixa etária, deparei-me com situações com as quais não tinha qualquer experiência, nomeadamente crianças com extrofia da bexiga, fenda do palato, lábio leporino, crianças com queimadura, entre outras. **Aprofundar conhecimentos através da pesquisa bibliográfica e experiência dos peritos**, permitiu-me desenvolver a unidade de competência E1.2.: “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2010a, p.3).

Neste serviço são admitidas crianças para cirurgia programada e família, que são sujeitas a uma preparação pré-operatória, intervenção de enfermagem implementada na instituição hospitalar onde se insere, mas também crianças para cirurgia e família vindas da urgência, logo sem preparação pré-operatória prévia e crianças com queimadura e família.

A experiência da criança e sua família ao ser admitidas no hospital para cirurgia constitui uma fonte de emocionalidade intensa sobejamente conhecida e há muito debatida na literatura existente. O percurso de estágio permitiu-me **acompanhar o circuito efetuado pela criança e família** desde a admissão, e com a ajuda dos enfermeiros peritos identificar algumas necessidades inerentes ao processo de hospitalização/cirurgia, como sejam as **necessidades de informação** constante, nomeadamente, sobre os procedimentos (O que vai acontecer?; Vou ter um agulha?; Vou poder comer?); sobre a anestesia (Como me vão pôr a dormir?), sobre o período de tempo (Quanto tempo vai demorar?; Vou ficar durante a noite?), sobre o ambiente hospitalar (vou ter uma cama só para mim?; Posso usar a minha

playstation?), sobre a presença/suporte familiar (os meus pais podem ficar sempre comigo?), sobre a dor (A operação dói?; Vou sentir alguma dor?), sobre a sua condição (Vou ter um penso?; Vou ter uma cicatriz?) e outras preocupações (Vou poder ir à escola?). A identificação e a compreensão destas necessidades reforça a ideia de uma intervenção objetivamente para elas direcionada, ou seja, a valorização da experiência humana de sentir nos processos de saúde-doença tal como preconizado por Watson (2002), através de uma preparação pré-operatória da criança e seus cuidadores com o objetivo de atenuar a emocionalidade intensa por eles vivenciada durante esta fase das suas vidas.

No caso da criança submetida a cirurgia programada com consulta de preparação para a cirurgia prévia, foi interessante observar que no momento do **acolhimento**, muitas crianças perguntavam onde é a sala dos brinquedos, identificaram a “cama com rodinhas” e durante a transferência para o bloco operatório reconheceram os desenhos pintados no teto e paredes, fortalecendo a importância do brincar na preparação da criança, permitindo-lhe nesta situação, sentir-se mais segura num ambiente estranho, minimizando a sua ansiedade e aliviando as suas tensões (Hockenberry & Wilson, 2014), constituindo uma poderosa ferramenta para **comunicar com a criança** pois ela **aprende a brincar**.

Identificar estes aspetos, mencionados anteriormente pelo enfermeiro, reforçam a confiança da criança e família nos profissionais de saúde, sendo que, ao mesmo tempo sentem um maior controlo sobre a realidade que já não lhes é completamente desconhecida, facilitando a gestão das suas emoções.

Comparativamente, as crianças que são internadas para cirurgias de urgência, pude verificar que estas se encontram mais assustadas, ao contactarem com um ambiente desconhecido, sem referências prévias, o que gera mais ansiedade e medo, aumentando a sua perceção de dor.

Inerente a todos estes processos de cuidados está a **comunicação com a criança e família**, competência fundamental no cuidar de enfermagem e parte integrante da humanização do cuidar, constituindo um fator determinante na relação de ajuda e enquanto instrumento terapêutico, tanto na dimensão cognitiva como na afetivo/emocional. Desenvolver a unidade de competência E3.3.: “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2010a, p.5), foi uma constante neste estágio, que me permitiu estabelecer

relações de confiança com a criança e família, e identificar as suas necessidades.

Segundo Phaneuf (2005, p.23):

a comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal e de modo mais global, pela maneira de agir do intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente 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.

Com base nestas premissas e com a finalidade de constituir um **instrumento orientador e facilitador na prestação de cuidados à criança, jovem e família** revi, atualizei e realizei uma pesquisa bibliográfica da qual constam algumas estratégias usadas na comunicação com a criança/adolescente em cada etapa do seu desenvolvimento (Apêndice III), que se revelaram muito úteis no desenvolvimento da competência comunicacional com a criança e família, além da transversalidade que representou em todos os contextos de estágio, uma vez que a comunicação é um dos instrumentos do trabalho emocional.

Esta experiência de estágio proporcionou-me inúmeras situações de cuidados em que tive oportunidade de **preparar a criança e família para a cirurgia** de acordo com as necessidades identificadas. Através de um **jornal de aprendizagem** (Apêndice IV) descrevo duas situações que me possibilitaram a reflexão e o desenvolvimento de competências no âmbito da promoção do direito dos clientes no **acesso à informação e promoção de um ambiente seguro gerador de segurança e proteção**, através de um ambiente hospitalar humano associado ao ambiente físico, uma vez que este tem grande influência nas crianças e pais em termos emocionais (Diogo, 2015), desenvolvendo a unidade de competência E1.1.: “implementa e gere, em parceria, uma plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (OE, 2010a, p.3).

Sendo que a intervenção do enfermeiro na preparação da criança, adolescente e família, que vai ser submetida a cirurgia, não se esgota no período pré-operatório, assume particular importância o período pós-operatório e procedimentos decorrentes de todo o processo cirúrgico. Neste estágio, tive oportunidade de desenvolver a unidade de competência E2.2.: “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2010a, p.4), demarcando-me do enfermeiro generalista uma vez que, em conjunto

com enfermeiros peritos, desenvolvi diferentes ações com intencionalidade terapêutica que permitiram ter uma ação transformadora da experiência emocional (Diogo, 2015), através da **valorização e facilitação da gestão das emoções**, enquanto parte integrante do trabalho emocional na gestão da dor da criança/adolescente, proporcionando à criança e família uma experiência mais positiva e de desenvolvimento.

Muitos dos procedimentos de enfermagem têm a capacidade de constituir momentos stressantes para a criança e por isso emocionalmente intensos, por estarem associados à dor e ao desconhecido, e se pensarmos em internamentos mais prolongados que conseqüentemente implicam o afastamento da criança/adolescente do seu meio social, da família, dos amigos, da escola, e muitas vezes do seu próprio país, que no seu conjunto acrescentam sofrimento à vivência da doença, é fundamental que a intervenção do enfermeiro seja no sentido de atuar ao nível da emocionalidade através de estratégias que minimizem o impacto negativo de todo este processo. Desta forma, através da elaboração de **diários de campo** que refletem a gestão da dor com recurso aos cuidados não traumáticos e à inerente gestão das emoções (Apêndice V), que retratam uma reflexão sobre estas práticas de cuidados, que por sua vez permite interiorizá-las de modo mais sistemático, desenvolvê-las e aperfeiçoá-las, caminho no sentido de um cuidar mais humanizado, que possibilite satisfazer as necessidades de bem-estar da criança e família e contribuir para a qualidade dos cuidados.

4.2. Consulta Externa de Pediatria – Consulta de preparação da criança, jovem e família para a cirurgia

Entre 24 de outubro e 25 de novembro, desenvolvi atividades na mesma instituição hospitalar, na consulta externa de pediatria, mais especificamente na consulta de preparação da criança, jovem e família para a cirurgia.

Previamente à prestação de cuidados e por sugestão da enfermeira orientadora, tive oportunidade de **rever e atualizar a pesquisa bibliográfica** realizada na fase de projeto, tomando como referencial o Guia Orientador de Boa Prática - Diminuir o Medo da Cirurgia; **consultei e analisei o procedimento**

multissectorial: Atendimento de Enfermagem na Consulta de Anestesia – Preparação da criança, jovem e família para a cirurgia, protocolos do EMLA e sucrose oral, além dos folhetos informativos utilizados como complemento das informações fornecidas durante a consulta. Estes documentos ofereceram-me uma base sólida de conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento de competências no âmbito de uma prática de enfermagem especializada; EEESCJ “procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar” (OE, 2010a, p.4).

Durante o estágio, observei, colaborei e realizei a **preparação da criança, jovem e família para a cirurgia programada**. A consulta é individual, e a partir dos 5 anos é dirigida à criança, com a participação dos pais. Tal como refere Watson (2002), no cuidar é dado enfoque à criança, na aquisição de conhecimentos, autocontrolo e preparação para o autocuidado, onde o enfermeiro é coparticipante no processo de cuidar. Recorre-se, por exemplo, à leitura de histórias (“Anita no Hospital”; “O Diogo vai ser operado”), à visualização de fotos e vídeos produzidos pela unidade hospitalar (“A caminho da operação”) que mostram todo o percurso peri-operatório, à manipulação de material hospitalar em tamanho real sobre os procedimentos que vai realizar (penso, sistema de soro, máscara, touca, compressas, entre outros) ou material lúdico que simula o ambiente hospitalar, à dramatização da situação real e jogos (*playmobil* do bloco operatório e enfermaria).

A **metodologia do brincar** utilizada na consulta representa “uma estratégia de comunicação terapêutica” (OE, 2011a), composta por diferentes técnicas que ajudam na transmissão de informações verdadeiras, permitindo também treinar estratégias de adaptação, facilitando a expressão de sentimentos e emoções e desenvolvimento da relação de confiança com o enfermeiro.

A preparação das crianças com idade inferior a 4 – 5 anos deve ser fundamentalmente dirigida aos pais (Barros, 2003), contudo, de acordo com o guia orientador de boa prática (OE, 2011a), existem autores que defendem que a partir dos 9 meses já é possível fazer alguma preparação ao lactente e toddler, promovendo o contacto e manipulação de material hospitalar de tamanho real a ser utilizado durante a hospitalização. Ao descortinar um pouco mais sobre o mundo hospitalar, a criança conhece melhor o que vai encontrar no dia da cirurgia, antecipando a situação real, tendo a oportunidade de se familiarizar tranquilamente

com o material hospitalar, o que num procedimento real poderia ser sentido como ameaçador.

Conhecendo os stressores inerentes à cirurgia e hospitalização, o desenvolvimento psicomotor da criança, a sua idade, as respostas emocionais e as suas experiências anteriores, desenvolvi no âmbito desta consulta, intervenções autónomas com a finalidade de **facilitar a adaptação da criança/pais à situação**, uma vez que diminui a ansiedade/medo e favorece a recuperação da criança, atuando de acordo com a unidade de competência E2.4.: “providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas pela evidência” (OE, 2010a, p.4).

Além disso, sendo detentora de conhecimentos específicos sobre o procedimento cirúrgico, adquiridos no estágio anterior, atuei de acordo com a unidade de competência E2.5.: “promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” na medida em que, realizei **ensino aos pais/cuidadores sobre os cuidados a ter no período pós-operatório**. Como exemplo, apresento duas situações mais comumente vivenciadas na consulta, como é o caso das crianças que vão ser submetidas a correção de hipospadias que no domicílio irão ter uma sonda vesical com sistema de dupla fralda, o enfermeiro explica e exemplifica sobre os cuidados na troca das fraldas, e outros cuidados a ter e no caso das crianças que vão ser submetidas a correção cirúrgica de fenda do palato, o enfermeiro explica a necessidade do uso de talas imobilizadoras nos membros superiores para evitar colocar os dedos na cavidade oral atrasando o processo de recuperação, onde se explica como fazer estas talas com recurso a uma diagrama entregue aos pais/cuidadores.

Todas as fases de desenvolvimento da criança requerem do enfermeiro competências comunicacionais que lhes possibilitem a construção de uma relação terapêutica adequada. A minha reflexão materializada através dos **diários de campo** recaiu nas estratégias utilizadas pelo enfermeiro na comunicação com a criança em idade escolar e família (Apêndice VI). Deste modo, foi possível desenvolver habilidades ao nível do processo relacional e comunicacional com a criança e família, pois o enfermeiro “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2010a, p.5).

As ações colocadas em prática durante a consulta permitiram-me atuar em conformidade com os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (PQCEESCJ), nomeadamente no que respeita à “(...) procura constante da empatia no estabelecimento de uma comunicação com a criança/jovem, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis”, “(...) concretização de atividades que visem minimizar o impacto dos fatores stressores relacionados com a experiência da hospitalização (...)”, “(...) facilitação de uma comunicação expressiva de emoções”, “(...) otimização das capacidades da criança/jovem, em idade escolar, para a adopção de estratégias de coping e de adaptação” (OE, 2011b, p. 6 e 11), onde é estreita a ligação à arte de cuidar teorizada por Watson (2002) em que o enfermeiro se liga ao Outro na relação transpessoal que se traduz através de movimentos, gestos, expressões faciais, procedimentos, toque, sons e expressões.

Para a realização da consulta, nomeadamente, no âmbito do fornecimento de informação antecipatória à criança e família **elaborei um guião** (Apêndice VII) com o objetivo de constituir um **instrumento facilitador** para a realização da mesma. Este instrumento teve como finalidade organizar e sistematizar os temas a abordar durante a entrevista, e numa perspetiva futura ser orientador para a realização de uma consulta de preparação para a cirurgia, que almejo implementar na instituição onde desempenho funções.

Mostrou-se também muito útil na minha prática de cuidados atual, uma vez que o internamento da criança e família ocorre no próprio dia da cirurgia, logo o tempo de preparação é limitado, tornando-se necessário aproveitá-lo da forma mais adequada, permitindo à criança e família a compreensão sobre o que vai acontecer. O impacto nos cuidados expressou-se através da **estruturação da informação a fornecer à criança, jovem e família**, que pela minha prática profissional, e pela prática experiencial no decorrer do primeiro estágio, verifico que corresponde às principais dúvidas e focos de ansiedade apresentadas pelos mesmos. É neste sentido que caminho para a prática especializada, desenvolvendo a unidade de competência D2.3.: “provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” (OE, 2010b, p.10).

Parte integrante e fundamental da consulta de enfermagem de preparação da criança, jovem e família para a cirurgia, está a **colheita de dados sobre a história da dor**. Na consulta, a história da dor efetua-se obtendo informações através dos pais/cuidadores e/ou da criança, dependendo do seu estágio de desenvolvimento e condição de saúde, sendo útil a utilização de imagens representativas de experiências dolorosas, perguntando-lhe o que vê. É realizado o **registo da informação** colhida no processo clínico da criança, permitindo a continuidade de cuidados em outros serviços, onde se pode adequar e individualizar a nossa intervenção, humanizando os cuidados e é efetuado o treino das escalas de avaliação da intensidade da dor. Batalha (2010) defende que deve haver um ensino prévio à criança sobre a aplicação da escala de autoavaliação numa situação reconhecidamente de não dor ou *stress*. Este treino permite que a criança conheça antecipadamente o funcionamento da escala que será utilizada no internamento em situações de maior ansiedade, *stress* e dor, favorecendo a quantificação exata da dor e contribuindo para a qualidade dos cuidados.

No âmbito da avaliação da intensidade da dor tive oportunidade de **observar e treinar a aplicação de escalas de autoavaliação da dor**, nomeadamente: escala de faces de Wong-Baker (entre os 3 - 8 anos) e a escala numérica (idade superior a 8 anos). Esta atividade foi importante na medida em que me permitiu estar mais familiarizada com estas escalas fazendo o treino com as crianças, contribuindo para o desenvolvimento de **competências técnicas na avaliação da dor** e uma vez mais de **competências comunicacionais** apropriadas ao seu estágio de desenvolvimento.

Tendo em conta que a competência do enfermeiro passa também por “avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem (...)” (OE, 2010b, p.6), **colaborei na avaliação dos cuidados de enfermagem na consulta de preparação da criança, jovem e família para a cirurgia**, que é realizado através de uma questionário de satisfação do cliente com a referida consulta, no âmbito da proposta de programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, o que vai de encontro ao preconizado nos PQCEESCJ: “a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde da criança e do jovem” (OE, 2011b, p.12)

Realizei ainda como atividade de pesquisa da literatura uma *scoping review* intitulada: “**Preparação da criança, do adolescente e família para a cirurgia programada: facilitar a gestão da emocionalidade na intervenção terapêutica de enfermagem**” (apêndice VII), que consiste num mapeamento da evidência científica nesta área, com vista à sua publicação, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento e ganhos em saúde da criança, jovem e família, atuando de acordo com a unidade de competência D2.2.: “suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade” (OE, 2010b, p.10).

4.3. Serviço de Urgência Pediátrica

O estágio desenvolvido em urgência pediátrica (UP) decorreu entre o dia 28 de novembro e 18 de dezembro de 2016. Dada a época do ano em que realizei o estágio, registou-se uma grande afluência de crianças e jovens, na sua maioria com patologia do foro respiratório, contudo, sendo um serviço de urgência, o enfermeiro tem que estar desperto para todo o tipo de problema que afete a criança/jovem e família, descortinado para além da queixa principal – a pessoa no seu todo, permitindo-me atuar segundo as competências do EEESCJ, que desempenha a importante função de diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida do cliente de cuidados.

A **prestação de cuidados à criança, jovem e família** desenvolveu-se na triagem, sala de tratamentos, sala de observação e sala de pequena cirurgia, contudo, dei maior ênfase à triagem, por representar uma área muito distinta da minha prática profissional.

Hockenberry & Wilson (2014) referem que uma das experiências hospitalares mais traumáticas para as crianças é a hospitalização de urgência. No serviço de urgência os enfermeiros depararam-se e compreendem a experiência de medo das crianças, procurando desenvolver interações que transformem a situação de doença e hospitalização numa experiência positiva (Fernandes, 2012).

Na UP, em conjunto com a enfermeira orientadora **realizei a triagem** para aferir a gravidade da situação e determinar a prioridade de atendimento da criança ou jovem, constituindo esta a primeira interação com a criança e pais/cuidadores.

Fernandes (2012), refere que a doença, como experiência desconhecida causa grande impacto que pode originar sentimentos de medo, culpa, angústia, depressão e apatia, tanto na criança, como nos seus cuidadores. Na triagem o enfermeiro deve proporcionar um contacto acolhedor, transmitindo confiança aos pais, fazendo-os sentir que são bem-vindos e que existe disponibilidade para responder às suas necessidades, influenciando positivamente a construção da relação terapêutica.

Durante a minha permanência na triagem, apercebi-me que alguns clientes desconheciam o processo de atendimento e a dinâmica do serviço de UP, surgindo por vezes situações de conflito. Ao refletir sobre todas estas considerações e uma vez que o enfermeiro no âmbito da prática especializada age segundo as unidades de competência C1.1.: “optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” (OE, 2010b, p.8) e D2.1.: “responsabiliza-se por se facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialidade” (OE, 2010b, p.10), surgiu a ideia de realizar uma **sessão de análise das práticas com recurso à apresentação do artigo de investigação: “Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência”** (Apêndice VIII), onde procurei valorizar a problemática do enfermeiro enquanto gestor emocional e contribuir para a humanização de cuidados em contexto de UP.

Consegui incentivar e motivar a participação dos enfermeiros que assistiram através do uso de exemplos práticos observados no decorrer do estágio, como o **ambiente seguro e afetuoso**, através da relação de cuidar afetuosa – **nutrir os cuidados com afeto** e do mundo imaginário e colorido associado ao ambiente físico que se materializaram no **acolhimento à criança/jovem e família**, no cumprimentar, no sorrir, no falar amimado, mas também na presença de desenhos na parede da sala de triagem e sala de tratamentos, nos autocolantes com animais na balança da sala de triagem, na existência de brinquedos na sala de tratamentos. Diogo (2015), realça que um ambiente seguro e afetuoso envolve elementos e mensagens humano-afetivas nas interações e também os aspetos físicos do

contexto, que por sua vez têm influência na transformação da emocionalidade vivida pelo cliente.

Apesar do número reduzido de formandos (seis), esta atividade revelou-se importante na continuidade do meu desenvolvimento profissional e também para os enfermeiros que participaram, uma vez que na categoria da ação de formação em geral, três dos formandos classificaram em muito elevado e dois classificaram em elevado a subcategoria – importância e utilidade da ação de formação. Já na categoria do conteúdo da ação de formação destaca-se que três dos formandos classificaram em elevado as subcategorias – efetividade da abordagem e qualidade da abordagem e dois formandos classificaram em elevado as mesmas subcategorias.

Da **competência do enfermeiro como gestor emocional** e tendo em conta a minha problemática, **elaborei um kit de preparação pré-operatória** e uma breve fundamentação para os enfermeiros intitulada: **Diminuir o medo da cirurgia no serviço de urgência pediátrica**, que explica a sua importância (apêndice XI). Do referido kit constam: o livro “O Diogo é operado”, e material hospitalar em tamanho real como cateter, seringa, sistema de soro, balão de soro, penso, bata, máscara, luvas, touca, elétrodos, sensor de oximetria, e máscara facial, além de referir como sugestão a visualização do vídeo da Sociedade de Anestesiologistas Clube de Anestesia Regional Portugal que está disponível em português e inglês, tem uma duração curta e explica o que irá acontecer nos períodos pré, intra e pós-operatório. Com a ajuda do kit o enfermeiro faz uma **gestão emocional de antecipação** (Diogo, 2015), ajudando a integrar a experiência subjetiva e as emoções, com uma visão objetiva e externa da situação (Watson, 2002), ou seja, ao preparar a criança/jovem e família para a situação da cirurgia o enfermeiro está a ajudá-la a diminuir e ultrapassar os seus medos, transformando a experiência de *stress* de tonalidade negativa para estados de tranquilidade e bem-estar, promovendo a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade, como se evidencia na unidade de competência E2.5. do regulamento das competências específicas do EEESCJ.

Elaborei também, um documento de **avaliação da aplicabilidade do kit de preparação pré-operatória** (Apêndice XI), com o intuito de perceber como foi a experiência na perspetiva dos enfermeiros que o usaram. Através da **análise** das

respostas: “brincar com o material hospitalar diminui o medo do desconhecido”, “contribui para a diminuição da ansiedade”, “através desta interação a criança sente-se parte integrante no seu processo de doença/hospitalização”, “ajuda a diminuir o stress dos cuidadores uma vez que estes também têm dificuldade em explicar à criança o que vai acontecer com ela”, “instrumento facilitador na relação terapêutica”, “mais-valia quando associado ao trabalho em equipa entre enfermeira, criança/jovem e família”, “permite cimentar a relação de confiança”, “permite tornar um procedimento o menos traumático possível, o que é revelador da sensibilidade para com as crianças e famílias” (...) não esquecendo a comunicação com a criança/família numa linguagem adaptada ao seu desenvolvimento e às suas particularidades culturais”, pude deduzir que os enfermeiros estão despertos para a questão da gestão das emoções da criança/jovem e família, de forma a promover o seu bem-estar e adaptação à situação que estão a vivenciar, e que se tiverem disponíveis estratégias/instrumentos que os ajudem a concretizar o seu objetivo, desde que o tempo o permita, as usam com mestria e prazer.

Por fim, cuidar da criança/jovem e família em qualquer contexto, evidencia a necessidade de uma constante **atualização científica**, que o EEESCJ deve assim deter, aspeto que vai ao encontro dos PQCEESCJ (OE, 2011b), que remete para a necessidade de formação contínua, no caminho da excelência dos cuidados. Neste sentido procurei sempre novas oportunidades de aprendizagem e uma vez que o enfermeiro “demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática e especializada” (OE, 2010b, p.4) e “providência cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas pela evidência” (OE, 2010a, p.4), **participei** (embora já tenha sido fora do período de realização deste estágio) no sentido de desenvolver estas competências, no **1.º Workshop Emoções em Saúde - “O medo das Crianças em Contexto de Urgência Hospitalar”** (Anexo I) organizado pela Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem da ESEL.

O Workshop teve como finalidade constituir um espaço de reflexão e partilha sobre os medos das crianças em contexto de UP baseada na evidência científica, na medida em que se realçou a importância das emoções na prática de cuidados diária, a forma de as compreender e de lidar com elas e o modo como podem influenciar os

processos de saúde-doença, no qual o enfermeiro desenvolve estratégias que permitam uma gestão eficaz das mesmas, **favorecendo o equilíbrio emocional**, enaltecendo o seu desempenho como **gestor emocional** com a capacidade de **transformar a experiência da criança e família** para que a díade tenha memórias positivas associadas aos cuidados de saúde e ultrapasse esta vivência o mais tranquilamente possível.

4.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

O quarto estágio decorreu entre os dias 3 e 22 de janeiro de 2017, numa unidade de cuidados intensivos neonatais e pediátricos. Este serviço é composto por quatro salas: intensivos neonatais, sala de especiais, intensivos pediátricos e intermédios, sendo que o meu estágio se desenrolou nas duas primeiras referenciadas.

O recém-nascido pré-termo (RNPT) nasce com idade gestacional inferior a trinta e sete semanas (Hockenberry & Wilson, 2014). Face à imaturidade que apresenta em todos os sistemas necessita de ajuda especializada para manter a sua homeostasia, sendo frequente a necessidade de internamento na unidade de cuidados intensivos neonatais. Nesta unidade, os recém-nascidos permanecem até adquirirem uma estabilidade de desenvolvimento e maturação que lhes permita ser cuidado em casa pelos pais, e onde está rodeado por uma barreira complexa e impenetrável de vidro (incubadora), equipamentos especializados e cuidadores especializados, imprescindíveis para a sua sobrevivência.

Tal como a hospitalização e cirurgia de um filho são geradores de *stress* para os pais, também a prematuridade por si só, constitui um fator de *stress* para os mesmos, uma vez que acarreta uma experiência emocionalmente intensa, e ao mesmo tempo muito exigente, onde situações como malformações congénitas, alterações do neurodesenvolvimento, debilidade dos reflexos de sucção e deglutição, instabilidade térmica, alterações respiratórias ou mesmo infeções que podem levar à morte do recém-nascido, são uma realidade (Hoffenkanp *et al.*, 2012; Shah, Clements & Poehlmann, 2011; McCormick, 2004; Leone & Tronchin, 2001 citados por Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014).

Perante o contexto, é comum os pais sentirem insegurança, tristeza, incerteza e culpa por não conseguirem cuidar do seu filho hospitalizado, vendo os cuidados serem prestados por pessoas estranhas à família, podendo existir sentimentos de ciúmes, hostilidade, ressentimento, medo da doença e do desconhecido, desconhecimento de procedimentos necessários à recuperação do seu filho, aliados também a problemas financeiros, sociais e afetivos (Hoffenkanp *et al.*, 2012; Shah, Clements & Poehlmann, 2011; Araújo & Rodrigues, 2010; Leone & Tronchin, 2001 citados por Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014).

A separação física e emocional, pode constituir um obstáculo à vinculação, entendida como sendo um processo recíproco, e definida como “(...) comportamentos que indicam a formação de laços afetivos entre o recém-nascido e a família (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.247).

Esta nova e aterradora realidade compromete também o processo de parentalidade entendido como “(...) assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamento destinado a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças (...)” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p. 66).

A manutenção e equilíbrio hemodinâmico do RNPT requer intervenções de enfermagem de grande domínio técnico, contudo através da **participação direta nos cuidados** em conjunto com a enfermeira orientadora e outros peritos **observei** concomitantemente uma grande preocupação com a componente relacional e emocional na interação de cuidados com o recém-nascido e família.

Os **diários de campo** – Cuidar em contexto de prematuridade (apêndice XI) evidenciam as **intervenções do enfermeiro na promoção da vinculação e parentalidade**. Proporcionar ao recém-nascido estímulos positivos que o ajudem a incorporar a qualidade da relação da díade, gravando na sua mente memórias positivas envolvendo todas as experiências sensoriais, a utilização do método Mãe Canguru, o diário do bebé, a contenção manual, são intervenções no sentido de “minimizar” as constantes barreiras que se colocam entre os pais e o seu filho recém-nascido, numa constante procura do **desenvolvimento de competências parentais, através do seu envolvimento, do ensino, do treino, e da supervisão**, onde atuei de acordo com as unidades de competência E1.1.: “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade (...)” e E3.2.: “promove

a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (OE, 2010a, p.3 e p.5).

O **guia orientador de boa prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização** realça que o enfermeiro desempenha uma intervenção crucial na preparação e reestruturação da dinâmica familiar, através de práticas com intencionalidade terapêutica, baseados na premissa de que os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos (OE, 2015c), onde a teoria do cuidar humano de Watson (2002) se revê, e na qual se entende o processo de cuidar como um processo relacional, um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos e onde se edifica o envolvimento pessoal, social, moral e espiritual dos enfermeiros.

Uma vez que é competência do EEESCJ implementar e gerir, “(...) em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (OE, 2010a, p.3) foi importante para o seu desenvolvimento a **participação no projeto da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário** que apoia recém-nascidos, crianças e adolescentes com necessidades especiais, com internamento na unidade de cuidados intensivos neonatais, pediatria ou seguidos nas consultas de especialidade do hospital e suas famílias que se concretiza através de visitas domiciliárias com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do recém-nascido/criança, adolescente e família, reforçar as competências parentais; minimizar a ansiedade parental, articular e otimizar os apoios na comunidade.

Esta experiência foi muito gratificante, pois estas famílias encontram no enfermeiro um apoio incondicional que valida com os pais/cuidadores todos os cuidados inerentes ao seu bebé, reforçando a sua competência para cuidar e proporcionando-lhes espaço e disponibilidade para colocar as suas dúvidas e expressar as suas emoções, constituindo um pilar para os pais do RNPT. Relembro o caso de uma mãe de gémeos nascidos às 29 semanas que verbalizou a respeito da sua experiência após a alta hospitalar: “medo de não conseguir tratar como deve ser dos meus bebés, medo que eles não comessem bem e que eles ficassem doentes... medo, muito medo...”. De facto, Shin & White-Traut (2007) evidenciam que um dos momentos críticos durante a hospitalização na unidade de cuidados intensivos neonatais é quando acontece a alta do hospital sendo que ambos os

progenitores podem apresentar elevados níveis de *stress* e baixa percepção da sua competência parental, mesmo dois meses após a alta (Olshtain-Mann & Auslander, 2008).

Por outro lado, a **visitação domiciliária** também decorreu com crianças/jovens com doença crónica/deficiência/incapacidade e famílias (paralisia cerebral, síndrome de Down entre outras) a realizar ventilação não invasiva no domicílio em que os **cuidados continuados hospitalares** assumem uma atitude de suporte, esclarecendo dúvidas, de monitorização, de reforço da competência parental, dotando-os de conhecimentos e habilidades que visem a sua crescente autonomia na gestão dos processos de saúde-doença, ou seja,

o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006, p. 3857)

Respeitando neste sentido, o primeiro princípio da Carta da Criança Hospitalizada: “a admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia” (Instituto de Apoio à Criança, 2009, p.6), permitindo assim que as crianças permaneçam o menos tempo possível no hospital e desta forma contribuir para a sua integração social e familiar e promover ao máximo o crescimento e desenvolvimento o mais harmonioso possível à criança/jovem.

4.5. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

O último estágio decorreu numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, entre os dias 23 de janeiro e 10 de fevereiro de 2017.

O EEESCJ deve ter como focos de intervenção (OE, 2011b, p.3):

a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a detecção precoce e

encaminhamento de situações que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.

Neste sentido, o que está preconizado nos PQCEESCJ está de acordo com as linhas orientadoras do **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ)**, que prevê a calendarização das consultas em idades-chave, que correspondem a marcos importantes na vida da criança/jovem, em termos do seu desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a alimentação, escolaridade, o esquema vacinal, entre outros, a valorização dos cuidados antecipatórios para a promoção do desempenho da função parental e apoio à responsabilização crescente e autodeterminação em questões de saúde das crianças e jovens. Além disso tem ainda, como foco de atenção, a detecção precoce e o apoio às crianças e jovens em risco ou com necessidades especiais e a prevenção das perturbações emocionais e do comportamento (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2013).

As intervenções espelhadas no PNSIJ são em grande parte desenvolvidas nos Cuidados de Saúde Primários, onde os enfermeiros representam o grupo profissional com maior relevância na garantia do acesso da população aos cuidados de saúde de qualidade, o que faz com assumam um papel importante na educação e aconselhamento aos pais (OE, 2010c), que estão em constante adaptação à parentalidade, numa constante adaptação a novos desafios que se lhes colocam à medida que a criança cresce e se desenvolve.

O EEESCJ visa primordialmente a proteção da criança, atendendo à vulnerabilidade que a caracteriza, sendo que as consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil são, entre outras atividades de enfermagem, uma oportunidade para **orientar e ensinar os pais** para que possam compreender o desenvolvimento dos seus filhos e para **instruir e treinar** os mesmos preparando-os de forma antecipada para os desafios de cada idade, promovendo as suas competências individuais e coletivas e autonomia no ambiente familiar.

Ao longo do estágio realizado na UCSP, foram várias **as práticas de cuidados promotoras de crescimento e desenvolvimento infantil** que realizei, dando resposta aos objetivos previamente delineados. Na consulta de enfermagem tive oportunidade de realizar várias intervenções que vão ao encontro do

preconizado no PNSIJ, onde o **Guia Orientador de Boa Prática - Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança** da OE (2010c) constituiu um recurso valioso.

Assim, **elaborei um documento em que fiz uma síntese das atividades realizadas no âmbito da consulta** (Apêndice XIII). **Realizei avaliação do desenvolvimento infantil de crianças em diferentes idades** através da mobilização da Escala de Avaliação de Desenvolvimento de *Mary Sheridan* modificada que integra o programa informático utilizado na UCSP; **promovi comportamentos promotores de saúde** (nutrição adequada a cada faixa etária e às necessidades individuais, complementando com os folhetos informativos usados e fornecidos durante a consulta, promovendo comportamentos alimentares saudáveis, prática de exercício físico, o brincar, a gestão do *stress*); **ensinei e instruí os pais sobre medidas de segurança**, reduzindo o risco de acidentes; **promovi o aleitamento materno** através do ensino sobre as suas vantagens, ensino e instrução da técnica correta de amamentação e cuidados a ter com as mamas e mamilos, enfatizando a importância de uma alimentação saudável.

As atividades passaram ainda por **promover a saúde oral através de ensinamentos aos pais e crianças** sobre a importância da lavagem dos dentes, **detetar situações de possível comprometimento da qualidade de vida da criança e do adolescente** (perturbações da visão e linguagem, obesidade) e articular o seu encaminhamento; atuar em situações de doenças comuns nas várias idades, nomeadamente através do **reforço do papel parental**, abordar as **questões relativas à sexualidade**, assumindo particular relevância o período da adolescência, que se caracteriza por ser um período transitório entre a infância e a idade adulta, marcado por transformações a nível biológico, intelectual, psicossocial e económico, em que os jovens vivenciam descobertas significativas e afirmam a sua personalidade e individualidade (Hockenberry & Wilson, 2014), mas também um período de grande vulnerabilidade, onde atuei ao encontro da unidade de competência E3.4: “promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde” (OE, 2010a, p.5).

A avaliação da relação emocional pais/crianças e o estímulo do adequado exercício das responsabilidades parentais foram intervenções inerentes a todas as consultas. Ensinar aos pais que é normal as crianças terem medo, como parte integrante do seu desenvolvimento, auxiliando-os a reconhecer os principais medos

das crianças e a forma como podem ajudá-las a ultrapassá-lo, nomeadamente nas interações sociais ou quando recorrem aos cuidados de saúde é também intervenção primordial do enfermeiro, pelo que elaborei como instrumento complementar às informações dadas durante a consulta de saúde infantil e juvenil um **folheto informativo sobre os medos das crianças associadas aos cuidados de saúde**, destacando algumas estratégias para os pais, enfatizando também a importância **do boletim da saúde infantil e juvenil (BSIJ)** (Apêndice XIII), intitulado "Ajude o seu filho a lidar com o medo associado aos cuidados de saúde", que foi enviado para publicação online na revista Reaeduca.

A respeito do BSIJ, existiu a preocupação de **registar e documentar a avaliação e intervenção à criança/jovem e família**, indo de encontro ao preconizado pela DGS (2013) que refere ser fundamental que o enfermeiro partilhe informação completa de retorno através do BSIJ. Também Clendon & Dignam (2010) referem que o uso efetivo e eficaz dos registos nos boletins de saúde da criança contribui para a formação de uma relação de sucesso entre enfermeiros e mães, uma vez que, os enfermeiros podem utilizá-los como uma ferramenta para construir competências que as mães e família podem desenvolver para cuidar das suas crianças. Esta prática representa uma intervenção pouco habitual a nível hospitalar, pelo que desenvolvi a consciência e a sensibilidade para a importância do uso efetivo deste recurso, essencial para a **continuidade dos cuidados** posteriores a um processo de hospitalização.

A Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil foi sem dúvida um contínuo de aprendizagens e assumiu particular importância na aquisição e desenvolvimento de competências, nomeadamente, a unidade de competência E3.1.: “promove o crescimento e desenvolvimento infantil” (OE, 2010a, p.5).

Tive ainda oportunidade de **imunizar crianças de diferentes faixas etárias** de acordo com o Plano Nacional de Vacinação. Este procedimento é causador de ansiedade e medo que a criança expressa através do choro, gritos, pedidos de ajuda e tentativas de fuga. Mesmo que a criança seja capaz de colaborar no procedimento, a preparação é fundamental e pode ser facilmente realizada em qualquer situação, sendo que, tive **oportunidade de realizar ensino aos pais sobre algumas estratégias para a gestão da emocionalidade inerente**, tendo sido facilitador a existência de vários brinquedos, adequados a várias faixas etárias em que pode

utilizar o brincar como estratégia não-farmacológica para uma gestão eficaz da dor e ansiedade inerentes a este procedimento.

5. PROJETOS FUTUROS

A realização de estágios em diferentes contextos na área da saúde infantil e pediatria permitiu concretizar diversas atividades e colaborar nos cuidados de enfermagem prestados à criança/jovem e família, desenvolvendo competências de enfermeiro especialista preconizadas pela OE.

Através das competências desenvolvidas e dos conhecimentos adquiridos, com base na prática reflexiva e na aprendizagem experiencial, penso ter atingido os objetivos a que me propus inicialmente, percorrendo agora um caminho no sentido de uma constante melhoria da qualidade dos cuidados à criança/jovem e família em contexto de internamento cirúrgico, nomeadamente, na ação transformadora da experiência emocional intensa que este acarreta, contribuindo para a humanização dos cuidados.

Neste sentido, destaco como projetos futuros e numa primeira fase, a formação da equipa de enfermagem sobre estratégias para diminuição do medo e ansiedade da criança e família relativas à cirurgia, que podem desenvolver no quotidiano da prestação de cuidados, de forma a sensibilizar os elementos da equipa e permitindo-lhes estabelecer uma comparação entre o uso e não uso de determinadas estratégias nos *outcomes* na criança e família, e promover os cuidados de enfermagem de qualidade.

Numa segunda fase, com base na elaboração de uma proposta de procedimento: *Preparação da criança, jovem e família para a cirurgia programada* (validada pela Direção de Enfermagem), ambiciono implementar uma consulta autónoma de enfermagem com a finalidade de facilitar a adaptação da criança/pais à situação da cirurgia/hospitalização.

“Ainda que os teus passos pareçam inúteis, vai abrindo caminhos, como a água que desce cantando da montanha. Outros te seguirão ...”

(Antoine de Saint-Exupéry, 2001)

CONCLUSÃO

A realização deste percurso de aprendizagem, que culmina na elaboração deste relatório, espelha um caminho refletido, de transição de enfermeira generalista para enfermeira especialista, tomando por base os quadros de referência do cuidar em pediatria e a prática baseada na evidência.

A necessidade identificada como pertinente para a qualidade de cuidados de enfermagem em pediatria - **preparação da criança, adolescente e família com enfoque na gestão emocional** - decorrente da prática diária de cuidados em contexto de cirurgia pediátrica, motivou a procura de conhecimentos no âmbito da prática especializada para conseguir dar resposta a esta problemática.

Benner (2001) refere que a perícia desenvolve-se em situações da prática real, pelo que, a realização de um estágio transversal às diferentes áreas da prática do EEESCJ foi fundamental para a aquisição de conhecimentos e competências neste domínio.

Cuidar com humanismo em enfermagem pediátrica, é reconhecer e ser sensível para a dimensão emocional da experiência humana, a par com as suas outras dimensões, sendo que esta constitui um enorme desafio para os enfermeiros, que através de práticas com intencionalidade terapêutica, que se inscrevem no trabalho emocional, têm a capacidade de transformar a emocionalidade negativa em experiências positivas, e que Diogo (2015, p. 219) designa no seu estudo como “metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar”.

A hospitalização, a cirurgia e os procedimentos invasivos que daí decorrem, como acontecimentos críticos na vida da criança e família, marcadas por uma experiência emocionalmente intensa e de tonalidade negativa, requerem do enfermeiro um conjunto de intervenções especializadas e complexas que permitam atenuar e/ou eliminar os efeitos destas. A criança internada para cirurgia deve ser encarada no seu aspeto global, e ao enfermeiro especialista cabe a responsabilidade de ampliar a sua atuação, além do ato cirúrgico, conhecendo e cuidando a criança como um todo.

Cada estágio, na sua especificidade, foi importante na aquisição de saberes permitindo conhecer as necessidades da criança hospitalizada para ser submetida a cirurgia, os problemas que podem ocorrer e os traumas provenientes desta experiência, conhecimentos sobre as necessidades da criança decorrentes do

processo de crescimento e desenvolvimento, conhecimento das necessidades dos pais/cuidadores perante a hospitalização do filho em situações de grande complexidade e adquirir competências na gestão emocional destes processos, que no seu todo contribuíram para a construção de uma assistência preventiva, com a máxima participação da criança e da sua família.

O desenvolvimento de competências e aquisição de conhecimentos que permitiram ter uma ação transformadora da experiência emocional, contribuindo para a humanização dos cuidados em cirurgia pediátrica, tiveram por base as Componentes do Processo de Uso Terapêutico das Emoções identificadas por Diogo (2015) (Anexo II).

A mesma autora refere que “promover um ambiente seguro e afetuoso” e “nutrir os cuidados com afeto”, conjugam-se entre si para promover o bem-estar das crianças e pais, na medida em que contribuem para atenuar estados emocionais de disforia que acrescentam sofrimento à doença, pela vivência de experiências emocionais positivas e compensadoras. Apesar disto, existe um conjunto de ações que os enfermeiros desenvolvem que se direcionam mais para a gestão das emoções das crianças e pais, que permitem estabilizar o nível de emoções e facilitam o seu autocontrolo (Diogo, 2015). Todas as estratégias colocadas em prática pelos enfermeiros concorrem para “construir a estabilidade na relação”, pois estes acreditam que as relações difíceis, conflituosas, frias e distantes provocam instabilidade na dinâmica dos cuidados e não beneficiam a experiência da hospitalização da criança e família, investindo num envolvimento emocional (Diogo, 2015).

Estas considerações harmonizam-se com a perspetiva de Watson (2002), na qual o cuidar transpessoal é uma ciência e também uma arte, um meio de estimular a comunicação e a libertação de sentimentos humanos, constituindo um meio do indivíduo evoluir na direção a um elevado sentir de ser e de harmonia com o seu corpo, alma e mente e onde a humanização é um constructo que se vai organizando diariamente, com o objetivo de proteger, melhorar e preservar a dignidade humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. (2ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria – Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring*. California: Addison-Wesley.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carper, B. (1978 Oct). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Adv Nurs Sci*, 1(1), 13-23. Acedido em 26-02-2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/110216>
- Clendon, J. & Dignam, D. (2010). Child health and development record book: tool for relationship building between nurse and mother. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 968-977. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2010.05285.x
- Collière, M-F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conway, J., Johnson, B., Edgman-Levitan, S., Schlucter, J., Ford, D., Sodomka, P. & Simmons, L. (2006 June). Partnering with Patients and Families to design a Patient and Family- Centered Health Care System, A roadmap for the future, a Work in Progress. *Institute for Family-Centered Care*. Bethesda. Acedido em 26-02-2017. Disponível em: <http://www.ipfcc.org/pdf/Roadmap.pdf>.
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho (2006). Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência, aprovado pelo despacho n.º 23 035/2005, de 17 de Outubro. Diário da República I Série-A, N.º 109 (06-06-2006) 3856-3865.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.

- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Ministério de Saúde.
- Fawcett, J. (1984 Summer). The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *Image*, 16(3), 84-87. Acedido em 26-02-2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6565629>
- Fernandes, D. (2012). O atendimento à criança na Urgência Pediátrica. Acedido em: 08/03/2017 de Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20atendimento%20%C3%A0%20crian%C3%A7a%20na%20Urg%C3%Aancia%20Pedi%C3%A1trica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESIP.pdf>
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. (2014 2º Semestre). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. 18(2), 45-60. Acedido em: 15-01-2017. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.pdf
- Fincher, W., Shaw, J. & Ramelet, A-S. (2012). The effectiveness of a standardized preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 946-955. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03973.x.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ªed.). Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança (2009). *Anotações, Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa. Acedido a 26-02-2017. Disponível em: http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf

- Justus, R., Wyles, D., Wilson, J., Rode, D., Walther, V. & Lim-Sulit, N. (2006 Jan-Feb). Preparing children and families for surgery: Mount Sinai's multidisciplinary perspective. *Pediatric Nursing*, 32(1), 35-43. Acedido em: 24-04-2016. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=a9062116-8f68-48df-9a8c-887b3711d7be%40sessionmgr4002&hid=4206>
- Karimi, R., Fadaiy, Z., Nasrabadi, A., Godarzi, Z. & Mehran, A. (2014). Effectiveness of orientation tour on children's anxiety before elective surgeries. *Japan Journal of Nursing Science*, 11, 10-15. DOI: 10.1111/j.1742-7924.2012.00223.x.
- Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, D. & Major, F. (1994). *La pensée infirmière: Conceptions et stratégies*. Québec: Éditions Études Vivantes.
- Li, H., Lopez, V. & Lee, T. (2007). Effects of Preoperative Therapeutic Play on Outcomes of School-Age Children Undergoing Day Surgery. *Research in Nursing & Health*, 30, 320-332. DOI: 10.1002/nur.
- Olshtain-Mann, O. & Auslander, G. (2008). Parents of preterm infants two months after discharge from the hospital: are they still at (parental) risk? *Health & Social Work*, 33(4), 299-308. DOI: 10.1093/hsw/33.4.299
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010c). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume II*. Coimbra: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos*

Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem.

Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE.*

Acedido a 26-02-2017. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem.* Acedido

a 26-02-2017. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015c). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à*

parentalidade durante a hospitalização. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010 1.º Semestre). 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. Acedido em: 20-02-2017.

Disponível em: [http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1483/1/Pensar%20Enfermagem%202010_14_24](http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1483/1/Pensar%20Enfermagem%202010_14_24.pdf)

[.pdf](http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1483/1/Pensar%20Enfermagem%202010_14_24.pdf).

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.* Lisboa:

Lusociência.

Saint-Exupéry, A. (2001). *O Príncipezinho.* Editorial Presença.

Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão

Estruturada. *Referência*, 11, 59-62.

Schöen, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño*

de la aprendizaje en las profissões. Barcelona: Centro de Publicaciones del

Ministerio de Educación y Ciencia y Ediciones Paidós Ibérica.

Shin, H. & White-Traut, R. (2007). The conceptual structure of transition to

motherhood in the neonatal intensive care. *Journal of Advanced Nursing*,

58(1), 90-98. DOI:10.1111/j.1365-2648.2006.04194.x

- Smith, P. (1991). The nursing process: raising the profile of emotional care in nursing training. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 74-81. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.1991.tb01500.x
- Smith, P. (2012). *The emotional labour of nursing revisited: Can nurses still care?* (2.^a ed). Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Tavares, P. (2011). *Acolher Brincando: A brincadeira Terapêutica no Acolhimento de Enfermagem à Criança Hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Teixeira, E. & Figueiredo, M. (2009 Mar). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. *Revista de Enfermagem Referência*, 9, 7-14. Acedido em: 20-02-2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3882/388239956001.pdf>
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Wennstrom, B., Hallber, L. & Bergh, I. (2008). Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 96-106. **DOI:** 10.1111/j.1365.2648.2007.04581.x.
- Zeichner, K. (1993). *A formação Reflexiva de Professores. Ideias e Práticas*. Lisboa: Educa.

APÊNDICES

Apêndice I. Guia orientador das atividades de estágio



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**7.º CURSO DE MESTRADO E ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Guia orientador das atividades de estágio

**Humanização dos cuidados de enfermagem em cirurgia
pediátrica: preparação da criança, adolescente e família com
ênfase na gestão emocional**

Ana Isabel de Oliveira Pinto Lopes

LISBOA
Setembro, 2016



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**7.º CURSO DE MESTRADO E ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Guia orientador das atividades de estágio

**Humanização dos cuidados de enfermagem em cirurgia pediátrica:
preparação da criança, adolescente e família com enfoque na
gestão emocional**

Ana Isabel de Oliveira Pinto Lopes, nº 6716

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

LISBOA

Setembro, 2016

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito do 7.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, mais propriamente na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, que irá decorrer ao longo de 18 semanas, irei realizar cinco estágios em diferentes contextos, em que se perspetiva o desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, tendo como metodologia orientadora a prática reflexiva e a aprendizagem experiencial.

Assim, estabeleci como problemática a **Humanização dos cuidados de enfermagem em cirurgia pediátrica: preparação da criança, adolescente e família com enfoque na gestão emocional.**

Sendo a hospitalização e a cirurgia um evento crítico na vida da criança, do adolescente e família, a humanização dos cuidados tem especial relevância, no sentido de amenizar a experiência emocional potencialmente negativa, em que o enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica deve criar um contexto no qual a criança se sinta protegida e apoiada no ambiente hospitalar estranho.

O presente guia orientador das atividades de estágio tem como objetivo constituir uma linha orientadora no decorrer de cada estágio; um instrumento de monitorização das atividades e um instrumento facilitador da apresentação do projeto e atividades propostas ao enfermeiro chefe/enfermeiro orientador de cada local de estágio.

O presente guia encontra-se estruturado em três partes, um breve enquadramento da problemática em estudo, os objetivos gerais e transversais a cada campo de estágio e por último os objetivos específicos, para cada local de estágio.

1. ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA

A cirurgia e a hospitalização como acontecimentos críticos na vida da criança e família, potenciadores de vivências emocionais perturbadoras, como a ansiedade, o medo e a angústia, e que podem, conseqüentemente, resultar numa experiência traumática para a criança, com efeitos psicológicos duradouros, devem ser preocupação do enfermeiro que trabalha em cirurgia pediátrica no sentido de, numa perspectiva holística, cuidar também da dimensão emocional da criança e família e transformar estes acontecimentos numa experiência positiva e de desenvolvimento.

Os principais fatores stressores relacionados com a hospitalização e a cirurgia são: a separação do ambiente, dos pais e das atividades habituais, a perda de controlo devido ao ambiente desconhecido e alteração das rotinas, a dor dos procedimentos, incerteza relacionada com a anestesia, a cirurgia em si e os resultados do procedimento (Hockenberry & Wilson, 2014).

A admissão de uma criança e família para cirurgia exige, portanto, por parte do enfermeiro um conjunto de conhecimentos e competências, que vão desde os conhecimentos científicos sobre as necessidades da criança decorrentes do processo de crescimento e desenvolvimento, até ao conhecimento das repercussões da doença, da hospitalização e da cirurgia para a criança e família e gestão emocional destes processos.

Neste sentido, a preparação para a cirurgia, enquanto intervenção autónoma de enfermagem, inserida num contexto de atuação multidisciplinar, em que o enfermeiro assume a responsabilidade pela prescrição e implementação de um conjunto de técnicas, proporciona a aquisição de estratégias para lidar ou enfrentar uma situação desconhecida, e constitui-se como a forma mais adequada de atenuar a emocionalidade excessiva, diminuir a ansiedade e desmistificar medos (OE, 2011), adotando uma dinâmica de cuidados centrados na família.

Tendo em consideração a área de interesse que pretendo aprofundar, a problemática estabelecida é **“Humanização dos cuidados de enfermagem em cirurgia pediátrica: preparação da criança, adolescente e família com enfoque na gestão emocional”**.

2. OBJETIVOS GERAIS

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem em cada etapa do seu desenvolvimento;
- Desenvolver competências centradas num cuidar humanizado, valorizando a dimensão emocional da experiência humana na preparação para a cirurgia.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES

Serviço de Internamento de Pediatria Cirúrgica/Unidade de Queimados

- ❖ Identificar as necessidades da criança/adolescente e família inerentes ao processo de hospitalização/cirurgia;
- ❖ Cuidar da criança/adolescente e família nos processos de gestão da emocionalidade inerentes à hospitalização/cirurgia;
- ❖ Preparar a admissão da criança/adolescente e família para a cirurgia, de acordo com as suas necessidades;
- ❖ Adequar a comunicação com a criança/adolescente nos vários estádios de desenvolvimento e sua família;
- ❖ Gerir a dor com recurso aos cuidados não traumáticos e à inerente gestão das emoções.



ATIVIDADES

- ❖ Entrevista com a enfermeira chefe do serviço e enfermeira orientadora do estágio para apresentação do projeto e objetivos e para conhecer a dinâmica do serviço;
- ❖ Entrevista com a enfermeira orientadora do estágio sobre as necessidades de suporte emocional à criança que irá ser submetida a cirurgia e sua família;
- ❖ Observação da dinâmica de funcionamento do serviço e metodologia de trabalho da equipa interdisciplinar;
- ❖ Consulta dos documentos disponíveis no serviço (protocolos, normas, procedimentos, sistemas de registo de dados);
- ❖ Observação participante nas intervenções da equipa de enfermagem nos cuidados à criança/família nas várias situações do quotidiano;
- ❖ Participação na preparação pré-operatória realizada em internamento: acolhimento da criança/família; avaliação dos conhecimentos da criança e sua família sobre o internamento e a cirurgia, utilizando estratégias que promovam a gestão emocional deste processo, como por ex.: o fornecimento de informação – elaboração de um jornal de aprendizagem, segundo o ciclo de Gibbs;

- ❖ Pesquisa bibliográfica sobre as técnicas de comunicação apropriadas a cada estágio de desenvolvimento, nomeadamente as que promovam a expressão e verbalização de sentimentos e a gestão emocional, como por ex.: o brincar;
- ❖ Avaliação da dor utilizando escalas de avaliação da intensidade da dor de acordo com estágio de desenvolvimento da criança/adolescente;
- ❖ Identificação e implementação de estratégias, de alívio da dor na criança/adolescente submetida a cirurgia/procedimentos dolorosos, sobretudo as que atenuem a emocionalidade negativa associada a estes procedimentos, como por ex.: a presença dos pais – elaboração de um diário de campo.

Consulta Externa - Consulta de preparação da criança, jovem e família para a cirurgia

- ❖ Identificar as necessidades da criança/adolescente e família inerentes ao processo de hospitalização/cirurgia, no período pré-operatório;
- ❖ Aprofundar conhecimentos sobre as técnicas e estratégias utilizadas na preparação para a cirurgia, de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e características da família;
- ❖ Adequar a comunicação com a criança/adolescente nos vários estádios de desenvolvimento e sua família;
- ❖ Cuidar da criança/adolescente e família nos processos de gestão da emocionalidade inerentes à hospitalização/cirurgia;
- ❖ Preparar a admissão da criança/adolescente e família para a cirurgia, de acordo com as suas necessidades;
- ❖ Gerir a dor com recurso aos cuidados não traumáticos e à gestão das emoções.



ATIVIDADES

- ❖ Entrevista com a enfermeira chefe do serviço e enfermeira orientadora do estágio para apresentação do projeto e objetivos e para conhecer a dinâmica do serviço;
- ❖ Entrevista com a enfermeira orientadora do estágio sobre as necessidades de suporte emocional à criança que irá ser submetida a cirurgia e sua família;
- ❖ Observação da dinâmica de funcionamento do serviço e metodologia de trabalho da equipa interdisciplinar;
- ❖ Consulta dos documentos disponíveis no serviço (protocolos, normas, procedimentos, sistemas de registo de dados);
- ❖ Pesquisa bibliográfica sobre as técnicas de comunicação apropriadas a cada estágio de desenvolvimento, nomeadamente as que promovam a expressão e verbalização de sentimentos e a gestão emocional;
- ❖ Identificação de práticas e estratégias utilizadas pelo enfermeiro na comunicação com a criança/adolescente e família de acordo com a idade, estágio de

desenvolvimento e características da família e como desempenham o trabalho emocional - elaboração de um diário de campo;

- ❖ Observação participante nas intervenções da equipa de enfermagem nos cuidados à criança/família;
- ❖ Participação nas consultas de preparação pré-operatória: promoção do acolhimento da criança/adolescente e família; realização de entrevista inicial, com ênfase nos aspetos emocionais;
- ❖ Instrução e treino sobre escalas de avaliação da intensidade da dor com a criança/adolescente e família;
- ❖ Elaboração da *scoping review* relativamente às intervenções de enfermagem na preparação da criança/adolescente e família para a cirurgia programada.

Urgência Pediátrica – Hospital da Luz

- ❖ Aprofundar conhecimentos visando a otimização da saúde da criança e as diversas situações de saúde-doença;
- ❖ Identificar as necessidades da criança/adolescente e família inerentes ao processo de hospitalização/cirurgia;
- ❖ Cuidar da criança/adolescente e família nos processos de gestão da emocionalidade inerentes à hospitalização/cirurgia, ou procedimentos invasivos;
- ❖ Preparar a admissão da criança/adolescente e família para a cirurgia, de acordo com as suas necessidades;
- ❖ Adequar a comunicação com a criança/adolescente nos vários estádios de desenvolvimento e sua família.



ATIVIDADES

- ❖ Entrevista com a enfermeira chefe do serviço e enfermeira orientadora do estágio para apresentação do projeto e objetivos e para conhecer a dinâmica do serviço;
- ❖ Observação da dinâmica de funcionamento do serviço e metodologia de trabalho da equipa interdisciplinar;
- ❖ Consulta dos documentos disponíveis no serviço (protocolos, normas, procedimentos, sistemas de registo de dados);
- ❖ Observação e participação na triagem da criança/adolescente e família que recorre ao serviço de urgência - elaboração de um diário de campo;
- ❖ Sessão de análise das práticas, em conjunto com a enfermeira orientadora do estágio sobre as estratégias de promoção de um cuidar humanizado em contexto de urgência, nomeadamente as necessidades de suporte emocional à criança que irá ser submetida a cirurgia ou procedimentos invasivos/dolorosos e sua família;
- ❖ Observação participante nas intervenções da equipa de enfermagem no que respeita às estratégias de humanização dos cuidados e cuidados não traumáticos;
- ❖ Participação no acolhimento da criança/adolescente e família com necessidade de cirurgia urgente - elaboração de um jornal de aprendizagem;

- ❖ Identificação de práticas e estratégias utilizadas pelo enfermeiro na comunicação com a criança/adolescente e família de acordo com a idade, estágio de desenvolvimento e características da família.

Unidade de Cuidados intensivos neonatais e pediátricos - Hospital Fernando da Fonseca

- ❖ Desenvolver a capacidade de comunicação com o recém-nascido e família de acordo com as suas características;
- ❖ Promover a parentalidade nos processos de saúde-doença.
- ❖ Gerir a dor com recurso aos cuidados não traumáticos e à gestão das emoções.
- ❖ Cuidar da criança/adolescente e família nos processos de gestão da emocionalidade inerentes à hospitalização/cirurgia, ou procedimentos invasivos.



ATIVIDADES

- ❖ Entrevista com a enfermeira chefe do serviço e enfermeira orientadora do estágio para apresentação do projeto e objetivos e para conhecer a dinâmica do serviço;
- ❖ Discussão com a enfermeira orientadora do estágio sobre as necessidades de suporte emocional à criança que irá ser submetida a cirurgia/procedimentos invasivos e sua família;
- ❖ Observação da dinâmica de funcionamento do serviço e metodologia de trabalho da equipa interdisciplinar;
- ❖ Consulta dos documentos disponíveis no serviço (protocolos, normas, procedimentos, sistemas de registo de dados);
- ❖ Identificação de práticas e estratégias utilizadas pelos enfermeiros na comunicação com o recém-nascido e família, promotoras da vinculação da díade - elaboração de um diário de campo;
- ❖ Identificar as principais dificuldades e necessidades dos pais durante o internamento do filho;
- ❖ Acompanhamento dos pais no esclarecimento de dúvidas e orientações antecipatórias no exercício da parentalidade (valorização das competências, amamentação, higiene e vestuário, sono/repouso, segurança);
- ❖ Identificar estratégias eficazes na gestão da dor no recém-nascido pré-termo;
- ❖ Participação nos cuidados de enfermagem promotores da humanização do cuidar em situação de necessidade de cirurgia urgente.

Cuidados de Saúde Primários - Centro de Saúde de Benfica

- ❖ Promover o crescimento e desenvolvimento infantil e prevenir a doença na criança/jovem nos diferentes estádios de desenvolvimento;
- ❖ Aprofundar conhecimentos visando a otimização da saúde da criança e as diversas situações de saúde-doença;
- ❖ Promover a parentalidade nos processos de saúde-doença;
- ❖ Gerir a dor com recurso aos cuidados não traumáticos e à gestão das emoções.



ATIVIDADES

- ❖ Entrevista com a enfermeira chefe do serviço e enfermeira orientadora do estágio para apresentação do projeto e objetivos e para conhecer a dinâmica do serviço;
- ❖ Consulta dos documentos disponíveis no serviço (protocolos, normas, procedimentos, sistemas de registo de dados, instrumentos de avaliação de desenvolvimento infantil);
- ❖ Colaboração com a enfermeira orientadora na avaliação do desenvolvimento infantil nos diferentes estádios de desenvolvimento - elaboração de um diário de campo;
- ❖ Participação nas consultas de enfermagem de saúde infantil (valorização dos cuidados antecipatórios de acordo com o PNSIJ, estimulação de comportamentos promotores da saúde);
- ❖ Utilização do brincar nas interações com a criança, para um gestão eficaz da dor e ansiedade inerentes a procedimentos dolorosos;
- ❖ Síntese reflexiva das atividades observadas e desenvolvidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hockenberry, J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ªed.). Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume II*. Coimbra: Ordem dos Enfermeiros.

Apêndice II. Cronograma de estágios

Apêndice III. Comunicação com a criança/adolescente em cada estágio de desenvolvimento - estratégias úteis



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**7.º CURSO DE MESTRADO E ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Comunicação com a criança/adolescente em cada estágio de
desenvolvimento - estratégias úteis

Ana Isabel de Oliveira Pinto Lopes, nº 6716

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

LISBOA

Outubro, 2016

NOTA INTRODUTÓRIA

A presente pesquisa bibliográfica foi elaborada no início do 3.º semestre do 7.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e surge devido às minhas necessidades formativas.

Uma vez que o meu projeto de estágio se refere à humanização dos cuidados de enfermagem em cirurgia pediátrica: preparação da criança, adolescente e família com enfoque na gestão emocional, e considerando que a comunicação é uma competência fundamental no cuidar de enfermagem e parte integrante da humanização do cuidar, constituindo um fator determinante na relação de ajuda e enquanto instrumento terapêutico, tanto na dimensão cognitiva como na afetivo/emocional, faz todo o sentido a elaboração desta pesquisa que tem como finalidade constituir um instrumento orientador e facilitador no qual constam algumas estratégias úteis usadas na comunicação com a criança/adolescente em cada etapa do seu desenvolvimento.

Através da comunicação, o enfermeiro pode perceber os significados que a criança e família atribuem à doença, à hospitalização e à cirurgia, o que lhe permite desenvolver uma intervenção individualizada, face às necessidades do binómio criança/família, enquadrando-se assim plenamente no meu projeto de estágio.

Recém-nascido, lactente e família

- ❖ Presença dos pais no ângulo de visão da criança durante os cuidados e procedimentos;
- ❖ Só retirar a criança do colo dos pais se realmente necessário;
- ❖ Falar com tom suave;
- ❖ Estabelecer contacto visual com a criança mas quando ela se vira ser sensível à necessidade de um período de relaxamento da criança;
- ❖ Evitar inclinação sobre a face da criança e falar num tom enérgico e forte;
- ❖ Usar afago, abraço, embalo, para acalmar a criança quando chora;
- ❖ Comunicar através do brincar (ex.: cú-cú).

Toddler/pré-escolar

- ❖ Reconhecer a criança e interagir com os pais antes de comunicar com ela, permitindo à criança habituar-se à presença da enfermeira;
- ❖ Comunicar com a criança ao nível dos seus olhos;
- ❖ Usar linguagem simples e frases curtas;
- ❖ Ser honesta nas respostas à criança;
- ❖ Evitar discutir assuntos ameaçadores à frente da criança;
- ❖ Encorajar a criança a envolver-se em jogo imaginativo com bonecos, desenhos, para expressar sentimentos e pensamentos;
- ❖ Encorajar jogo paralelo nos toddlers e associativo e dramático nos pré-escolares;
- ❖ Dar oportunidade à criança para colocar questões;
- ❖ Oferecer ao toddler escolhas sempre que possível.

Escolar

- ❖ Explicar todos os procedimentos, técnicas e acontecimentos;
- ❖ Falar diretamente com a criança;
- ❖ Ser honesta nas respostas à criança;
- ❖ Encorajar a criança a expressar sentimentos e pensamentos através do desenho, escrita, pintura;
- ❖ Utilizar a técnica da terceira pessoa (ex.: “algumas crianças disseram-me que tinham medo da cirurgia”) para encorajar a criança a admitir medos ou aprender sobre a situação perguntando sobre outras crianças.

Adolescente

- ❖ Usar uma abordagem direta e explicar o propósito da interação;
- ❖ Ser bom ouvinte;
- ❖ Encorajar a participação do adolescente abordando-o com um tópico não relacionado com a saúde (ex.: escola, música preferida);
- ❖ Encorajar a expressão de ideias e sentimentos;
- ❖ Tranquilizar o adolescente que não terá que fazer nada enquanto não estiver preparado para tal;
- ❖ Reforçar aspectos positivos;
- ❖ Evitar expressões ou comentários que manifestem desaprovação ou surpresa;
- ❖ Dar ao adolescente a possibilidade de falar em privado com a enfermeira sem a presença dos pais;
- ❖ Ter presente legislação e limites da confidencialidade.

(Ball, Bindler & Cowen, 2014; Hockenberry & Wilson, 2014)

CONTRIBUTOS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Durante o primeiro estágio, realizado num serviço de cirurgia pediátrica/unidade de queimados, as orientações contidas neste documento foram aplicadas, nomeadamente, na situação de cuidados ao bebé Breno de 18 dias, internado por ter sido submetido a nefrostomia, que permanecia sem acompanhante a maior parte do seu dia, a mãe tinha outros filhos em casa e só vinha ao final da tarde por umas horas.

Falar com tom suave e usar o afago, abraço, embalo, para acalmar a criança, não só associada a cuidados de higiene, alimentação, entre outros, mas também para uma interação caracterizada exclusivamente para dar afeto nos períodos em que estava acordado, foram algumas intervenções utilizadas, ajudando-o a manter conexão com a vida. Zengerle-Levy (2006) citando Chang (2001) refere inclusive que o toque intencional provoca uma resposta de relaxamento e reduz a ansiedade na criança; já a sua mãe fica menos angustiada sabendo que quando está ausente à alguém que dá afeto ao seu filho. Esta situação revela a importância do trabalho emocional na interação com os clientes utilizando a comunicação como seu instrumento. De facto, o trabalho emocional realizado pelos enfermeiros com centralidade no cliente (Smith, 2012) exprime-se através de uma cultura de afetos quando estes dão carinho e ternura, transmitem o seu amor, estando a dar de Si ao Outro nas interações, o que potencia o ambiente terapêutico (Diogo, 2015). A teórica Watson (2002) defende que a enfermagem, enquanto ciência e arte de cuidar, constitui um modo incondicional de amar e valorizar o próximo. De facto o conceito de amor está intimamente ligado ao conceito de afeto, sendo que ambos dizem respeito a um sentimento que está presente nos cuidados de enfermagem (Diogo & Baltar, 2014) e é determinante em contexto de internamento de pediatria, marcando definitivamente os cuidados de enfermagem como um cuidado individualizado, humanizado, conseguindo transformar este acontecimento emocionalmente perturbador em algo bem mais positivo.

Para Oriá, Moraes & Victor (2004) a comunicação é um dos aspetos do cuidado de enfermagem que aponta para uma melhor assistência ao cliente e família que estão a vivenciar ansiedade e *stress* resultantes do processo de hospitalização, sendo que a promoção de um cuidado holístico que envolva as necessidades bio-psico-sócio-espiritual e emocional passa por uma comunicação eficaz entre

enfermeiro e cliente. Isto marca a diferença entre enfermeiro generalista e enfermeiro especialista, a preocupação e a importância dada ao trabalho emocional, sendo a comunicação um dos seus instrumentos.

Dei apenas um exemplo, mas as interações foram constantes permitindo-me desenvolver a unidade de competência E3.3.: “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.” (OE, 2010, p.5). A minha própria prestação de cuidados e a observação de como os peritos utilizam estas estratégias, vai possibilitar o aperfeiçoar das mesmas, constituindo uma mais-valia transversal aos próximos contextos de estágio e contribuir para a humanização dos cuidados e consequentemente contribuir para a sua qualidade.

REREFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ball, J., Bindler, R. & Cowen, K. (2014). *Child health nursing. Partnering with children and families*. (2ª ed.). Harlow: Pearson.
- Diogo, P. & Baltar, P. (2014). Determinantes Afetivos de Cuidar a Criança Hospitalizada sem Acompanhante – o trabalho emocional em enfermagem. In Sequeira, C., Carvalho, J.C. & Sá, L. (Eds.), *IV Congresso Internacional ASPESM: Padrões de Qualidade em Saúde Mental* (pp.148-160). Porto: ASPESM.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. (2ªed.). Loures: Lusodidacta.
- Hockenberry, J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ªed.). Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oriá, M., Moraes, L. & Victor, J. (2004). A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 06(02), 292-297. Acedido em: 26-09-2016. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf
- Smith, P. (2012). *The emotional labour of nursing revisited: Can nurses still care?* (2.ª ed). Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Zengerle-Levy, K. (2006). Nursing the Child Who is Alone in the Hospital. *Pediatric Nursing*, 32(3), 226-237.

Apêndice IV. Jornal de Aprendizagem - Preparação pré-operatória da criança e família em contexto de internamento



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**7.º CURSO DE MESTRADO E ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Jornal de Aprendizagem - Preparação pré-operatória da criança e
família em contexto de internamento

Ana Isabel de Oliveira Pinto Lopes, nº 6716

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

LISBOA

Outubro, 2016

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente jornal de aprendizagem surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, e mais precisamente no estágio de Cirurgia Pediátrica/Unidade de Queimados, resultando também das minhas próprias necessidades formativas.

A sua grande finalidade traduz-se no ganho de contributos para um cuidar humanizado na área de cirurgia pediátrica, valorizando a dimensão emocional da experiência humana na preparação da criança e família para a cirurgia. Enquadrando-se assim, no meu projeto de estágio, onde é enfatizada a preparação da criança, adolescente e família para a cirurgia que proporciona a aquisição de estratégias para lidar ou enfrentar uma situação desconhecida, e constitui-se como a forma mais adequada de atenuar a emocionalidade excessiva, diminuir a ansiedade e desmistificar medos (Ordem dos Enfermeiros, 2011). A admissão de uma criança e família para cirurgia exige, portanto, por parte do enfermeiro um conjunto de conhecimentos e competências, que vão desde os conhecimentos científicos sobre as necessidades da criança decorrentes do processo de crescimento e desenvolvimento, até ao conhecimento das repercussões da doença, da hospitalização e da cirurgia para a criança e família e gestão emocional destes processos.

Este documento tem como objetivo realizar uma reflexão individual sobre determinada experiência ou experiências relevantes, tendo em conta a problemática em estudo, durante o período de estágio.

A metodologia orientadora assentará na prática reflexiva, nomeadamente o Ciclo Reflexivo de Gibbs. A prática reflexiva é determinante em enfermagem, sendo que, Pereira (1995), citado por Santos & Fernandes (2004), refere que a reflexão sobre as práticas permite aumentar a confiança do sujeito no seu desempenho, melhorar a aptidão para fazer certo à primeira vez, da próxima vez, abordar a enfermagem de forma mais crítica, intencional e sistemática, obtendo conhecimentos adicionais a partir das experiências práticas. Já Zeichner (1993) considera que a prática reflexiva é uma potencial situação de aprendizagem, pois permite que através desta o sujeito se torne sabedor daquilo que faz e de como faz.

JORNAL DE APRENDIZAGEM I

O tema que escolhi para este jornal de aprendizagem vai ao encontro do objeto de estudo do meu projeto que se refere à preparação da criança, do adolescente e família para a cirurgia, utilizando estratégias que promovam a gestão emocional deste processo.

Foram inúmeras as situações vivenciadas durante o estágio contudo vou focar a minha reflexão em duas.

A primeira refere-se ao Tomás, um menino de 2 anos que deu entrada no serviço de cirurgia pediátrica para ser submetido a tratamento cirúrgico de hipospadias, que veio acompanhado pelos pais. Numa primeira abordagem apresentei-me e encaminhei os pais e o Tomás para a sala de atividades do serviço. Procurei falar-lhes numa voz calma, afetuosa e perguntei-lhes como se sentiam e como estava o Tomás, confirmei com eles se já tinham realizado consulta de cirurgia pré-operatória (ao que disseram que sim) e portanto o restante acolhimento foi no sentido de validar as informações que já possuíam, confirmar o jejum, confirmar que tinham trazido o brinquedo preferido e a chucha do Tomás, apresentar o serviço, e explicar novamente o circuito entre internamento, sala de bloco, unidade de cuidados pós-anestésico e novamente internamento e proporcionar espaço para a colocação de dúvidas.

Enquanto falava com pais, o Tomás permaneceu tranquilo, sorridente e mostrando os brinquedos que tinha à sua volta aos pais. À exceção da apresentação do serviço e quarto onde o Tomás ia ficar, todo o acolhimento foi realizado na sala de atividades, e foi sugerido aos pais, para que, depois de vestirem o pijama ao Tomás voltassem para a sala de atividades. Quando chegou a hora de ida para o bloco, o pai do Tomás ainda disse: “foi bom ficarmos aqui, este brinquedo é igual ao que ele tem em casa”.

Durante a minha intervenção senti que os pais foram confiando em mim, facto que resultou da forma como os abordei, como os acolhi e como incentivei a sua permanência na sala de atividades. Tendo em linha de consideração que um dos stressores associados à hospitalização é a perda de controlo devido ao ambiente desconhecido e alteração das rotinas (Hockenberry & Wilson, 2014), deve ser preocupação do enfermeiro proporcionar à criança e pais um ambiente seguro e afetuoso, através de um ambiente hospitalar humano associado ao ambiente físico,

pois este tem grande influência nas crianças e pais em termos emocionais (Diogo, 2015).

A respeito do ambiente humano, Curado (2006) refere que as enfermeiras ao acolherem a criança e a sua família, devem apresentar-se, dizendo o seu nome, as suas funções e devolver ao cliente, permitindo que se apresente também, o que proporciona a partilha de informações, criando uma dinâmica de respeito e confiança entre ambos. Neste percurso, serão valorizados pelas crianças e pais o tom de voz, o que é dito, assim como a linguagem não verbal, como a postura, o vestuário e a expressão facial (Jorge, 2004). É fundamental salientar a essência do cuidado transpessoal de Watson que deverá estar inerente em todas as etapas do cuidar em pediatria, particularmente no acolhimento, pela importância que assume na vivência da restante hospitalização.

Se as crianças e pais se sentirem realmente acolhidos, irão sentir-se mais à vontade para colocar as suas dúvidas e vão sentir-se mais calmos e colaborantes em relação aos cuidados prestados (Brito, 2006).

No que concerne ao ambiente físico, Pfeifer, Rombe e Santos (2009) referem que em qualquer cultura o brincar é considerado como a ocupação primária da criança, como o seu “trabalho” e a sua maneira de relacionar com o mundo. Na sala de atividades onde estão presentes variados brinquedos, livros, televisão com desenhos animados, paredes coloridas, é preservada a sintonia com o seu mundo infantil (Diogo, 2015). Os pais do Tomás que verbalizaram preocupação como o seu filho iria reagir a um ambiente desconhecido, ao observarem o seu filho integrado neste ambiente e a brincar ficaram mais tranquilizados.

Já Florence Nightingale atribuía uma importância essencial ao ambiente físico nos cuidados, destacando que as condições físicas do ambiente como o ruído, iluminação, peças artísticas, variedade de objetos, flores, cores e outras, tinham a capacidade de afetar o estado emocional dos doentes (Nightingale, 2005).

Relativamente à segunda situação, a Maria, de 12 anos com o diagnóstico de apendicite aguda, deu entrada no serviço de cirurgia pediátrica, vinda da urgência, acompanhada pela sua mãe. Tinha já antecedentes de nefrectomia aos 3 anos de idade, experiência da qual não tinha memória. Encontrava-se muito ansiosa, com dificuldade em conter o choro. Ao recebê-la apresentei-me, adotei uma postura calma e uma voz tranquila e perguntei-lhe diretamente o que a assustava. Ela respondeu: “não quero ser operada agora, operem-me no Natal”, o que revelou

preocupação com a escola e com o afastamento das suas atividades diárias. Expliquei-lhe a necessidade de ser operada o mais brevemente possível, ao que ela pareceu aceder. Após esta explicação, perguntei à Maria se eu podia esclarecer mais alguma coisa com ela, ao que verbalizou: se tinha que ser picada outra vez, se podia acordar a meio da cirurgia e sentir dor, se a sua mãe podia estar sempre com ela. Neste sentido comecei a explicar à Maria tudo o que ia acontecer, sobre todo o seu percurso até ao bloco, durante a permanência no bloco e unidade de cuidados pós anestésicos e internamento, reforçando a ideia que a sua mãe ia estar sempre presente, excepto quando estivesse a dormir no bloco, e a pouco e pouco ela foi ficando mais calma e aceitando melhor o seu internamento.

Penso que a minha abordagem para com a Maria foi correta, no sentido em que proporcionei espaço para que verbaliza-se os seus sentimentos e preocupações, permitindo-me depois fornecer-lhe informações consoante as suas necessidades, que por sua vez permitiram desmistificar certas situações e contribuir para diminuir a sua ansiedade e melhorar a aceitação relativamente á hospitalização e ao mesmo tempo sentir-me satisfeita com os resultados positivos da minha intervenção.

Tavares (2011), refere que uma admissão não planeada, surge habitualmente de uma situação aguda da criança, médica ou cirúrgica, que gera por si própria emocionalidade intensa, para a criança e seus pais, devido ao efeito surpresa que a caracteriza. Tendo em conta que as necessidades emocionais são tão importantes como as outras, e não sendo exequível uma preparação antecipada é necessário, durante o acolhimento fornecer explicações claras e adequadas ao desenvolvimento da criança.

Como tal, dada a situação específica da Maria, não foi possível realizar uma preparação pré-operatória antecipadamente, prática comum na instituição hospitalar, contudo, mesmo que o internamento ocorra no dia da cirurgia, e não haja preparação da criança, do adolescente e família em ambulatório, o tempo que decorre até à mesma deve ser largamente aproveitado, de modo a que possam conhecer o que vai acontecer e o porquê (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Tendo presente os direitos da Criança Hospitalizada, nomeadamente o artigo 4.º: “as crianças e os pais têm direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão (...)” (Instituto de Apoio à Criança, 2009, p. 9), usei o tempo que dispunha e tentei dotar a Maria de mecanismos que permitissem a sua

adaptação.

De facto, Lopes (2006), refere que existe uma relação direta entre a gestão da informação e a gestão das emoções. Esta ação constitui uma das ações mais eficazes para o enfermeiro trabalhar a gestão da emocionalidade; devem fornecer-se informações claras, uma vez que tudo o que é possível das pessoas compreenderem melhor contribui para a sua capacidade de gerir as emoções, sendo que pessoas com mais informação sentem mais controlo e ficam mais tranquilas.

Hockenberry & Wilson (2014) referem que o medo do desconhecido transcende o medo do conhecido, logo ao reduzirmos os elementos desconhecidos, iremos também diminuir o medo. O fornecimento de informação objetiva e concreta acerca de situações emocionalmente stressantes proporciona a confrontação com as mesmas, “devido à formação de esquemas cognitivos que permitem aumentar o grau de previsibilidade, diminuir o grau de discrepância entre o esperado e o vivido e aumentar a capacidade do indivíduo para compreender e interpretar a experiência” (Leventhal & Johnson, 1980 citados por Barros, 2003). Smith & Callery (2005), apoiam esta ideia, ao reforçarem que as crianças e jovens devem receber cuidados integrados e coordenados em torno das suas necessidades particulares e as necessidades de sua família. As crianças e pais, devem ser tratados com respeito, e deve ser dado suporte e informação que lhes permita compreender e lidar com a doença ou lesão, e o tratamento necessário.

De facto, ver a prática profissional materializada na evidência científica constitui um fator consciencializador da sua importância e motivação para uma melhoria contínua da nossa prática. Através das minhas intervenções e evidência científica adquiri conhecimentos e contributos essenciais que posso desenvolver no próximo estágio, no âmbito da consulta de preparação para a cirurgia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. (2ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Brito, I. (2006). O acolhimento e a hospitalização da criança pequena. In Instituto de Apoio á Criança. *Acolhimento e estadia da criança e adolescente no hospital*. (pp.33-34). Lisboa: IAC.
- Curado, A. (2006). Acolher...é receber...é dar...é partilhar...In Instituto de Apoio á Criança. *Acolhimento e estadia da criança e adolescente no hospital* (pp.22-24). Lisboa: IAC.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. (2ªed.). Loures: Lusodidacta.
- Hockenberry, J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ªed.). Loures: Lusociência.
- Jorge, A. (2004). *A família e a hospitalização da criança: (re)pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Lopes, M. (2006). *A relação Enfermeiro-Doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Nightingale, F. (2005). Notas sobre Enfermagem. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume II*. Coimbra: Ordem dos Enfermeiros.
- Pfeifer, L., Rombe, P., Santos, J. (2009 maio-ago). A influência socioeconômica e cultural no brincar de pré-escolares. *Paideia*. 19(43), 249-255. Acedido em: 23-10-2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n43/1>
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência*, 11, 59-62.
- Smith, L. & Callery, P. (2005). Childrens accounts of their preoperative informations needs. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 230-238. DOI:10.1111/j.1365-2702.2004.01029.x.
- Zeichner, K. (1993). *A formação Reflexiva de Professores. Ideias e Práticas*. Lisboa: Educa.

Apêndice V. Diários de Campo - Gerir a dor com recurso aos cuidados não traumáticos e à inerente gestão das emoções



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**7.º CURSO DE MESTRADO E ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Diários de Campo - Gerir a dor com recurso aos cuidados não
traumáticos e à inerente gestão das emoções

Ana Isabel de Oliveira Pinto Lopes, nº 6716

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

LISBOA

Outubro, 2016

NOTA INTRODUTÓRIA

Os presentes Diários de Campo surgem no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, e mais precisamente no estágio realizado no serviço de Cirurgia pediátrica/Unidade de Queimados. Este serviço tem como missão prestar cuidados de enfermagem diferenciados e de alta qualidade à criança e família e abrange as especialidades de cirurgia geral, urologia, cirurgia plástica, otorrinolaringologia, ortopedia e queimados.

A partir das observações e dos registos constantes nos Diários de Campo, elaborados durante o estágio, estabeleceu-se relações com a teoria relativas ao trabalho da enfermagem, mais especificamente, sobre gestão da dor com recurso aos cuidados não traumáticos e à inerente gestão das emoções.

Schön (1992) perspetiva o Diário de Campo como uma metodologia promotora da reflexão. Assim, é proposto ao estudante, durante a prática clínica, a transposição para o papel de todos os pensamentos que possam advir após reflexão acerca do seu dia-a-dia.

As vivências durante o estágio foram inúmeras, contudo os casos selecionados prenderam-se com o facto do internamento mais prolongado das crianças e família a que se referem os diários, demonstrando que apesar dos dias de internamento o enfermeiro tem sempre presente o cuidado de enfermagem humanizado, individualizado e orientado para as necessidades específicas da criança e família.

Diário de Campo I

29/09/2016

O Simão, 6 anos, com diagnóstico de extrofia da bexiga e submetido a cistoplastia de aumento, encerramento do colo vesical e realização de estoma de Mitrofanoff para cateterizações posteriores, com necessidade de lavagens vesicais por gavagem, com solução de soro fisiológico e bissolvon, pelos duas vezes por turno, devido à presença de muco, prevenindo assim obstruções. Quando nos dirigimos a ele para fazer lavagem, numa primeira abordagem mostrou-se muito renitente, assustando e repetindo continuamente a palavra “não”(expressão de emoções negativas). O Simão estava sozinho (os pais ainda não tinham regressado do almoço) e dissemos-lhe que voltávamos quando os seus pais chegassem. A sua reação indicou medo e ansiedade relativamente ao que lhe íamos fazer, pois íamos fazer doer, o que foi exacerbado pela ausência dos pais. Numa segunda abordagem, já com os pais presentes, o Simão estava mais calmo mas ainda muito receoso. Foi explicado o procedimento e foi sugerido ao Simão que ajudasse a enfermeira, deitando o soro na seringa, incentivado também pela mãe que percebeu o nosso objetivo. No final do procedimento o Simão foi elogiado, pois era preciso muita força para conseguir deitar o soro até ao fim e mais tarde foi-lhe oferecido um diploma a comprovar a sua coragem (reforço positivo). Nas lavagens seguintes o Simão já se encontrava sorridente à nossa abordagem e pedia para ser ele a deitar o soro na seringa.

Na situação acima descrita estão patentes várias estratégias que vão ao encontro da perspetiva holística da enfermagem, especialmente as que atenuam a emocionalidade excessiva e negativa associada aos processos de cuidados, embora a sua expressão efetiva nos registos de enfermagem não esteja visível. Neste sentido, adaptar e flexibilizar os cuidados, esperando pelos pais, foi a atitude mais humanizada, perante esta criança, pois a ausência dos pais junto do Simão, no plano emocional contribui para exacerbar o seu medo e ansiedade relativamente à possível dor que sentiria.

Segundo Hockenberry & Wilson (2014), as crianças necessitam de apoio durante a realização dos procedimentos, sendo que a sua maior fonte de apoio são os pais, que representam segurança, proteção e conforto.

Num estudo realizado por Sng, Taylor, Liam, Klainin-Yobas, Wang & He (2013), em crianças em idade escolar, estas identificaram como estratégia de suporte emocional para alívio da dor, a presença dos pais.

Também o Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança, enfatiza a presença dos pais na planificação de intervenções individualizadas (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A segunda etapa da intervenção ao Simão foi explicar-lhe o que íamos fazer. No estudo de Diogo (2015) esta ação designa-se de gestão emocional de antecipação, que se traduz entre outras, no fornecimento de explicações/informações. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013), esta é uma estratégia não farmacológica de alívio da dor do tipo cognitivo, sendo que para Hockenberry & Wilson (2014), as explicações adequadas à idade são uma das intervenções mais largamente utilizadas para reduzir a ansiedade em crianças que serão submetidas a variados procedimentos.

Pedir a sua colaboração constitui também uma boa estratégia, na medida em que o seu envolvimento foi benéfico, permitindo a sua cooperação e conferindo-lhe de certo modo algum nível de controlo (Hockenberry & Wilson, 2014).

Muitas crianças respondem a estratégias que apelam à sua maturidade e coragem e ficam orgulhosas por serem capazes de participar (Hockenberry & Wilson, 2014). O feedback positivo dado ao Simão no final do procedimento e a sua reação contribui para a sua satisfação e bem-estar e dos seus pais; e o facto de ter ido ter com ele pouco tempo depois para lhe dar o diploma fortaleceu uma relação de suporte, pois este já era um período mais descontraído, sem stress associado, o que permitiu ao Simão sentir que a enfermeira não está ali “só para fazer mal” e que existem momentos únicos, para uma interação mais livre e afetiva, aspeto defendido por Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo (2010), que referem que estas situações constituem um meio para construir uma relação de confiança.

Dar feedback positivo é um princípio fundamental para o efetivo controlo da dor; as crianças reagem bem ao elogio e uma recompensa por cooperar no procedimento é muito benéfica (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Diário de Campo II

1/10/2016

No turno da tarde, foi necessário refazer o penso abdominal da Emily, uma menina de 5 anos, submetida a cistoplastia de aumento e realização de estoma de Mitrofanoff, pois encontrava-se a descolar. Depois de lhe explicar-mos o que íamos fazer ela disse “não quero, vai doer” e recuou ligeiramente. Esta reação demonstrou o medo da Emily em descolar o resto do penso, que ia causar dor e receio por se tocar no local da sutura. Perante esta situação, como convencer a Emily, para que a realização do penso fosse o menos traumática possível e evita-se com que chora-se durante toda a intervenção? Como já tinha observado que a sua cama se encontrava repleta de brinquedos e que tinha preferência por uma das bonecas, decidi questioná-la: “tens uma boneca muito gira, como se chama?”. A Emily disse baixinho: “Fifi”. Eu referi: posso conhecer a Fifi? E a Emily aproximou-se de mim e entregou-me a boneca e eu disse-lhe: “tive uma ideia: vamos fazer um concurso, para ver quem conta os pontos da barriga mais rápido, tu ou a Fifi, ao que a E. acedeu de imediato e deixou descolar o penso.

De facto, a vivência da cirurgia não se limita ao período pré e intra operatório, e estende-se a toda a hospitalização e procedimentos decorrentes de todo o processo cirúrgico.

Muitos dos procedimentos de enfermagem têm a capacidade de constituir momentos stressantes para a criança e por isso emocionalmente intensos, por estarem associados à dor e ao desconhecido, logo é fundamental que o enfermeiro desenvolva estratégias e intervenções que minimizem a ansiedade da criança e o impacto negativo decorrente do todo o processo cirúrgico e da hospitalização.

Brincar é essencial para o bem-estar mental, emocional e social das crianças (Hockenberry & Wilson, 2014), agente facilitador da comunicação e inclusive, Pontes, Tabet, Folkmann, Cunha & Almeida (2015) referem que o enfermeiro deve assumir o direito a brincar como uma intervenção básica para a criança, como sendo tão importante quanto a higiene, alimentação, sono e outras necessidades básicas, que ajuda a criança a adaptar-se ao seu processo de hospitalização e a motiva no e para o seu processo de recuperação.

Brincar constituiu também, um dos aspetos mais importantes da vida de uma criança e um dos instrumentos mais eficazes para gerir o *stress*. A sua utilização por

parte do enfermeiro deve ser componente fundamental do relacionamento com as crianças, sendo que entre muitas outras funções, permite alcançar um objetivo terapêutico e contribuir para que as vivências da hospitalização tenham uma conotação mais positiva.

Diário de Campo III

9/10/2016

A Talita, 5 anos, uma menina queimada (por fogo) na face e membro superior direito, evacuada de Bissau (onde já estivera internada durante 5 meses). Vem para o serviço para ser submetida a enxerto e uma vez que no processo de cicatrização o seu braço ficou em flexão (não conseguia fazer extensão) e a mão em garra foi submetida também a fratura programada dos ossos do antebraço e mão e colocação de fios de Kirschner em todos os dedos da mão. A sua mãe estava pouco presente e a Talita iria regressar ao bloco operatório no dia seguinte, para realizar pensos. Na véspera da intervenção, em que fiz turno da tarde, fui ter com ela à sala de atividades para perceber como estava. Assim que entrei, mostrou-me duas bonecas (uma maior e outra mais pequena). Subitamente, colocou a boneca maior na cadeira e a mais pequena ao colo da boneca maior e olhou para mim. Neste momento percebi que a Talita estava a projetar uma necessidade que ela própria estava a sentir, que estava emocionalmente cansada de toda esta envolvimento e necessitava de uma coisa muito simples, contacto com outra pessoa, sem ser associado a procedimentos. Coloquei a Talita ao meu colo e num abraço comecei a fazer-lhe festas ao mesmo tempo que lhe lia uma história.

A sua já prolongada hospitalização representam dor e sofrimento emocional, pois, devido à sua idade, os seus mecanismos para enfrentar uma situação de crise que a doença representa são diminutos.

A presença de uma queimadura, principalmente se for grave, constitui sempre um choque psicológico para a criança, sendo que além do sofrimento físico, com necessidade frequente de múltiplas intervenções com dor intensa, associa-se o afastamento da sua casa, dos familiares, dos amigos, da escola, do seu meio social, passando a conviver num ambiente estranho e com pessoas desconhecidas com internamentos médios muito superiores a outras situações (Varela, Vasconcelos, Santos, Pedrosa & Sousa, 2009).

Nesta situação específica, a Talita estava a experienciar todas as situações acima descritas, que em conjunto acrescentam sofrimento à vivência da doença.

Neste sentido, proporcionar momentos por excelência caracterizados apenas para dar afeto, permite aliviar o sofrimento e promover o bem-estar da pessoa, utilizando o afeto como instrumento terapêutico. A este respeito Zengerle-Levy (2006) referem que o tratamento e a recuperação da criança hospitalizada são potenciados pela dádiva de afeto, mesmo que em breves contactos. O seu estudo comprova também que os enfermeiros estando disponíveis para falar com a criança, por exemplo durante os procedimentos dolorosos, é mais apaziguador do que qualquer medicação e que o toque em que está subjacente o carinho é de grande importância, pois tem o potencial de curar sendo que é um importante meio de restabelecer a sensação de ligação com as outras pessoas e com o mundo em geral e constitui um mecanismo calmante para a criança; o mesmo autor citando Chang (2001) refere que o toque intencional provoca uma resposta de relaxamento e reduz a ansiedade.

Por sua vez, no estudo de Diogo (2015) os enfermeiros referem que o afeto é necessário para o desenvolvimento das crianças, é um direito, é desejado por estas, sendo que as próprias crianças apelam ao seu uso, além de ser essencial para diminuir os fatores stressores associados à experiência da hospitalização, pois atuar ao nível da emocionalidade ajuda a atenuar a dor e o sofrimento associados a todos os procedimentos cirúrgicos e os daí decorrentes. A mesma autora refere que os enfermeiros aperfeiçoam práticas em que usam o toque suave/carícias, para que a criança consiga a confiança em si e sinta menos medo, modelam a sua voz de forma suave e alegre, utilizam a linguagem dos “inhos” enquanto cuidam, para que a criança se acalme, consideram que o divertimento mantém e aumenta a sensação de bem-estar, dão suporte às crianças aliviando o sentimento de culpa, acompanhando-as nos momentos difíceis e alimentando a esperança de que a vida vai voltar ao normal novamente, e que no seu estudo enquadra estes aspetos do cuidar como “nutrir os cuidados com afeto”.

O afeto expressa-se de variadas formas nos cuidados de enfermagem, e é determinante no contexto pediátrico. Para Paulo, Alexandre, Galhofas, Mil-Homens & Diogo (2010, p.80), “a criança entendida como um ser humano em desenvolvimento necessita de afeto, sendo que num contexto de doença e hospitalização esta necessidade é acentuada por uma experiência com potencial de

ser perturbadora”. Na revisão sistemática da literatura realizada pelos mesmos autores, o cuidar com afeto, na perspectiva das crianças e jovens, contribui para uma hospitalização positiva, por sua vez, os pais consideram que a presença do afeto, transmite sensação de segurança e contribui para sentirem que os seus filhos e eles próprios são bem cuidados, e os enfermeiros perspectivam o afeto como relevante no âmbito das relações humanas, encarando-o como um aspeto predominantemente terapêutico.

Diário de Campo IV

7/10/2016

O Ivo, adolescente de 16 anos, submetido no dia anterior a apendicectomia (gangrenada), teve necessidade de ser repuncionado no turno da manhã. Após explicação do procedimento e colocação de EMLA, regressámos cerca de uma hora depois, junto do Ivo, onde foi notória a sua ansiedade relacionada com o facto de ter que ser “picado novamente” pois tinha medo da dor. Para que não se concentra-se tanto no procedimento, potenciando mais a sua ansiedade optei por falar com ele sobre a escola. Acabou por me dizer com entusiasmo que frequentava um curso de eletromecânica, mas que quando acaba-se o 12.º ano iria mesmo era concorrer à marinha. Quando se apercebeu já a enfermeira tinha acabado o procedimento.

17/10/2016

Ainda relativamente ao Ivo, e passados 10 dias, encontrava-se ainda internado. Tinha realizado ecografia abdominal neste dia que revelou abscesso da parede abdominal e portanto previa-se mudança de antibiótico endovenoso e portanto mais dias de internamento. No turno da tarde encontrei-o no corredor com a sua mãe com um fâcies triste, onde acabou por me explicar o que se tinha passado no turno da manhã e disse-me: “não sei quanto mais tempo tenho que ficar internado”. A enfermeira M. estava a passar no momento e disse-lhe “Ivo, compras-te bilhete para a época toda, agora olha...” (fazendo uma analogia com a época de futebol) e nesse momento o Ivo sorriu.

A experiência da hospitalização é impregnada por diversos sentimentos e emoções, sendo que na fase da adolescência isto não é exceção. Expressões de tristeza, solidão, incertezas sobre a doença/hospitalização, saudades dos amigos, preocupação com a escola, entre outras, são comuns (Caeiro & Diogo, 2014).

Estes dois momentos de cuidados descritos em cima, veem demonstrar a importância do enfermeiro possuir uma sensibilidade vigilante, que o torna mais desperto para o estado emocional do cliente de cuidados, constituindo uma ferramenta determinante do trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Diogo, 2015), que se inscreve na filosofia dos cuidados não traumáticos.

Para Diogo (2015, p.177), “(..) os enfermeiros actuam na emocionalidade dos clientes no sentido de a atenuar, sendo uma dimensão da prática de cuidados que se inscreve no ato de cuidar”. Woodgate (2006) citado por Caeiro & Diogo (2014) refere que o enfermeiro revela nos cuidados que presta, um suporte emocional que é muito valorizado pelos clientes.

Diogo (2015) refere ainda que o trabalho emocional é uma ação transformadora da experiência emocional nas interações com os clientes, onde se destacam pelas duas ações presentes nas situações acima descritas: por um lado, a distração é um recurso intrínseco e é uma necessidade do adolescente pois permite-lhe acalmar e evadir de pensamentos e sentimentos que o perturbam, pelo que, deve falar-se com o adolescente acerca de temas do seu agrado como a escola, amigos, família, atividades de tempos livres (Crnkovic *et al.*, 2009; Helseth & Misvaer, 2010 citados por Caeiro & Diogo, 2014); por sua vez, o humor, na prática de cuidados é uma estratégia que permite ao adolescente uma forma de “gerir sentimentos e ultrapassar medos, angústia e ansiedade, associados a situações desagradáveis que poderão comprometer o bem-estar” (José, 2010, p.236).

Esta faixa etária aprecia esta forma de abordagem (Caeiro & Diogo, 2014), devido à sua capacidade de pensar de forma abstrata (Hockenberry & Wilson, 2014). Uma vez que uma das funcionalidade do humor se concentra na fuga ou alívio, direcionando o foco de atenção causador de sofrimento para um sentimento satisfatório, como a defesa psíquica, a sua utilização encontra expressão através do trabalho emocional (Diogo, 2006).

SÍNTESE FINAL

A dor associada a procedimentos é uma experiência sensorial e emocional desagradável, que resulta da lesão real ou potencial dos tecidos associados a procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e é frequentemente acompanhada por medo e ansiedade. Estes últimos são fatores agravantes da dor, devendo a ansiedade antecipatória ser minimizada através de uma correta abordagem da dor (Direção-Geral da Saúde, 2012).

A Enfermagem, enquanto disciplina, percorre um caminho no sentido de uma assistência cada vez mais humanizada, responsável, e fundamentada cientificamente, com o intuito de uma prestação de cuidados de qualidade, tendo sempre em conta a dignidade e singularidade de cada pessoa receptora destes mesmos cuidados, onde, o enfermeiro na procura da excelência das suas intervenções, necessita de otimizar as capacidades inerentes à sua prática clínica, com flexibilidade e motivação, mas procurando o ajustamento das respostas a uma intervenção holística e sistemática.

É incontestável que todo o ser humano tem necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais. Neste sentido, Jean Watson defende que “a função da enfermagem na ciência, assim como na sociedade, é cuidar da totalidade da personalidade humana” (Watson, 2002, p.48), teoria que se inscreve no paradigma da transformação dos cuidados de enfermagem na atualidade.

Considerando que a humanização de cuidados está intrinsecamente relacionada com a perspetiva holística da enfermagem, deve ser preocupação do enfermeiro que trabalha em internamento de pediatria, no sentido de honrar, cuidar também da dimensão emocional da criança e família.

Esta dimensão emocional pressupõe por parte do enfermeiro, um trabalho emocional que se inscreve nos cuidados não traumáticos, filosofia de cuidados essencial em pediatria, que têm como objetivo não causar dano, e diz respeito “ao fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, no sistema de cuidados de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 11), o que por sua vez se encontra espelhado na Carta da Criança Hospitalizada, nomeadamente no artigo 4.º “(...) as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”

(Instituto de Apoio à Criança, 2009, p.9).

A investigação em enfermagem mostra que este trabalho é uma dimensão (emocional) do cuidar tão importante como outras dimensões - técnica, ética, cultural, espiritual, e a sua clarificação e expressão é fundamental na humanização dos cuidados (Smith, 2012; Diogo, 2015).

Dado que a minha experiência profissional parte também de um contexto de internamento, este estágio contribuiu para uma maior consciencialização e valorização da gestão das emoções, enquanto parte integrante do trabalho emocional na gestão da dor da criança/adolescente, proporcionando à criança e família uma experiência mais positiva e de desenvolvimento.

O modelo conceptual de cuidados de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde da criança e do jovem centra-se na necessidade de preservação, em qualquer situação, da segurança e bem-estar da criança e família (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Neste sentido, segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde Da Criança e do Jovem o enfermeiro “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.4), atuando de encontro aos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, nomeadamente no que respeita à “prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados: (...) gestão da dor (...)” (2011, p.9), “a concretização de atividades que visem minimizar o impacto dos fatores stressores relacionados com a experiência da hospitalização (...)”, “a facilitação de uma comunicação expressiva de emoções” (2011, p.6), demarcando-se assim do enfermeiro generalista, utilizando sempre estratégias originais de acordo com as necessidades e vivências da criança/jovem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caeiro, M. & Diogo, P. (2014). O Trabalho Emocional com Adolescentes em Situação de Doença e Hospitalização: Proposta de um Algoritmo de Intervenção de Enfermagem. *Nursing*. Acedido a 19-10-2016. Disponível em: <http://www.nursing.pt/o-trabalho-emocional-com-adolescentes-em-situacao-de-doenca-e-hospitalizacao-proposta-de-um-algoritmo-de-intervencao-em-enfermagem-2/>.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. (2ªed.). Loures: Lusodidacta.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Orientação nº022/2012.18/12/2012*. Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Acedido a 19-10-2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012.aspx>
- Hockenberry, J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ªed.). Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança (2009). *Anotações, Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa. Acedido a 19-10-2016. Disponível em: <http://www.iacrianca.pt/index.php/setores-iac/carta-da-crianca-hospitalizada>
- José, H. (2010). *Resposta Humana ao Humor: Humor como Resposta Humana*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática. Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Paulo, M., Alexandre, V., Galhofas, T., Mil-Homens, S. & Diogo, P. (2010 2º Semestre). O Lugar do Afeto na Prática de Cuidados de Enfermagem em Contexto Pediátrico: Perspectivas de Crianças, Jovens, Pais e Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 14(2), 70-81. Acedido a 19-10-2016. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_70-81.pdf
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010 1.º Semestre). 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. Acedido em: 19-10-2016. Disponível em: http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1483/1/Pensar%20Enfermagem%202010_14_24.pdf.
- Pontes, J., Tabet, E., Folkmann, M., Cunha, M. & Almeida, F. (2015). Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. *Einstein*, 13(2), 238-42. DOI: 10.1590/S1679-45082015AO2967.
- Schöen, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia y Ediciones Paidós Ibérica.
- Smith, P. (2012). *The emotional labour of nursing revisited: Can nurses still care?* (2.ª ed). Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Sng, Q., Taylor, B., Liam, J., Klainin-Yobas, P., Wang, W. & He, H. (2013). Postoperative pain management experiences among school-aged children: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 22. 958-968. DOI: 10.1111/jocn.12052.
- Varela, M., Vasconcelos, J., Santos, I., Pedrosa, I. & Sousa, A. (2009). Processo de Cuidar da criança queimada: vivência de familiares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 723-8. Acedido em: 19-10-2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/12.pdf>

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Zengerle-Levy, K. (2006). Nursing the Child Who is Alone in the Hospital. *Pediatric Nursing*, 32(3), 226-23.

Apêndice VI. Diários de Campo - Estratégias utilizadas pelo enfermeiro na comunicação com a criança em idade escolar e família



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**7.º CURSO DE MESTRADO E ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Estratégias utilizadas pelo enfermeiro na comunicação com a criança
em idade escolar e família – Diários de Campo

Ana Isabel de Oliveira Pinto Lopes, nº 6716

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

LISBOA

Novembro, 2016

NOTA INTRODUTÓRIA

Os presentes Diários de Campo surgem no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, e mais precisamente no estágio realizado no serviço de Consulta Externa - Consulta de preparação da criança, jovem e família para a cirurgia.

Esta consulta de preparação para a cirurgia realizada pela enfermeira visa a orientação/preparação dos pais e da própria criança transmitindo segurança e tranquilidade, capacitando-os de informação relativamente à cirurgia e ao internamento, com os seguintes objetivos:

- Facilitar a aprendizagem de estratégias para minimizar a ansiedade/medo da criança/pais através de brincadeiras simbólicas;
- Esclarecer a criança/pais sobre os cuidados a ter antes da cirurgia e os procedimentos a que vai ser submetida;
- Escutar com atenção as suas dúvidas, medos e expectativas.

Tendo portanto como finalidade, facilitar a adaptação da criança/pais à situação, porque **diminui a ansiedade/medo** e favorece a recuperação da criança.

Esta consulta é individual, e a partir dos 5 anos é dirigida à criança, com a participação dos pais, em que se utiliza a metodologia do brincar como instrumento para comunicar com a criança, pois ela aprende a brincar. Ao brincar a criança conhece o mundo e vai conquistar novas experiências e conhecimentos (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

A partir das observações e dos registos constantes nos Diários de Campo, elaborados durante o estágio, estabeleceu-se relações entre as conceções teóricas e a prática de enfermagem, mais especificamente, a fundamentação das estratégias utilizadas pelo enfermeiro na comunicação com a criança/adolescente e família.

As situações vivenciadas na consulta foram inúmeras, contudo escolhi situações direcionadas para a criança em idade escolar.

Diário de Campo I

26/10/2016

O Lucas, 6 anos que irá ser submetido a herniorrafia inguinal foi à consulta na companhia da mãe. A enfermeira foi recebê-lo à porta do gabinete de consulta, começou por se apresentar, sorridente, com voz alegre e deu um aperto de mão ao Lucas. Falou com ele sobre a escola, questionou se tem algum amigo mais especial, interessou-se pelas atividades de que gostava mais. O Lucas apresentou-se sempre sorridente, respondendo a algumas questões como se fossem óbvias. A enfermeira após perceber os interesses do Lucas, optou por lhe ler o livro “O Diogo é operado”, incentivando o Lucas a participar: “ele estava com muita dor de barriga e a mãe levou-o ao...” e o Lucas completou: “ao hospital”, “ele tem o pi...(pijama) vestido”, e quando acorda quem está ao pé dele?, apontando para a imagem da mãe. O Lucas ouviu e participou com atenção, e depois disto a enfermeira disse-lhe “já conheceste a sala do Diogo, agora vais conhecer a tua sala” e utiliza a visualização de slides com o circuito peri-operatório para mostrar ao Lucas e à mãe, explicando cada passo deste circuito e demonstrando o que vai acontecer e como vai acontecer, utilizando material hospitalar em tamanho real, nomeadamente o penso EMLA, o abocat, sistema de soro, eléctrodos de monitorização e foi realizando a entrevista ao Lucas que se mostrou sempre muito receptivo e participativo. Durante a entrevista, para colher dados sobre a história de dor, a enfermeira mobilizou experiências anteriores, uma vez que o Lucas tinha feito fratura do braço e veio à consulta ainda com tala gessada, foi-lhe questionado como tinha sido a sua dor quando partiu o braço, fazendo treino da escala de dor (escala de faces) e permitindo que o Lucas expressasse quais as medidas de alívio para a dor, ele disse: “o meu amigo contou uma piada e a dor passou”.

A enfermeira disponibilizou, ainda, uma história para pintar “Uma visita ao hospital”, para o Lucas levar para casa.

Diário de Campo II

27/10/2016

A Carolina, 12 anos, que irá ser submetida a correção de estrabismo foi à consulta na companhia dos pais. Após acolhimento, a enfermeira questionou “Carolina, então depois de teres ido ali à consulta com a doutora de anestesia o que é que te preocupa?”. A Carolina encontrava-se muito hesitante, sorria, olhava para os pais e

dizia: "não sei", revelando-se muito tímida e ansiosa, mexendo constantemente as mãos. Perante isto, a enfermeira optou por direcionar as questões/explicações para os pais: "Sabem que cuidados devem ter na véspera, o que têm que trazer para o hospital?" E a partir das questões e dúvidas dos pais, a Carolina foi a pouco e pouco participando na entrevista. A enfermeira conseguiu que a Carolina comunicasse com ela, ao fazer recair a sua atenção nos seus pais, e conseguiu fornecer informações sobre todas as etapas do peri-operatório com recurso à visualização de slides, utilizando como complemento das orientações fornecidas, o guia de acolhimento da unidade onde ia dar entrada, tendo a preocupação de explicar, quando mostrou o quarto/cama onde a Carolina ia ficar, que ela podia correr a cortina ou ir à casa de banho vestir o pijama, antecipando aqui a sua necessidade de privacidade.

Diário de Campo III

28/11/2016

O Ideney, 8 anos, que será submetido a circuncisão cultural, foi à consulta na companhia do pai. Inicialmente o pai verbalizou que não percebia porque era necessário tanta coisa para uma intervenção tão simples, que na sua terra iam ao hospital e este procedimento era realizado na hora. A enfermeira percebeu a sua perspectiva, contudo, explicou que em Portugal todas as intervenções eram realizadas visando uma maior segurança para a criança, e questionou o Ideney: "o que é vens cá fazer amanhã?" E o Ideney respondeu: "vou ser operado" e a enfermeira: "e o que é isso de ser operado? Se tivesses que explicar a um amigo teu, como é que dizias?". Perante a hesitação a enfermeira diz: "ser operado é tratar uma parte do nosso corpo a dormir. E como é que nós te vamos pôr a dormir?" O Ideney respondeu: "com um líquido", e a partir daqui a enfermeira conduziu a consulta explicando todos os procedimentos. Por fim, o Ideney montou, muito satisfeito, uma sala de bloco operatório da Playmobil e a enfermeira questionou quem estava deitado na marquesa e ele respondeu: "este sou eu" e perguntou se sabia o que representava aquela imagem (sala de bloco) e ele disse: "é o que vai acontecer comigo". De facto, é exatamente isto que se pretende com a consulta, que a criança perceba o que vai acontecer e dotar-se de mecanismos de *coping* que lhe permitam ultrapassar esta vivência com tranquilidade. No final da consulta, a postura do pai do Ideney era já outra, verbalizando que, afinal, até tinha sido importante estar ali.

Diário de Campo IV

31/10/2016

O Filipe, de 8 anos, que será submetido a tratamento dentário, foi à consulta na companhia da mãe. São oriundos da China, colocando-se desde já algumas dificuldades de comunicação, uma vez que a língua materna da mãe era mandarim, apresentando uma fraca compreensão da língua portuguesa e o Filipe, embora compreendesse e falasse português preferia falar em mandarim, mostrando-se retraído e pouco disponível para dialogar, não sendo possível realizar a preparação pré-operatória na íntegra. Apesar da barreira linguística, a preparação para a cirurgia foi adaptada, no sentido dos principais aspetos do pré-operatório e pós-operatório e visualização de fotos da unidade por parte da mãe, durante a qual, a enfermeira teve a preocupação de falar devagar e numa voz calma. Apesar da pouca colaboração, a enfermeira tentou perceber o que assustava o Filipe, foi ter com ele, segurou as suas mãos, e este acabou por verbalizar não querer tratar dos dentes no hospital, referindo que a mãe não ia estar sempre com ele. A enfermeira explicou que não era bem assim, que enquanto ele estava a dormir, a médica tratava dos seus dentes e a mãe ia vestir o equipamento, tal como ele vestia quando ia jogar futebol (enfermeira já sabia que ele integrava uma equipa de futsal), pelo que consentiu visualizar o fardamento do bloco operatório, e que quando ele acordasse, a mãe ia estar assim vestida ao pé dele, ficando um pouco mais calmo e assentiu levar para casa a brochura para ler e pintar “Uma visita ao hospital”.

Diário de Campo V

3/11/2016

A Patrícia, de 11 anos, que será submetida a herniorrafia inguinal direita, foi à consulta na companhia da mãe. Quando questionada se estava bem-disposta, responde que não, pois não queria ser operada porque tinha medo. Começou de seguida a fazer uma série de questões: “futuramente posso ter filhos?”, e “vão usar facas para me cortar?”, “como sei que não vou sentir nada, não tenho nenhuma prova?”, “quem me dera ser bebé, os bebés não têm noção da vida”. Perante este rol de questões, inquietações e expressão de sentimentos e emoções negativas, a enfermeira disse que podia ajudar, pois iria explicar-lhe tudo o que ia acontecer e ela ficaria com menos medo. Optou por usar o desenho da silhueta corporal feminina, para explicar o local operatório, o penso, tendo o cuidado de usar palavras como

“objeto especial” para “chegar à tua hérnia e tratá-la”, desenhou o cateter periférico, o sistema de soro, o soro que iria colocá-la a dormir, logo não iria sentir nada, explicou em seguida todo o circuito com recurso à visualização de slides, validando, todas as suas dúvidas ao longo da entrevista. No final o entusiasmo da Patrícia era evidente, não só pela sua expressão facial sorridente, mas também ao verbalizar: “isto até é giro”, “obrigada por me explicar, assim já não tenho medo”, despedindo-se com um abraço.

A comunicação é uma competência fundamental no cuidar de enfermagem, e parte integrante da humanização do cuidar, constituindo um fator determinante na relação de ajuda e enquanto instrumento terapêutico, tanto na dimensão cognitiva como na afetivo/emocional. Através da comunicação, o enfermeiro pode perceber os significados que a criança e família atribuem à doença, à hospitalização e à cirurgia, o que lhe permite desenvolver uma intervenção individualizada, face às necessidades do binómio criança/família.

Nas situações acima descritas estão patentes várias estratégias utilizadas na comunicação com a criança em contexto de consulta que permitem ao enfermeiro atenuar a emocionalidade excessiva e negativa associada ao período pré-operatório.

Em primeiro lugar evidencia-se o acolhimento da criança e família. Ao cuidar deste binómio não podemos esquecer que o primeiro contacto é decisivo para estabelecer uma relação baseada na confiança. Assim, os enfermeiros que recebem as crianças/jovens e a sua família na instituição de saúde devem num primeiro momento, apresentar-se pelo nome, referir as suas funções e competências e, deixar que eles façam o mesmo, permitindo uma partilha onde se articulam as diferenças e se cria uma dinâmica de respeito e confiança (Curado, 2006).

Quando cuidamos de uma criança temos que ter sempre presente que “o cuidado designa o facto de estar atento a alguém ou a alguma coisa para se ocupar do seu bem-estar ou do seu estado, do seu bom funcionamento” e o conceito de “prestar cuidados” ou “cuidar” designa essa atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem estar, a promover a sua saúde”(Hesbeen, 2000, p. 9-10).

Jorge (2004) defende que os profissionais de saúde devem ter consciência da problemática inerente ao sofrimento da criança/família, geradora de emocionalidade intensa, acolhendo-a numa dinâmica de “reciprocidade”, ou seja, acolher a criança

na unidade e ao mesmo tempo permitir-lhe que os acolha, passando do acolhimento ao envolvimento e progredindo numa relação de ajuda efetiva. Neste caminho a criança e pais vão valorizar todos os detalhes “(...) o tom de voz, linguagem e todos os indicadores não verbais como a postura, o vestuário, a expressão facial (...), sendo que é a partir do que foi vivenciado na primeira interação que a relação de ajuda se estabelece ou não” (Jorge, 2004, p.87).

A utilização da técnica de biblioterapia constitui um grande recurso, que se traduz na utilização de livros num processo terapêutico e de apoio, providenciando à criança uma oportunidade para explorar uma situação idêntica à sua, mas suficientemente diferente que lhe permita distanciar-se de si mesma e ao mesmo tempo, manter o controlo (Hockenberry & Wilson, 2014). A história do Diogo centra-se num menino com um apêndice que tem que ser operado e está com algum medo; a história permite a identificação da criança com situações clínicas que se perspectivam, contribuindo para melhorar a sua compreensão acerca da situação, projetada na personagem do Diogo e na sua família e amigos. Reforçada pela técnica da modelagem que consiste na apresentação de um modelo, através do qual se demonstra como a criança pode controlar o medo e ansiedade, ou como é que os pais podem ajudar o filho a fazê-lo, utilizando como suportes um boneco ou fantoches, a apresentação de vídeos ou diapositivos (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

A enfermeira apresenta os diapositivos referentes a todo o circuito peri-operatório e fornece explicações de cada etapa, recorrendo também à brincadeira lúdica que representa “uma estratégia de comunicação terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, 2011), composta por diferentes técnicas que ajuda na transmissão de informações verdadeiras, permitindo também treinar estratégias de adaptação, facilitando a expressão de sentimentos e emoções e desenvolvimento da relação de confiança com o enfermeiro. Através da manipulação de material hospitalar, a criança familiariza-se de forma tranquila com o que, em situações reais de procedimentos, poderia ser assustador e gerador de emocionalidade intensa, recebendo orientações, manipulando e fazendo questões sobre os materiais, acontecendo uma desmistificação desses objetos (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Brincar ajuda a exteriorizar as suas emoções e exprimir as suas aprendizagens, desenvolvendo assim novos conceitos que possibilitam a compreensão do mundo em que vive (Neto, 1997).

Também a técnica de completar frases, que consiste em apresentar uma parte da uma frase e deixar que a criança a complete (Hockenberry & Wilson, 2014) constitui uma habilidade bastante útil e utilizada durante esta consulta, conseguindo um maior envolvimento da criança.

As crianças em idade escolar, devido à sua capacidade de pensamento concreto, necessitam de explicações e justificações para tudo, além de que, apresentam uma preocupação aumentada sobre a integridade corporal, pelo que é muito sensível a qualquer ameaça ou suspeita de dano físico, sendo que a sua inquietação pode estender-se ao seu sentimento de posse, pelo que podem reagir exageradamente a uma perda ou ameaça de perda de objetos queridos (Hockenberry & Wilson, 2014).

O enfermeiro ao ajudar as crianças a dar voz às suas preocupações, proporciona-lhes segurança, implementando atividades que reduzem a sua ansiedade. Como exemplo surgem as situações em que as crianças são muito tímidas, logo não querem ser o centro das atenções, facto que deve ser respeitado, e o diálogo ser dirigido a outros elementos; quando a criança se sentir mais confortável irá apresentar os seus sentimentos, dúvidas e preocupações (Hockenberry & Wilson, 2014).

Assim, a presença e o envolvimento dos pais é condição essencial para incentivar a comunicação e ajudar a criança a abrir-se ao diálogo e expressar as suas necessidades, de forma a melhorar a eficácia da preparação (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Durante a preparação para a cirurgia, a comunicação do enfermeiro com a criança deve seguir as seguintes orientações:

“(…) demonstrar interesse pela criança; escutar e fazer perguntas; falar com simplicidade e honestidade; falar num tom de voz baixo e calmo; colocar os medos em perspectiva; esclarecer confusões; informar a criança de que nunca estará sozinha; esclarecer sobre alguma linguagem mais técnica, usando linguagem neutra com as crianças pequenas; ajudá-la a concentrar-se em coisas positivas; ensiná-la a perceber as diferenças entre si; e explicar como deve solicitar a ajuda dos enfermeiros” (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p.27).

Mesmo em situações em que existem barreiras à comunicação, como é o caso da barreira linguística, a enfermeira especialista tem uma grande preocupação em

contornar este obstáculo, sendo conhecedora da diversidade cultural adotando várias estratégias.

É comum, as pessoas regressarem à sua língua dominante em situações de grande ansiedade, mesmo quando são capazes de comunicar de forma satisfatória em circunstâncias normais, na língua não dominante, logo a prática de enfermagem deve seguir algumas orientações de forma a ultrapassar esta barreira: usar um tom de voz positivo para transmitir interesse, falar de forma concisa e pausada, não em voz alta, quando as famílias têm uma compreensão pobre da língua, estimular, perguntar, repetir informação importante mais do que uma vez e explicar sempre a razão para o tratamento (Hockenberry & Wilson, 2014).

SÍNTESE FINAL

A evidência científica, tanto a nível nacional como a nível internacional é clara no que concerne aos ganhos em saúde decorrentes da preparação da criança e família para a cirurgia programada, onde o enfermeiro especialista representa um papel particularmente relevante.

Além disto, o Guia Orientador de Boa Prática – Diminuir o Medo da Cirurgia enaltece a preparação para a cirurgia e hospitalização como a forma mais adequada de atenuar a emocionalidade excessiva, diminuir a ansiedade e desmistificar medos (Ordem dos Enfermeiros, 2011a), tendo por base o princípio referenciado por Hockenberry & Wilson (2014, p.1047), de “que o medo do desconhecido supera o medo do conhecido”, sendo que as práticas com intencionalidade terapêutica constantes deste guia se encontram perfeitamente espelhadas na consulta de preparação para a cirurgia realizada pela enfermeira especialista em saúde da criança e do jovem. Além de privilegiar o envolvimento dos pais ao longo de todo o contacto com a criança, destaca-se em síntese as estratégias identificadas:

Expressão facial:

Calma

Sorridente

Tom de Voz:

Voz calma

Voz alegre

Voz positiva

Contacto Físico:

Abraço

Dar a mão

Carícias

Discurso:

Demonstrar interesse pela criança

Evocar o nome da criança

Utilizar frases que solicitem o consentimento da criança

Dirigir o diálogo a outros elementos

Reforço Positivo

Falar com simplicidade e honestidade

Utilizar linguagem neutra e esclarecer confusões

Falar pausadamente

Fazer perguntas

Repetir informação



Explicar os procedimentos com recurso a diferentes técnicas

Modelagem, Brincadeira lúdica, Biblioterapia, Completar frases

Este estágio foi sem dúvida uma mais-valia na construção e consolidação da minha identidade profissional enquanto futura enfermeira especialista, permitindo-me a aquisição de contributos tanto a nível do processo relacional, como a nível do processo comunicacional com a criança e família.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde Da Criança e do Jovem, o enfermeiro “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p.5), atuando em conformidade com os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, nomeadamente no que respeita à “procura constante da empatia no estabelecimento de uma comunicação com a criança/jovem, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis”, “(...) concretização de atividades que visem minimizar o impacto dos fatores stressores relacionados com a experiência da hospitalização...”, “(...) facilitação de uma comunicação expressiva de emoções”, “(...) optimização das capacidades da criança/jovem, em idade escolar, para a adopção de estratégias de *coping* e de adaptação” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, p. 6 e p. 11)

Estes aspetos, marcam a diferença relativamente ao enfermeiro generalista na medida em que exige um conjunto de conhecimentos e competências, que vão desde os conhecimentos científicos sobre as necessidades da criança decorrentes do processo de crescimento e desenvolvimento até ao conhecimento das repercussões da doença, da hospitalização e da cirurgia para a criança e família, e a gestão emocional destes processos, aspeto reforçado por Benner e Wrubel (1989), que referem que a gestão das emoções na prática de cuidados está ligada a um nível de experiência e perícia dos enfermeiros, sendo que os enfermeiros peritos tendem a envolver-se mais efetivamente com o cliente e a darem grande

importância às emoções na sua prática, pelo que, a comunicação é o elemento chave para a construção de qualquer estratégia que ambicione o cuidado emocional (Oriá, Moraes & Victor, 2004).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring*. California: Addison-Wesley.
- Curado, A. (2006). Acolher...é receber...é dar...é partilhar...In Instituto de Apoio á Criança. *Acolhimento e estadia da criança e adolescente no hospital* (pp.22-24). Lisboa: IAC.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ªed.). Loures: Lusociência.
- Jorge, A. (2004). *A família e a hospitalização da criança: (re)pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Neto, C. (1997). Tempo e espaço de jogo para a criança: rotinas e mudanças sociais. In C. Neto, *O jogo e o Desenvolvimento da Criança* (pp. 10-22). Lisboa: Edições FMH.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume I*. 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 (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume II*. Coimbra: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oriá, M., Moraes, L. & Victor, J. (2004). A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 06(02), 292-297. Acedido em: 26-11-2016. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf

Apêndice VII. Guião da entrevista - Consulta de preparação da criança, do jovem e família para a cirurgia



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**7.º CURSO DE MESTRADO E ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Guião da entrevista - Consulta de preparação da criança, do jovem e
família para a cirurgia

Ana Isabel de Oliveira Pinto Lopes, nº 6716

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

LISBOA

Novembro, 2016

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, e mais precisamente no estágio realizado na Consulta Externa – Consulta de preparação da criança, do jovem e família para a cirurgia, surgiu a necessidade de elaborar um guião orientador da entrevista a realizar à criança e família no decorrer da consulta de preparação para a cirurgia, com o objetivo de constituir um instrumento facilitador para a realização da mesma.

Tem como finalidade constituir um guião sobre os temas a abordar durante a entrevista, e numa perspetiva futura ser orientador para a construção de um programada de preparação para a cirurgia, tendo por base as observações realizadas no decorrer da consulta de preparação para a cirurgia, as orientações fornecidas pela enfermeira orientadora do estágio e o Guia Orientador de Boa Prática da Ordem dos Enfermeiros – Diminuir o medo da cirurgia.

Consulta de preparação da criança, jovem e família para a cirurgia – guião para a entrevista

Entrevista	Descrição
Acolhimento	Apresentar e permitir que os outros se apresentem; garantir a privacidade e confidencialidade; conhecer a criança/pais e perceber do que gosta: hábitos de vida, nomeadamente os hábitos lúdicos, nível de desenvolvimento da criança, experiência prévia da hospitalização, sintomas emocionais, cognitivos e físicos, composição familiar.
Avaliação dos conhecimentos dos pais/criança	Incentivar a criança/adolescente e família a verbalizar dúvidas e medos/comunicação expressiva de emoções.
Jejum pré-operatório	6 horas (abordar hora da última refeição do dia – explicar importância de evitar jejum prolongado). Questionar sobre o tipo de alimentação. 4 horas se aleitamento materno exclusivo.
Higiene corporal e necessidade de retirar adornos e verniz	Questionar sobre hábitos de higiene. Instruir para banho total na véspera e sumário no próprio dia; retirar adornos (pulseiras, fios, anéis, brincos e piercings).
Objetos pessoais a trazer para o hospital	Pijama, chinelos, meias, roupa interior, produtos de higiene oral, brinquedo preferido (que pode acompanhar a

	criança para o bloco operatório), jogos, livros, objeto(s) usado(s) para adormecer (chupeta, fralda de pano, boneco).
Presença dos pais ou pessoa significativa	Os pais ou pessoa que os substitua podem acompanhar a criança durante todo o internamento, com exceção do período noturno, no qual pode permanecer um dos acompanhantes. Os pais acompanham a criança na transferência para o bloco operatório, até ao transfer. Durante a permanência no bloco os pais podem aguardar no serviço ou junto à entrada para a sala de recobro. Na sala de recobro um dos pais ou pessoa que o substitua pode acompanhar a criança, devidamente fardado.
Medicação pré-anestésica	Administração de medicação pré-anestésica 20-30 minutos antes da ida para o bloco operatório. Efeitos: sonolência, amnésia – explicar importância de manter a criança sob vigilância.
Indução anestésica	Via inalatória ou via endovenosa (explicar/demonstrar/manipular funcionalidade do EMLA: prevenir a dor no pré-operatório - punção venosa). Manipulação de máscara, soro, sistema de soro e abocat (sem mandril)

Circuito peri-operatório	<p>Observação do percurso efetuado no dia da cirurgia desde a entrada principal, serviço de acolhimento (cirurgia de ambulatório, cirurgia pediátrica, ortopedia e neurocirurgia), bloco operatório, unidade de cuidados pós-anestésicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visualização de slides sobre o circuito peri-operatório; - Leitura de livro adequado à idade a criança; - Montagem de sala operatória – Playmobil.
Criança/adolescente e meio envolvente no recobro/internamento	<p>Demonstração e manipulação do material hospitalar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soro, sistema de soro, cateter venoso periférico; - Para monitorização dos sinais vitais a criança apresentará elétrodos, braçadeira e oxímetro conectados a um monitor cardíaco; - No local operatório a criança apresentará um penso; <p>No caso de correção cirúrgica de hipospadias, a criança apresentará sonda vesical e sistema de dupla fralda (explicação e visualização de sistema de dupla fralda).</p>
Reações/sensações ao acordar	Irritabilidade, agitação, desorientação, sonolência, sede, náuseas, vômitos,

	dor (explicar importância do toque, de falar com voz calma e tranquila, do abraço).
Dor no pós-operatório	No intraoperatório são administrados analgésicos para prevenir a dor.
Início da alimentação (líquidos) após cirurgia	2 horas após a cirurgia, consoante o estado da criança/adolescente - aguardar orientações da equipa de enfermagem.
Duração provável do internamento e orientações a ter após a alta hospitalar	Depende do tipo de cirurgia, do médico assistente e da autonomia da criança/adolescente no que respeita aos cuidados necessário após a alta. Cuidados a ter dependem do tipo de cirurgia: penso, controlo da dor.
História de dor	Colheita de informação que permite orientar a avaliação e controlo da dor: características da dor, fatores de alívio e de agravamento, uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas, formas de comunicar/expressar a dor, experiências anteriores traumatizantes e medos, estratégias para enfrentar a dor, impacto emocional*. Treino da criança com recurso a escalas de dor: dos 3-8 anos (escala de faces), a partir dos 8 anos (escala numérica).

*Questões dirigidas à criança/adolescente:

- Diz-me como é a tua dor
- Diz-me como foram as tuas dores anteriores (treino das escalas de avaliação da

dor, com recurso à imagem das escalas)

- Contas aos outros quando tens dor? Se sim, quando?
- O que é que queres que te façam quando tens dor?
- O que mais te ajuda a passar a dor?

Questões dirigidas aos pais/pessoa significativa

- Que palavras o seu filho usa quando tem dor?
- Descreve as experiências anteriores de dor do seu filho
- O seu filho diz alguma coisa a si ou a outros quando tem dor?
- Como é que sabe que o seu filho está com dor?
- Como é que o seu filho reage normalmente quando tem dor?
- O que faz quando o seu filho está com dor?
- O que melhor alivia a dor do seu filho?

Recursos:

- Material hospitalar em tamanho real (soro, sistema de soro, cateter venoso periférico, EMLA, máscara facial, elétrodos, penso, fardamento do bloco operatório);
- Folhetos informativos: “O meu filho vai ao bloco operatório”, “Como prevenir a dor do meu filho com creme ou penso anestésico local” e guias de acolhimento de cada serviço de internamento;
- Livros: “O Diogo é operado”, “Anita no hospital”;
- Fotos: bloco operatório, unidade de cuidados pós-anestésicos, serviços de internamento e circuito peri-operatório;
- Brinquedo que representa o bloco operatório para a criança montar – Playmobil;
- Brochura para colorir – “Uma visita ao hospital”;
- Régua representativa de escalas de autoavaliação de dor: escala de faces e escala numérica;
- Imagem de criança com ferida no joelho;
- Desenho da silhueta corporal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientação nº014/2010.14/12/2010*. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Acedido a 27-11-2016. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume II*. Coimbra: Ordem dos Enfermeiros.

Apêndice VIII. *Scoping review* - “Preparação da criança, do adolescente e família para a cirurgia programada: facilitar a gestão da emocionalidade na intervenção terapêutica de enfermagem.”

Preparação da criança, do adolescente e família para a cirurgia programada: facilitar a gestão da emocionalidade na intervenção terapêutica de enfermagem.”

AUTORES:

Ana Lopes

Paula Diogo

RESUMO:

A cirurgia e a hospitalização como acontecimentos críticos na vida da criança e família, está associada a uma experiência emocional intensa (ansiedade, medo, angústia, apreensão, incerteza), que pode resultar, conseqüentemente, em uma experiência traumática para a criança, com efeitos psicológicos duradouros. Esta dimensão emocional é contemplada pelos enfermeiros na preparação para a cirurgia programada, perspetivando o cuidar holístico e humanizado da criança, do jovem, e da sua família.

A preparação para a cirurgia é uma intervenção autónoma de enfermagem, que proporciona a aquisição de competências para lidar ou enfrentar uma situação desconhecida, e constitui-se como a forma mais adequada de atenuar a emocionalidade vivida, de diminuir a ansiedade e de desmistificar medos.

Com base nestas premissas, esta revisão *scoping* visa sistematizar a evidência científica relevante, sobre as intervenções de enfermagem na gestão emocional e os seus benefícios em termos de resultados sensíveis a essas intervenções (resultados terapêuticos), na preparação da criança e do adolescente, envolvendo a família, para cirurgia programada.

Foram realizadas pesquisas extensivas na *CINAHL*, Medline, ResearchGate, ScienceDirect e Google Académico. Foram incluídas na pesquisa crianças até aos 18 anos e família, sujeitas a intervenções de enfermagem na preparação para a cirurgia programada.

Da análise emergiu como intervenção major, a implementação de um programa de preparação para a cirurgia, concretizado através de variadas estratégias, em que se


obtiveram *outcomes* positivos nas crianças, nos adolescentes, e também nos seus pais.

Os estudos demonstram que a intervenção do enfermeiro na implementação e realização de um programa estruturado de preparação para a cirurgia, é concretizado através de várias estratégias: a transmissão de informações, a modelagem, a brincadeira lúdica, a dessensibilização sistemática, a distração, o relaxamento e o treino dos pais. Estas estratégias enquanto suporte psico-emocional, são facilitadoras da gestão emocional da criança, do adolescente e da família.

Palavras-chave: Criança/adolescente e família; preparação para a cirurgia; gestão da emocionalidade; intervenção de enfermagem.

Apêndice IX. Apresentação do artigo de investigação: “Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência”

Plano de Sessão

Formador: Ana Lopes		Local: Sala de trabalho da urgência pediátrica do Hospital da Luz		Data: 13/12/2016	Duração: 10min
Sessão: Apresentação do artigo de investigação: “Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência”		Destinatários: Enfermeiros da urgência pediátrica do Hospital da Luz			
Objetivo Geral: Conferir visibilidade ao trabalho emocional em contexto de cuidados pediátricos					
Objetivos Específicos	Conteúdos		Métodos e Técnicas Pedagógicas	Avaliação	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> • Valorizar a problemática do trabalho emocional em enfermagem de saúde infantil e pediatria. • Contribuir para a humanização de cuidados em contexto de urgência pediátrica. 	Introdução - Apresentação do tema - Apresentação dos objetivos	1'	Expositivo • Exposição oral	Questionário de avaliação da ação de formação de acordo com o modelo vigente na instituição	Computador com software PowerPoint
	Desenvolvimento - Fatores stressores da hospitalização; - Cuidado humanizado; - Especificidades dos medos de crianças dos 6 aos 12 anos em situação de urgência; - Dupla centralidade do trabalho emocional; - Trabalho emocional – centrado no cliente.	1' 1' 2' 1' 3'	Expositivo • Exposição oral		
	Conclusão - Reforço dos tópicos mais relevantes da sessão e o seu impacto nos cuidados prestados.	1'	Expositivo • Exposição oral		

Apresentação de artigo de investigação: “Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência”

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
7º CURSO DE Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Artigo de Investigação

6 ENFERMEIROS COM COMPETÊNCIA EMOCIONAL NA GESTÃO DOS MEDOS DE CRIANÇAS EM CONTEXTO DE URGÊNCIA
| Paula Diogo; José Vilelas; Luiza Rodrigues; Tânia Almeida* |

LISBOA
Dezembro, 2016

Ana Isabel de Oliveira Pinto Lopes,
nº6716

Os enfermeiros, desenvolvendo uma intervenção no sentido de oferecer à criança e família um **cuidado humanizado**, reconhecem e identificam os principais comportamentos esperados quando a criança vive a experiência de crise.

↓
Presença da família:

- Promove e mantém a inter-relação criança/família/equipa, maximizando a sua adaptação à situação de doença e hospitalização;
- Facilita a aceitação dos procedimentos e ameniza os fatores stressores da doença, dos procedimentos e da hospitalização.

Stressores

A doença e a hospitalização são geradores de uma crise

- Ambiente desconhecido
- Perda de controlo
- Contacto com procedimentos e equipamentos que causam dor e desconforto

Elevado stress
Ansiedade intensa
Medo

As respostas das crianças a estas experiências são influenciadas:

- Estádio de desenvolvimento;
- Experiências anteriores com a doença;
- Separação ou hospitalização;
- Capacidade de confronto inata e adquirida;
- Gravidade do diagnóstico;
- Sistema apoio disponível.

Dupla centralidade do trabalho emocional

Os enfermeiros:

- Fazem a regulação da sua disposição emocional (gestão das suas próprias emoções) para cuidar – centralidade no próprio.
- Procuram capacitar os clientes na gestão da sua emocionalidade através de práticas terapêuticas – centralidade no cliente.

Trabalho emocional – centralidade na criança/família

- Promoção de um “ambiente seguro e afetivo”

- Relação de cuidar afetuosa – nutrir os cuidados com afeto
- Mundo imaginário e colorido associado ao ambiente físico



Possuem uma influência recíproca na transformação da emocionalidade vivida pelos clientes.

- Estratégias de antecipação

- Preparação para procedimentos
- Fornecer explicações/informações
- Favorecer espaços de expressão de sentimentos
- Reforço positivo

Trabalho emocional – centralidade na criança/família

- Atividade lúdica - fator atenuante de possíveis vivências negativas.
- Distração e recreação - permite acalmar ou evadir de pensamentos e sentimentos que perturba a criança/adolescente: falar sobre temas do seu agrado como a escola, amigos, família, atividades de tempos livres, e incentivar a escrita ou a música.
- Garantir a privacidade;
- Transmitir uma atitude calma e responsável;
- Escuta ativa.

Nota final

A gestão emocional permite atenuar as disrupções emocionais e por conseguinte facilita o autocontrolo e promove o bem-estar dos sujeitos em interação.

A evidência científica demonstra a competência do enfermeiro como - gestor emocional.

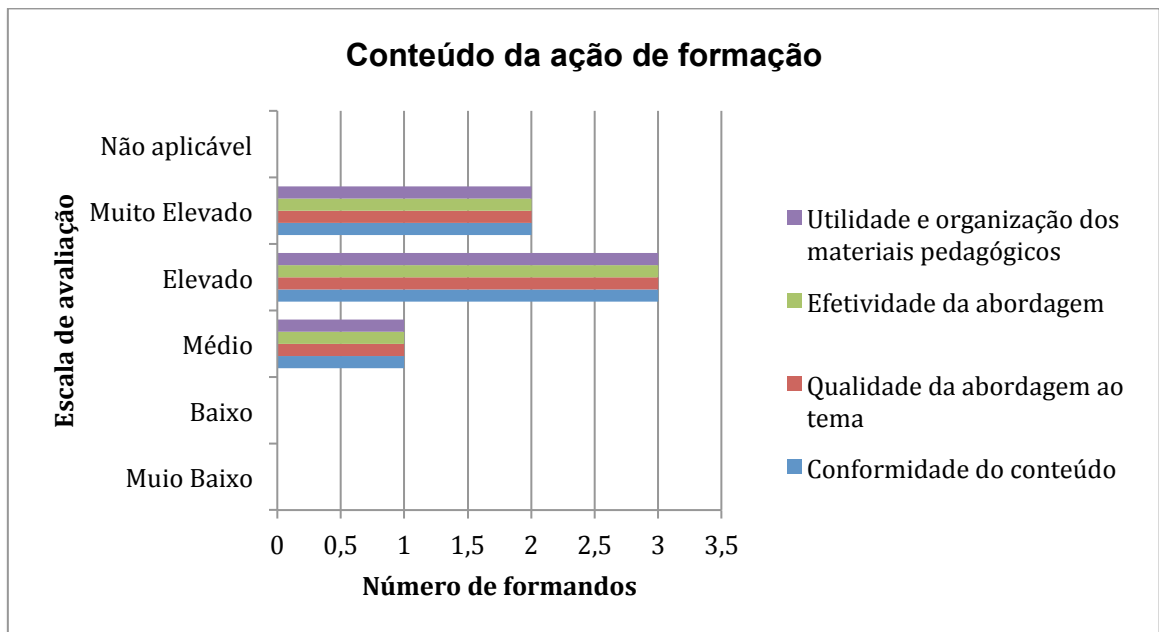
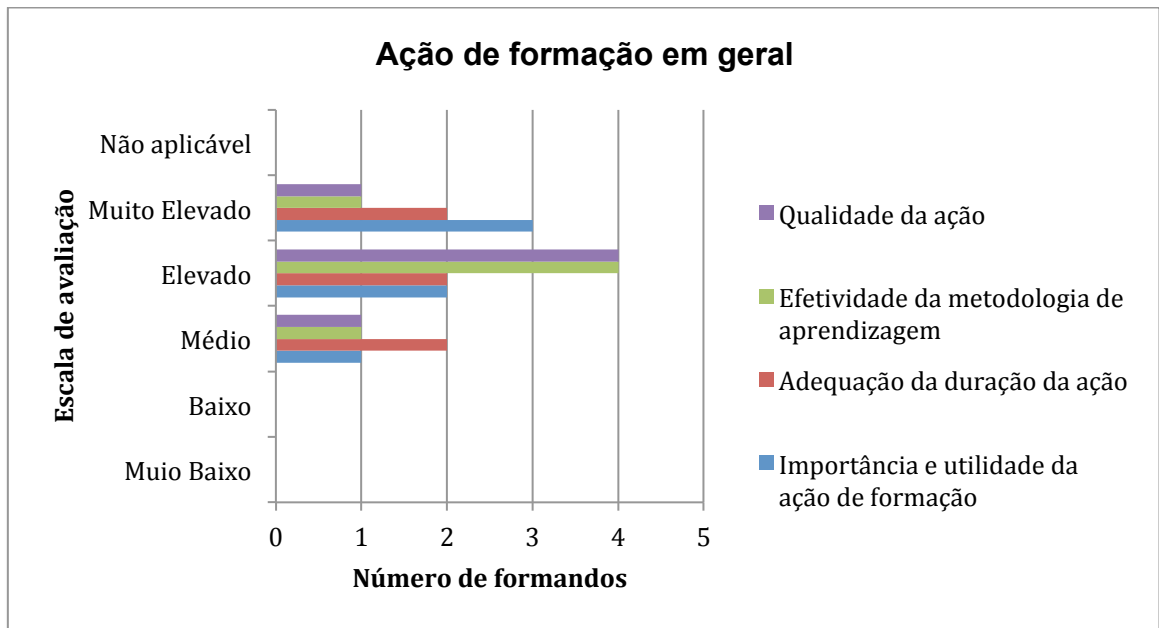
A sua intervenção incide numa ajuda emocional à criança e família através de práticas terapêuticas – importante na transformação positiva da experiência emocional do medo.

(Diogo, 2015)

Referências Bibliográficas

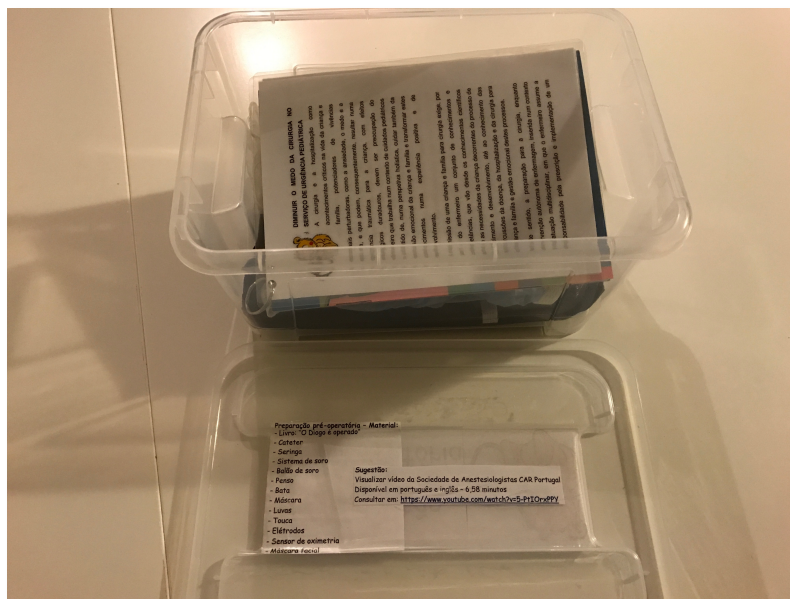
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2015 JUN). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, 43-51.

Avaliação da Sessão de Formação



Apêndice X. Kit de preparação pré-operatória

Kit de Preparação Pré-operatória



A partir dos 5 anos, a preparação para a cirurgia pode ser dirigida à criança, com a participação dos pais, em que se utiliza a metodologia do brincar como instrumento para comunicar com a criança, pois ela aprende a brincar. Ao brincar a criança conhece o mundo e vai conquistar novas experiências e conhecimentos (OE, 2010). A metodologia da brincadeira lúdica e a modelagem permitem um meio de expressão e comunicação, fornecendo à criança competências para lidar ou enfrentar uma situação desconhecida.

Tavares (2011), citando Algren (2006), refere que através do brincar, reduzindo os elementos desconhecidos, reduzimos o medo, e as crianças conseguem direcionar as suas forças para os inevitáveis elementos stressantes, intrínsecos à hospitalização/cirurgia, daí a importância da manipulação de material hospitalar em tamanho real, em que ocorre uma desmistificação desses objetos, aliada a uma adequada informação de todo o percurso peri-operatório.

Mesmo que o internamento ocorra no dia da cirurgia, e não haja preparação da criança/adolescente e família em ambulatório, o tempo que decorre até à mesma deve ser largamente aproveitado, de modo a que possam conhecer o que vai acontecer e o porquê (OE, 2011).

Diogo (2015, p.135), refere-se a esta ação como “gestão emocional de antecipação”, aspeto reforçado por Lopes (2006), que refere que existe uma relação direta entre a gestão da informação e a gestão das emoções. Esta ação constitui uma das ações mais eficazes para o enfermeiro trabalhar a gestão da emocionalidade; devem fornecer-se informações claras, uma vez que tudo o que é possível das pessoas compreenderem melhor contribui para a sua capacidade de gerir as emoções, sendo que pessoas com mais informação sentem mais controlo e ficam mais tranquilas.

A evidência científica confirma a utilidade e os benefícios da preparação para a cirurgia, quer na diminuição dos efeitos traumáticos durante a hospitalização, quer na redução das perturbações do comportamento no pós-operatório e após a alta (OE, 2011), e na diminuição da dor no período pós-operatório (Fincher, Shaw & Ramelet, 2012), e que se traduzem evidentemente em ganhos em saúde e na satisfação do cliente de cuidados.

Referências bibliográficas: Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2ªed.). Loures: Lusodidacta.; Fincher, W., Shaw, J. & Ramelet, A-S. (2012). The effectiveness of a standardized preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 946-955. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03973.x.; Hockenberry, J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed.). Loures: Lusociência.; [Lopes, M. \(2006\). A relação Enfermeiro-Doente como intervenção terapêutica. Coimbra: Formasau.](#); Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – VOLUME I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 04-12-2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratika_saudeinfantil_pediatrika_volume1.pdf; Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – VOLUME II*. Coimbra: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 04-12-2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_VollI.pdf; Tavares, P. (2011). *Acolher Brincando: A brincadeira Terapêutica no Acolhimento de Enfermagem à Criança Hospitalizada*. Loures: Lusociência.

Elaborado por: Ana Isabel Oliveira Pinto Lopes, 7º CME: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ESEL
Orientadora: Enfermeira Ânã Balça, Especialista em Saúde Infantil e Pediatria



Apêndice XI. Documento de Avaliação da aplicabilidade do Kit de preparação pré-operatória

AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE DO KIT DE PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

A cirurgia e a hospitalização como acontecimentos críticos na vida da criança e família, potenciadores de vivências emocionais perturbadoras, como a ansiedade, o medo e a angústia, e que podem, conseqüentemente, conduzir a uma experiência negativa e mesmo traumática para a criança, com efeitos psicológicos duradouros, devem ser preocupação e constituir foco de atenção do enfermeiro que trabalha num contexto de cuidados pediátricos no sentido de, numa perspectiva holística, cuidar também da dimensão emocional da criança e família e transformar estes acontecimentos numa experiência positiva e de desenvolvimento.

Neste sentido, a preparação para a cirurgia, enquanto intervenção autónoma de enfermagem, inserida num contexto de atuação multidisciplinar, em que o enfermeiro assume a responsabilidade pela prescrição e implementação de um conjunto de técnicas, proporciona a aquisição de estratégias para lidar ou enfrentar uma situação desconhecida, e constitui-se como a forma mais adequada de atenuar a emocionalidade excessiva, diminuir a ansiedade e desmistificar os medos (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O Guia Orientador de Boa Prática “Diminuir o Medo da Cirurgia”, da Ordem dos Enfermeiros, refere que mesmo que o internamento ocorra no dia da cirurgia, e não haja preparação da criança/adolescente e família em ambulatório, o tempo que decorre até à mesma deve ser largamente aproveitado, de modo a que possam conhecer o que vai acontecer e o porquê (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Assim, no âmbito do 7.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, mais propriamente no estágio realizado na Urgência Pediátrica do Hospital da Luz, foi criado um kit de preparação pré-operatória fundamentado nas funções do brincar no hospital. O kit serve o propósito de reduzir os elementos desconhecidos, reduzindo assim o medo, pelo que as crianças conseguem direcionar as suas forças para os inevitáveis elementos stressantes, intrínsecos à hospitalização/cirurgia, daí a importância da manipulação de material hospitalar em tamanho real, em que ocorre uma desmistificação desses objetos, aliada a uma adequada informação de todo o percurso peri-operatório.

Apêndice XII. Diários de Campo - Cuidar em contexto de prematuridade



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**7.º CURSO DE MESTRADO E ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Diários de Campo - Cuidar em contexto de prematuridade

Ana Isabel de Oliveira Pinto Lopes, nº 6716

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

LISBOA

Janeiro, 2017

NOTA INTRODUTÓRIA

Os presentes Diários de Campo surgem no âmbito do estágio realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos.

Um recém-nascido prematuro nasce com idade gestacional inferior a trinta e sete semanas (Hockenberry & Wilson, 2014). Face à imaturidade que apresenta em todos os sistemas necessita de ajuda especializada para manter a sua homeostasia, sendo frequente a necessidade de internamento na unidade de cuidados intensivos neonatais. Nesta unidade, os recém-nascidos permanecem até adquirirem uma estabilidade de desenvolvimento e maturação que lhes permita ser cuidado em casa pelos pais, e onde está rodeado por uma barreira complexa e impenetrável de vidro (incubadora), equipamentos especializados e cuidadores especializados, imprescindíveis para a sua sobrevivência.

Tal como a hospitalização e cirurgia de um filho são geradores de stress para os pais, também a prematuridade por si só, constitui também um fator de stress para os mesmos, uma vez que acarreta uma experiência emocionalmente intensa, e ao mesmo tempo muito exigente, onde situações como malformações congénitas, alterações do neurodesenvolvimento, debilidade dos reflexos de sucção e deglutição, instabilidade térmica, alterações respiratórias ou mesmo infeções que podem levar à morte do recém-nascido, são uma realidade (Hoffenkanp *et al.*, 2012; Shah, Clements & Poehlmann, 2011; McCormick, 2004; Leone & Tronchin, 2001 citados por Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014). Perante o contexto, é comum os pais sentirem insegurança, tristeza, incerteza e culpa por não conseguirem cuidar do seu filho hospitalizado, vendo os cuidados serem prestados por pessoas estranhas à família, podendo existir sentimentos de ciúmes, hostilidade, ressentimento, medo da doença e do desconhecido, desconhecimento de procedimentos necessários à recuperação do seu filho, aliados também a problemas financeiros, sociais e afetivos (Hoffenkanp *et al.*, 2012; Shah, Clements & Poehlmann, 2011; Araújo & Rodrigues, 2010; Leone & Tronchin, 2001 citados por Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014).

Para a recuperação e manutenção do equilíbrio dos sistemas do bebé, designadamente, o sistema respiratório, gastrointestinal, tegumentar, hematológico, renal, entre outros, são necessárias intervenções de enfermagem de grande domínio

técnico. Concomitantemente, observei uma grande preocupação por parte da equipa de enfermagem na componente relacional e emocional na interação de cuidados com o recém-nascido e família. Foi notório o envolvimento constante da família, numa lógica de parceria de cuidados, sentida em cada cuidado, procurando demonstrar as competências específicas e características do seu bebé e ensinando-os a comunicar e a interagir com ele.

A partir das observações e dos registos constantes nos Diários de Campo, elaborados durante o estágio, estabeleceu-se relações entre as concepções teóricas e a prática de enfermagem, tendo procurado identificar o cuidar de enfermagem na promoção da vinculação e parentalidade, com o objetivo de diminuir a ansiedade por parte dos pais, e potenciar o crescimento e o desenvolvimento saudável e equilibrado do recém-nascido em todas as suas dimensões, física, cognitiva, emocional, social e ambiental.

Diário de Campo I

03/01/2017

A mãe da Beatriz, prematura de 27 semanas mais 2 dias, faz pela primeira vez Canguru. Uma vez que a Beatriz já reunia critérios, a enfermeira explicou em que consistia o Método Mãe Canguru, as suas vantagens e questionou a mãe se desejava proporcionar este cuidado à sua bebé, além de que esclareceu que estaria sempre disponível para prestar todo o apoio. A mãe assentiu e iniciou-se este cuidado fundamental para promover a relação precoce, o afeto, a vinculação: colocou-se a Beatriz em contacto pele a pele no peito da mãe, em posição vertical, posicionando-a corretamente, e de modo a que a mãe conseguisse ver a sua face e assegurou-se que estavam ambas confortáveis. Colocou-se sobre a Beatriz uma flanela, proporcionado ao mesmo tempo proteção contra a perda de calor e proteção contra estímulos visuais excessivos, explicou-se à mãe o porquê e o que observar na sua filha, como o comportamento, a respiração, a coloração durante este primeiro contacto. A enfermeira tirou ainda uma fotografia com a máquina fotográfica do serviço e imprimiu para a mãe colocar no diário do bebé. Permaneceram em Canguru cerca de uma hora e meia e no final a enfermeira encorajou a mãe a expressar as suas emoções, ansiedades e dificuldades relativamente ao Método Mãe Canguru. A mãe visivelmente emocionada revelou que foi muito bom ter a sua filha pela primeira vez no colo, mas sentiu medo ao mesmo tempo, que algum tubo ou fio saísse acidentalmente ou medo de fazer algo errado.

Diário de Campo II

05/01/2017

Ainda a respeito da Beatriz, bebé referida no diário acima que teve que ser submetida a punção venosa para colocação de acesso venoso periférico e colheita de sangue no turno da manhã. Foi explicado à mãe o que se iria fazer, dando-lhe a possibilidade de ficar junto da Beatriz durante o procedimento. No que respeita ao controlo da dor e estímulos observei que a enfermeira utilizou várias estratégias, nomeadamente a proteção ocular para evitar um estímulo visual forte devido ao foco de luz necessário para o procedimento, a sucção não nutritiva através de tetina, a contenção e o tempo para recuperação entre manipulações. No final do procedimento incentivou a mãe a tocar (toque afetivo) na Beatriz, ensinando-a a

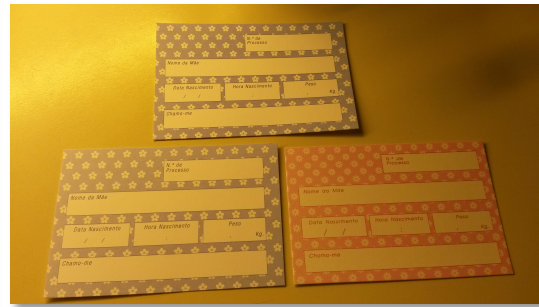
reconhecer alguns sinais de conforto e satisfação da sua filha, dizendo-lhe: “ela gosta do seu toque, a frequência cardíaca estabilizou”.

Mais tarde nesse turno, e uma vez que a mãe estava a extrair leite em casa, e trazia para o hospital, para alimentação da Beatriz por sonda orogástrica, a mãe foi incentivada a utilizar a técnica do cotonete, que consiste em embeber o cotonete em leite materno, e passar na boca da Beatriz, explicando que existem tantos estímulos negativos via oral como a presença da sonda orogástrica, aspiração de secreções, que provocam dor e desconforto, que com este estímulo do leite ela vai sentir-se mais calma, sentir “o sabor do leiteinho” da sua mãe, já que esta técnica constituirá um estímulo positivo, embora ela ainda não tenha os reflexos de sucção propriamente desenvolvidos. Ao mesmo tempo permite que a mãe sinta que está a participar de uma forma mais ativa na alimentação da sua bebé.

Diário de Campo III

06/01/2017

Os pais do António, Benedita e Vicente, trigêmeos que nasceram de trinta e duas semanas mais seis dias vieram até à unidade para estarem com os seus filhos durante a tarde. Nessa tarde realizei os diários do bebé de cada um deles. O diário do bebé tem como objetivo os pais escreverem sobre os seus bebés, sobre si próprios, exteriorizando sentimentos, preocupações, conquistas. Além disso, existe no serviço um dossier com uma série de 40 autocolantes com as mais diversas frases, como por exemplo: “Adoro fazer Canguru e estar coladinho a ti...continuamos amanhã à mesma hora?; “Hoje o meu pai mudou-me a fralda pela primeira vez e foi muito bom “; “Hoje conheci a minha avó”. Nessa tarde iniciei a construção dos seus diários, preenchendo o cartão de nascimento, tirei fotos a cada um deles, e selecionei as suas conquistas e acontecimentos presentes nas frases dos autocolantes até ali, para depois colar no diário. Ao entregar os diários aos pais e explicar o seu propósito estes agradeceram, sorriram e verbalizaram que estava muito giro e que seria muito importante na sua vida ali na unidade, situação que facilitou a construção de uma relação de confiança com os mesmos.



Este caderno conta a história do início de vida do vosso bebé... as primeiras semanas na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

É um caderno especial onde podem apontar o aumento de peso do bebé, a primeira alimentação, o primeiro banho, que características tem do pai ou da mãe...

Mas é também um local para poderem escrever os vossos pensamentos e como se sentem neste momento especial da vida do vosso bebé. Pode haver momentos difíceis, mas haverá também momentos de grande alegria!

Não se preocupem se não escreverem todos os dias, os profissionais também vão registar momentos importantes no percurso do vosso bebé.

Esperamos que este caderno seja importante e vos ajude durante a permanência na UCIN. Ele é vosso e por isso podem personalizá-lo com fotografias, desenhos e recordações.

Muitos parabéns!

O vosso bebé precisa de alguma ajuda dos profissionais nesta fase, mas **vocês são as pessoas mais importantes** na vida dele.

Aprendam a conhecer o vosso bebé e as coisas que podem fazer para o confortar...
...só o ouvir da vossa voz já é importante para ele!

Diário de Campo IV

10/01/2017 e 15/01/2017

Ainda em relação aos trigêmeos, foram privilegiados neste turno os ensinamentos sobre a amamentação, situação que estava a preocupar a mãe e a deixá-la exausta, pois em casa estava a extrair leite de duas em duas horas, inclusive no período noturno. Foram indicadas algumas estratégias, como o banho quente, a massagem, privilegiar os períodos de descanso e considerar a aplicação de ocitocina spray. Deu-se continuidade à construção dos diários do bebé, onde também os pais já estavam a participar, escrevendo sobre as suas vivências naquele dia e colocando alguns autocolantes.

No dia 15 os pais tinham assistido, durante o turno da manhã, ao primeiro banho da Benedita e do Vicente, onde a enfermeira ensinou como manipular e como fazer e

planeou com os pais que no turno da tarde seriam eles a dar o primeiro banho ao António, explicando a importância de aproveitar um período em que esteja acordado naturalmente. Correu bem, mas com muitos medos, principalmente de algumas manipulações, medo de magoar, alguma insegurança, mas sempre a ter reforço positivo por parte do esposo e por parte da equipa de enfermagem.

Diário de Campo V

19/01/2017

Testemunho da mãe do Francisco, prematuro de 31 semanas mais 4 dias: “ter um filho prematuro, é como ir numa viagem de comboio, abrirem a porta e saltar em andamento, antes de chegar ao destino final, sem saber o que vai acontecer”.

A interação entre a díade, percebida como “diálogo comportamental” tem como objetivo comunicarem e partilharem o prazer de estar juntos. É um processo ao longo do qual os pais dirigem algumas mensagens ao bebé através do toque ou da voz suave e este lhes responde com recurso aos seus próprios meios, sorrindo e vocalizando. Estes comportamentos promovem a interação da díade e tornam o bebé um parceiro interativo (Camarneiro, Alves, Ferreira & Gomes, 2009).

O nascimento prematuro é uma “transição inoportuna” de um ambiente uterino protegido para o meio exterior, onde o bebé ainda não é capaz de elaborar uma resposta interativa eficaz. A situação de prematuridade do recém-nascido implica a necessidade de cuidados especializados, indispensáveis à sua sobrevivência, que ocupam grande parte do tempo que seria dirigido à interação com os pais. Para estes, o nascimento e hospitalização do seu filho são geradores de emocionalidade intensa, na qual o bebé idealizado não corresponde ao bebé real, pelo que, pode considerar-se estes pais, também como prematuros, uma vez que se sentem perdidos e incompletos e o medo de perder o filho torna-se presente de forma bastante significativa (Camarneiro, Alves, Ferreira & Gomes, 2009). Esta separação física e emocional, pode constituir um obstáculo à vinculação, entendida como sendo um processo recíproco, e definida como “(...) comportamentos que indicam a formação de laços afetivos entre o recém-nascido e a família (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.247).

Por outro lado, os comportamentos dos bebés pré-termo são muito distintos dos de um bebé de termo, o que pode levar a interpretações erradas por parte dos

pais, como por exemplo os movimentos descoordenados, característicos destes bebês, são vistos como agitação e não como algo normal e típico da prematuridade. A estes sinais associa-se o desconhecimento dos pais perante esta realidade nova e aterradora, comprometendo o processo de parentalidade.

No **guia orientador de boa prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização**, a Ordem dos Enfermeiros (2015) relembra a adaptação à parentalidade como processo de transição do ciclo vital, com alteração das funções (de conjugal para parental), alterações dos papéis sociais e reorganização de projetos de vida, identidade e funções, pode constituir-se de um período de vulnerabilidade, resultante do desconhecimento face a nova situação. Por sua vez, a doença e hospitalização de um filho, como fatores causadores de dor e sofrimento, podem dificultar a adaptação a parentalidade, com crise de identidade do papel parental.

Conhecedor destas condicionantes, o enfermeiro desempenha uma intervenção crucial na preparação e reestruturação da dinâmica familiar, através de práticas com intencionalidade terapêutica, baseados na premissa de que os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos (Ordem dos Enfermeiros, 2015), onde a teoria do cuidar humano de Watson (2002) se revê, e na qual se entende o processo de cuidar como um processo relacional, um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos e onde se edifica o envolvimento pessoal, social, moral e espiritual dos enfermeiros.

A este propósito o Método Mãe Canguru, é um modo de assistência neonatal humanizado, que consiste no contacto pele a pele precoce, prolongado e se possível contínuo, entre mãe/pai e recém-nascido, a ser promovido em todas as etapas do internamento e após a alta (Nyqvist et al., 2010). É reconhecida a sua importância no processo de vinculação, sendo uma prática prioritária, na medida em que permite uma interação mais próxima e íntima entre os seus intervenientes, numa recíproca troca de sentimentos, calor e bem-estar. Além disso, a evidência demonstra os ganhos em saúde deste cuidado para o bebé pré-termo: maior estabilidade hemodinâmica, que se reflete numa diminuição do número de apneias, melhor termorregulação, maior ganho ponderal, maior sucesso na amamentação, e a longo termo um diminuição do período de internamento (Nyqvist et al., 2010).

Já no que concerne ao diário do bebé, a mãe de uma bebé prematura de 23 semanas deu o seu testemunho sobre a importância de um diário na sua experiência

de prematuridade e internamento da sua filha, referindo que “um jornal na unidade de cuidados intensivos neonatais pode ajudar a capacitar os pais para que eles possam cuidar melhor de si mesmos, bem como ser participantes ativos no cuidado ao bebê”, “um jornal na UCIN pode ser um lugar onde os pais documentam as suas emoções”, “(...) é uma maneira fácil de manter o controle de saúde do seu bebê, permitindo-lhe o poder de participar na tomada de decisões de cuidados de saúde mais informadas com a equipa médica do seu bebê”. Afirma também, que as pesquisas demonstram que a escrita expressiva pode ser utilizada como um agente terapêutico. Escrever sobre acontecimentos traumáticos, stressantes e estados emocionais, resulta em melhorias na saúde física e psicológica. Além disso, com o registo da evolução do seu bebê, as mães conseguem perspetivar as conquistas e a resolução das dificuldades, encarando o futuro de modo mais positivo.

De acordo com Charepe (2014), a intervenção junto de pais de crianças com doença crónica foca-se na promoção da esperança, com a valorização das competências parentais, celebração das conquistas de todas as crianças, independentemente da sua extensão, e desenvolvimento de estratégias de acordo com as características individuais. Charepe, no seu programa de intervenção em grupo de ajuda mútua, realça a importância da realização de um diário da esperança, com inclusão de fotografias, reflexões e experiências importantes para os pais.

Além da construção do diário do bebê, da estimulação do contacto precoce entre mãe/pai e bebê, através do Método Mãe Canguru, o enfermeiro procura capacitar os pais através do conhecimento, do envolvimento nos cuidados, permitindo aumentar gradualmente a sua confiança e autonomia, solicitando a participação nos cuidados através da contenção manual, enfatizando o efeito positivo deste cuidado no filho, reforço positivo, estimulação no processo de aleitamento, entre tantos outros aspetos do cuidar (Hockenberry & Wilson, 2014).

Numa vivência diária essencialmente sensorial, é importante proporcionar ao recém-nascido estímulos positivos que o ajudem a incorporar a qualidade da relação da díade, gravando na sua mente memórias positivas, uma vez que na unidade a experiência sensorial envolve muitas vezes cuidados e procedimentos que são invasivos ou dolorosos, por parte dos profissionais. A relação da díade modelada pelo uso dos sentidos deve ser promovida de acordo com as

características do bebé e ensinadas aos pais, para que conheçam o seu filho e a maneira como podem consolá-lo, estimulá-lo e transmitir o seu amor.

O tato é o primeiro sistema sensorial a desenvolver-se e representa a base para a comunicação precoce entre o bebé e os seus cuidadores, constituindo um forte meio de troca de emoções entre a díade. Através da contenção manual, limitando os movimentos extensores, manipulando o bebé com movimentos suaves, permitindo o equilíbrio entre cuidados, consegue-se a redução do stress fisiológico e comportamental (Hockenberry & Wilson, 2014).

No que respeita ao paladar, deve reduzir-se o impacto negativo das constantes agressões a nível oral, através da utilização de leite materno, proporcionando estimulação durante a alimentação por sonda.

Na audição, deve usar-se um tom de voz sereno, tranquilo, utilizando os momentos de vigília do bebé.

Por último, a visão é uma preocupação constante, na medida em que é o sentido menos maturo do RN e uma estimulação visual precoce intensa, pode afetar negativamente o sistema da visão e alterar o desenvolvimento dos outros sistemas sensoriais.

SÍNTESE FINAL

Cuidar na unidade de cuidados intensivos neonatais, reveste-se de uma grande componente técnica, no entanto a prática pauta-se não apenas pela técnica, mas notoriamente pela humanização dos cuidados, pois como refere Brazelton (1994, p.91) “(...) estamos agora em posição de nos preocuparmos com a qualidade de vida, com o clima emocional que rodeia o bebê depois de ter sido salvo (...)”.

O enfermeiro, consciente do impacto que a vinculação desempenha no desenvolvimento humano em todas as suas dimensões, encontra-se numa posição privilegiada, para, numa abordagem de cuidados centrados na família, numa atitude de valorização de sentimentos e emoções, respeitando e aceitando as diferenças individuais de cada família, favorecer a construção e intensificação do vínculo entre pais e filhos.

A essência dos cuidados na unidade de cuidados intensivos neonatais é no sentido de “minimizar” as constantes barreiras que se colocam entre os pais e o seu filho recém-nascido, numa constante procura do desenvolvimento de competências parentais, através do seu envolvimento, do ensino, do treino, e da supervisão.

A filosofia de cuidados centrados na família, assume duas vertentes distintas, por um lado pode ser considerada uma forma de promover a vinculação, e por outra, uma forma de *empowerment*, e desenvolvimento da autonomia dos pais, encarando-os como parceiros de interação, capacitando-os de conhecimentos e competências que lhes possibilitem responder às necessidades de cuidados do seu bebê durante o internamento e após a alta hospitalar. Watson reforça a relevância dos cuidados centrados na família, uma vez que, define o cuidar como um processo que objetiva o acompanhamento e restabelecimento da pessoa/família tendo em consideração as suas necessidades específicas (Diogo, 2015).

Este estágio permitiu-me desenvolver competências enquanto futura enfermeira especialista, num ambiente de cuidados muito específico e complexo, onde desenvolvi maioritariamente as unidades de competência: “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade (...)” e “promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.5), atuando de acordo com os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, nomeadamente

“o estabelecimento de uma parceria com vista ao envolvimento, participação/parcerias de cuidados, capacitação e negociação”, “a concretização de atividades que visem minimizar o impacto dos fatores stressores relacionados com a experiência da hospitalização e/ou vivências de situações de risco/doença crónica” e “a facilitação de uma comunicação expressiva de emoções” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.14).

Cuidar na unidade de cuidados intensivos é um desafio constante, onde o enfermeiro deve

compreender e valorizar a relação com os pais, utilizar o comportamento da criança como linguagem, reconhecer aquilo que se traz para a interação, estar disponível para discutir assuntos que vão para além do nosso papel tradicional, aproveitar as oportunidades para promover a mestria parental, focalizar a paixão onde a encontrarmos, valorizar a desorganização e a vulnerabilidade como oportunidades, compreender que os pais são peritos nos seus filhos. (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.21)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brazelton, T. B. (1994). *Tornar-se Família*. Lisboa: Terramar.
- Camarneiro, A., Alves, C., Ferreira, A. & Gomes, A. (2009). Interação mãe-bebé prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 40(2), 53-57. DOI: 0873-9781/09/40-2/53.
- Charepe, Z. (2014). *Promover a Esperança em pais de crianças com doença crónica – Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Degl, C. (2015). 3 Reasons a Journal Is Essential for Parents of Preemies. Acedido em: 21-01-2017 de The Might: we face disability, disease and mental illness together. Disponível em: <https://themighty.com/2015/04/journaling-as-a-tool-for-parents-of-babies-born-prematurely/>
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. (2ªed.). Loures: Lusodidacta
- Hockenberry, J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed.). Loures: Lusociência.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. (2014 2º Semestre). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. 18(2), 45-60. Acedido em: 15-01-2017. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.pdf
- Nyqvist, KH., Anderson, G., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davanzo, R. ... Wistrom, A-M. (2010). State of the Art and Recommendations. Kangaroo Mother Care: Application in a Hightech Environment. *Acta Paediatrica*, 99(6), 812-819. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2010.01794.x.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos*

Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem.
Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem.* Loures: Lusociência.

Testemunho de Cassandra Degl

3 REASONS A JOURNAL IS ESSENTIAL FOR PARENTS OF PREEMIES

I was never a writer, nor did I ever keep a journal or diary. I'm a science teacher and a mother of four beautiful children, but I discovered the feelings of freedom, power and relief that comes with writing.

I started a journal on a sheet of paper a nurse gave me the night my daughter was born. Days past before I could meet my baby. From my hospital bed with intravenous lines and bags of blood being pushed into my veins, all I could think about was the fact that my daughter might die before I ever saw her face or felt her touch. This is because my daughter was born at 23 weeks. Her name is Joy. Twelve hours past before I awoke after her delivery. Frankly, it was a miracle I woke up at all. I'd been on bed rest for seven weeks before my emergency c-section. My placenta had implanted on my scar tissue from three previous c-sections and then decided to grow through it and attach to my bladder and bowels. They all needed to be delicately separated after doctors removed my daughter from my uterus. Then they took my uterus too.

Once I woke up from surgery, I was angry that my medical team wouldn't let me meet my daughter. I was irate and required mediation to calm down. I refused to sleep until I could meet her. To shut me up, a surgical ICU nurse handed me a piece of paper and pen and told me to write. That was the best advice. I wrote on that paper (and additional papers) for the week I remained in the hospital. The second day I was allowed to drive myself to visit my daughter in the NICU, I stopped at a drug store and purchased a mini notebook, which became my constant companion, and in which I recorded everything, beginning with her 1-pound 4-ounce birth weight and her 11-inch height. Each day, for 121 days, I wrote about Joy's progress — or lack thereof — her medications, her medical procedures and her growth. I wrote about my pregnancy, my feelings and emotions. I also wrote about my three other small children at home and what we did together and how they were reacting to Joy's premature birth and time in the NICU. A month after Joy came home, I went to write in my notebook, but instead, I started reading everything I'd written over the previous four months. That's when I knew I had to tell Joy's story, and I began to put it all together into a book.

My NICU journal became my weapon against misunderstanding, as well as a tool to

help me heal. No one anticipates his or her baby being admitted to the NICU, whether it's due to premature birth or another major health issue. NICU parents are in a state of shock and don't have the clarity needed to analyze and interpret the onslaught of medical jargon presented to them, as well as the decisions they're asked to make.

From a health care perspective, a simple NICU journal can help arm and empower parents so they can better take care of themselves, as well as be an active participant in their baby's care. From a personal perspective, a NICU journal can also be a place where parents document their emotions. Any length of time with a baby in the NICU can cause parents to suffer from symptoms of post traumatic stress disorder. Research shows that expressive writing can be used as a therapeutic tool. Writing about traumatic, stressful or emotional events has been found to result in improvements in both physical and psychological health. A NICU journal can record what the medical team discusses at rounds each morning. Your baby's nurse can fill you in if you could not be there at that time. It can also include your baby's daily clinical information such as weight, length, fluid intake, medications, diagnostic tests, diaper contents, examinations, medical interventions and any change in the health care plan. An informed and organized NICU parent possesses a weapon that allows them to actively participate in the care of their baby both in the present and future. A daily NICU journal allows for this as well as relieves the pressure of memorizing medical jargon, which allows a parent to relax and enjoy their visitations. Plus, the process of writing down personal feelings each day will help with the healing process, because all NICU parents need to heal.

Take away points:

1. A NICU journal is an easy way to keep track of your baby's health, allowing you the power to participate in making more informed health care decisions with your baby's medical team.
2. Research shows that expressive writing can be used as a therapeutic. Writing about traumatic, stressful or emotional events has been found to result in improvements in both physical and psychological health.
3. Reading your NICU journal will remind you how far you and your baby have come.

Apêndice XIII. Síntese das atividades desenvolvidas na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil - Cuidados antecipatórios



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**7.º CURSO DE MESTRADO E ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Síntese das atividades desenvolvidas na
Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil -
Cuidados antecipatórios

Ana Isabel de Oliveira Pinto Lopes, nº 6716

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

LISBOA

Fevereiro, 2017

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente documento surge no âmbito do estágio realizado nos Cuidados de Saúde Primários, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

Constituíram instrumentos facilitadores o Guia Orientador de Boa Prática - Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança e o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). Este último prevê a calendarização das consultas em idades-chave, que correspondem as marcos importantes na vida da criança/jovem, em termos do seu desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a alimentação, escolaridade, o esquema vacinal, entre outros, a valorização dos cuidados antecipatórios para a promoção do desempenho da função parental e apoio à responsabilização crescente e autodeterminação em questões de saúde das crianças e jovens. O programa tem ainda, como foco de atenção, a detecção precoce e o apoio às crianças e jovens em risco ou com necessidades especiais e a prevenção das perturbações emocionais e do comportamento, tudo isto através de estruturas, programas e projetos, que colaboram para o ótimo desenvolvimento das crianças e jovens (Direção-Geral da Saúde, 2013).

As intervenções espelhadas no PNSIJ são em grande parte desenvolvidas nos Cuidados de Saúde Primários, contudo, constitui um documento orientador imprescindível no cuidar da criança/jovem e família, extensível a outros contextos.

A periodicidade das consultas de saúde infantil e juvenil encontra-se referenciada no PNSIJ:

PRIMEIRO ANO DE VIDA	1ª semana de vida
	1 mês
	2 meses
	4 meses
	6 meses
	9 meses
1 - 3 ANOS	12 meses
	15 meses
	18 meses
	2 anos
	3 anos
4 - 9 ANOS	4 anos
	5-6 anos (exame global de saúde)
	8 anos
10-18 ANOS	11-13 anos (exame global de saúde)
	15 anos
	18 anos

Na UCSP onde realizei estágio, as crianças têm a sua primeira consulta entre o 3.º e o 6.º dia de vida (realização do Rastreio de Doenças Metabólicas (RDM)) sendo acompanhadas em Consulta de Enfermagem para avaliação de peso com uma frequência semanal até 1 mês de vida. Posteriormente são acompanhadas de modo conjunto (consulta enfermeiro/médico) com uma periodicidade mensal até aos 6 meses, após este período cumprem-se as consultas nas idades chave referidas acima.

Este documento tem como objetivo espelhar as intervenções de enfermagem ao longo do estágio realizado na UCSP, enfatizando a importância dos cuidados antecipatórios em cada fase do desenvolvimento da criança/jovem.

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

Após a alta hospitalar do recém-nascido e pais, emergem uma série de dúvidas e de sentimentos que podem comprometer o desenvolvimento das capacidades inerentes ao desempenho do papel parental, em especial na puérpera, pois encontra-se num período de maior fragilidade e labilidade emocional, que pode gerar sentimentos de insegurança e ansiedade.

É neste sentido que a primeira consulta de enfermagem, que se realiza entre o 3º e 6º dia de vida do recém-nascido, tem uma importância fundamental. É neste primeiro contacto que se inicia uma relação de ajuda entre os enfermeiros e a díade.

Assim, o enfermeiro tem que estar dotado de capacidades que lhe permitem compreender e esclarecer as dúvidas dos pais. Nesta consulta realiza-se o RDM, situação em si, que muitas vezes tem inerente uma série de dúvidas por parte dos pais. Cabe ao enfermeiro estabelecer uma comunicação expressiva de emoções, instruir os pais acerca dos objectivos deste rastreio, assim como, incidir a sua intervenção acerca de comportamentos promotores de saúde, através dos cuidados antecipatórios, e numa constante valorização das suas competências parentais.

Estas consultas constituem um momento único de partilha, gratificante, em que os pais exprimem os sentimentos e emoções dos primeiros dias. A consulta semanal de enfermagem durante o primeiro mês de vida permite uma monitorização rigorosa do desenvolvimento do bebé. Nestas, avaliam-se as necessidades do recém-nascido e dos pais. É essencial mostrar aos pais as competências que o seu bebé vai adquirindo ao longo das semanas, diminuindo muitas vezes a sua ansiedade, permitindo-lhes ultrapassar alguns dos seus receios.

Brazelton (2007) refere que, entre as três e doze semanas grande parte dos bebés desenvolve um período de agitação no final do dia. É importante que o enfermeiro elucide os pais desta situação, salientando que faz parte do processo de organização do bebé, minimizando desta forma, possíveis períodos de angústia e ansiedade.

Além disto, para que os pais exerçam uma parentalidade saudável existem um conjunto de necessidades do bebé que têm que atender para um crescimento e desenvolvimento saudável, onde o enfermeiro os ensina e orienta a ultrapassar as dificuldades que possam surgir.

Alimentação

Ao longo do primeiro mês, o enfermeiro deve ensinar e instruir acerca da alimentação da mãe e do recém-nascido, reforçar cuidados com os mamilos, massagem da mama, visualizando a própria amamentação, corrigindo situações de pega incorreta, explicar a importância de esvaziar uma mama na totalidade em cada mamada devido à variabilidade do leite materno e depois disso, oferecer a outra mama se continuar com fome, explicar a importância de oferecer em primeiro lugar o leite materno e só depois o adaptado (se for o caso), progressão ponderal, manuseamento de biberões, preparação e técnica, conservação de leite materno.

Uma das grandes preocupações dos pais, prende-se com a alimentação, se está a ser adequada. Esta situação poderá ser avaliada pela monitorização do peso, cálculo do percentil, tranquilizando os pais acerca do desenvolvimento do bebé e valorizando as suas competências parentais.

A partir dos 4 meses, pode iniciar-se a diversificação alimentar, constituindo este período, mais um foco de ansiedade para os pais. O enfermeiro deve orientar os pais para que a hora da refeição seja um momento de socialização entre todos, que constitua um ambiente de prazer para a criança e pais. Ensinar os pais de como iniciar a diversificação alimentar e de como fazer - primeira papa, sopa de legumes, fruta, tranquiliza-os para o desempenho do seu papel parental nesta nova fase.

Contudo a diversificação alimentar constitui também um grande desafio para o enfermeiro, na medida em que a diversidade cultural dos clientes da UCSP e as opções alimentares de cada família são cada vez mais diversas.

A crescente população transcultural em Portugal representa um significativo desafio para os enfermeiros que prestam cuidados individualizados e holísticos à criança e família. Isso exige que o enfermeiro reconheça e valorize as diferenças culturais na área da saúde relativamente aos valores, às crenças e aos costumes.

Os enfermeiros devem adquirir os conhecimentos necessários e competências tendo em conta a cultura dos seus clientes. Cuidados de enfermagem culturalmente competentes ajudam a garantir a satisfação do cliente e, conseqüentemente, a atingir ganhos em saúde (Gustafson, 2005).

A criança é um ser no mundo que está em constante aprendizagem, e as pessoas com as quais ela se relaciona são facilitadoras do seu crescimento e desenvolvimento, assim como, na construção da sua personalidade. Não existe uma receita pronta que possamos oferecer e que se adapte a todas as crianças, porém, é

necessário conhecê-las no seu contexto cultural, social e familiar, e frente ao que vivência, estimular as suas potencialidades. O Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem deve ter conhecimento sobre os recursos apropriados na sua própria comunidade que promovam o desenvolvimento infantil saudável e ter essa informação disponível para partilhar com os pais e encaminhá-los.

À medida que a diversificação alimentar progride, o enfermeiro instrui os pais para os alimentos que podem ir introduzindo, com recurso a um folheto informativo, que complementa a informação fornecida sobre a alimentação desde o nascimento até ao primeiro ano de vida. Cerca dos 9 meses instrui-se o pais para triturarem menos os alimentos, para que o lactente sinta as diversas texturas, estimulando a mastigação.

A partir do primeiro ano de vida a integração da criança na dieta familiar deve ser incentivada, orientando os pais para uma dieta saudável, variada e equilibrada para toda a família, enfatizando a restrição de sal, açúcar e gorduras em todas as consultas.

É comum a anorexia fisiológica do segundo ano de vida, pelo que o enfermeiro deve esclarecer os pais para esta situação, no sentido de os preparar para que a encarem como um processo normal do desenvolvimento.

No decorrer do crescimento da criança, esta vai ganhando mais autonomia, pelo que o enfermeiro deve reforçar a necessidade e importância do pequeno-almoço e lanche a meio da manhã e à tarde, e continuar a desencorajar o consumo de açúcares e gorduras, privilegiando o consumo de frutas e vegetais e explicando a importância de uma alimentação saudável.

Higiene e vestuário/Higiene oral

A higiene corporal proporciona à criança uma sensação de conforto e bem-estar. Habitualmente o enfermeiro instrui os pais para que seja efetuada ao final do dia pelo seu efeito calmante e sempre por volta da mesma hora para que a criança tenha uma rotina, durante os primeiros anos de vida, contudo devem adequar às suas próprias rotinas diárias. É também um momento por excelência da relação afetiva, de brincadeira e de desenvolvimento psicomotor, incentivando os pais nesse sentido.

As roupas devem ser confortáveis e adequadas à estação, e o calçado deve ser de sola suave particularmente quando o lactente começa a ficar em pé ou a dar

os primeiros passos.

No que respeita à higiene oral, esta deve ser incentivada desde a erupção do primeiro dente, duas vezes por dia (de manhã e à noite), hábito que a criança dificilmente perderá se a este sempre esteve habituada, e que será importante numa fase de maior autonomia.

Contudo existem ainda, inúmeras situações, identificadas durante o estágio, em que a adesão a este comportamento fica aquém do recomendado, verificado não só pela observação direta da cavidade oral, mas também através das respostas das crianças e pais.

Neste sentido, o enfermeiro pode fornecer aos pais várias estratégias no sentido de facilitar/mudar comportamentos, como colocar uma música e a criança deverá lavar os dentes até esta acabar, usar uma pequena ampulheta, ou tornar também, este momento numa partilha de brincadeira entre pais e filho e explicar à criança, numa fase de desenvolvimento em que já consiga perceber que por exemplo: “durante a noite temos menos saliva e os bichinhos conseguem subir pelos dentes e estragá-los”.

Hábitos de sono/repouso

O sono é fundamental para o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional das crianças. O enfermeiro aborda o tema, nomeadamente sobre as necessidades, dificuldades e condições que favorecem.

Instrói os pais para colocar o recém-nascido em decúbito dorsal tendo em conta a prevenção de morte súbita no lactente.

Dota os pais de estratégias para adormecer o bebé, com recurso a rituais simples que não devem depender de televisão ou outros estímulos externos e adaptados a cada fase do desenvolvimento, como estratégias relaxantes como o banho ou a massagem ao final do dia, oferecer a chucha, regular a luminosidade para promover ciclos de sono-vigília, ambiente tranquilo e um horário regular promovem a autodisciplina da criança, uma caixa de música ou a voz humana a cantar associada ao toque, além de induzirem o sono, demonstram à criança que não está sozinha e que pode descansar.

Por volta dos 2 anos podem surgir os terrores noturnos, que muitas vezes ocorrem durante o sono profundo e são acompanhadas de gritos e agitação

descontrolada. A presença calma dos pais pode ser o suficiente para reverter a situação.

Eliminação

Nos primeiros meses de vida é frequente o lactente apresentar cólicas e/ou obstipação. O choro como forma de comunicação pode causar ansiedade aos pais a que se associa um sentimento de impotência perante as necessidades do seu filho.

O enfermeiro explica aos pais que com o passar dos dias vão aprender e distinguir o choro do seu bebé, experimentando todas as manobras próprias para confortá-los, tranquilizando-os. São estratégias: validar com os pais ou ensiná-los sobre massagem abdominal, ensinar a fazer estimulação com cânula de bebegel ou colocar a barriga do seu bebé junto à sua, fazendo contenção e promovendo o alívio do desconforto.

A partir dos 2 anos pode iniciar-se o treino do bacio, sem insistir, explicando aos pais que cada criança tem o seu ritmo próprio, que deve ser respeitado, e que podem incentivar a criança a dizer quando tem “xixi” e “cocó”, deixar a criança ver os que os pais fazem na casa de banho, dizer “adeus xixi”, “adeus cocó”.

Segurança

A questão da segurança pode ser entendida na suas várias vertentes, emocional, social e física.

Na sua vertente emocional, o enfermeiro promove o contacto afetivo da criança com os pais e pessoas significativas, ensinando-os a aproveitar todos os momentos para partilha de carinho e afetos.

Na vertente social, os contextos familiares e sociais onde a criança cresce influenciam o seu saudável desenvolvimento.

Já na vertente física, o ambiente em que a criança se desenvolve assume uma importância constante à medida em que esta adquire novas capacidades.

Inicialmente, e à medida que a criança se vai desenvolvendo, o enfermeiro deverá abordar com os pais: cuidados com a temperatura da água do banho e do biberão, para evitar queimaduras, evitar colocar almofadas ou peluches no berço pelo perigo de asfixia, não deixar o bebé sozinho para evitar quedas, e transportar o bebé em automóvel em cadeirinha própria; a partir do primeiro mês aconselhar os pais a passear com o bebé evitando ambientes de fumo ou mal ventilados; aos 6

meses o lactente apresenta um maior desenvolvimento das suas capacidades motoras, explorando o meio envolvente, essencialmente com a boca, logo os brinquedos não podem ser muito pequenos devido ao risco de serem engolidos ou aspirados.

À medida que a criança cresce e vai adquirindo novas capacidades também novos perigos se vão apresentando. Os pais podem observar a casa colocando o seu olhar ao nível do da criança, detetando os perigos que podem afetá-la: proteger as tomadas, lareiras, escadas, janelas e varandas; atenção aos objetos que o bebé consegue puxar, como pontas de toalhas, pegas de tacho; atenção aos produtos tóxicos e corrosivos e medicamentos evitando intoxicações.

Despertar a atenção dos pais para as condições de segurança dos parques infantis, infantário, escola, piscinas e praias.

Já na adolescência, caracterizada como sendo uma fase de grande autonomia e independência deve ter como foco prioritário a própria criança/jovem no sentido de promover a sua consciencialização para a prevenção de acidentes, explicando-lhe que se tiver cuidado pode tirar o mesmo prazer das coisas sem arriscar sofrer um acidente; explicar que pode dizer “não”, se quiserem obrigá-lo a fazer alguma coisa, seja a nível sexual, seja o nível de consumo de substâncias psicoativas.

Sintomas e sinais de alerta

No sentido de preparar os pais para possíveis problemas do seu bebé, diminuindo a sua ansiedade, o enfermeiro aborda as questões relativas aos sinais de alarme que justifiquem recorrer aos serviços de saúde e atitudes a tomar face a situações como: febre, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação e reações pós-vacinais.

Vacinação

Contribui de forma significativa para que todo o processo de desenvolvimento ocorra de forma saudável, promovendo a integridade física e psicológica da criança.

Sendo o enfermeiro o profissional de saúde diretamente responsável pela vacinação, cabe também ao mesmo informar os pais das suas vantagens, possíveis reações e de como atuar, incentivar os pais para cumprimento do Programa

Nacional de Vacinação (PNV), e agendamento das próximas vacinas em cada consulta.

Com a entrada do novo PNV o enfermeiro informa os pais das principais atualizações, nomeadamente a que mais dúvidas e questões coloca, como a vacina da BCG à nascença, que deixou de ser recomendada de forma universal, passando para uma estratégia de vacinação de grupos de risco.

A vacinação como procedimento invasivo que é, causa frequentemente medo e ansiedade na criança. Durante as consultas tive oportunidade de fornecer algumas estratégias para os pais, no sentido de preparem os seus filhos para esta experiência emocionalmente intensa:

- Explicar à criança de forma simples e clara o que vai acontecer;
- Ser honesto. À pergunta “vai doer?”, responder que algumas crianças dizem que “dói um pouco”, outras dizem “assim-assim” e outras até dizem que “não dói”;
- Evitar termos como: pica, injeção, agulha, picada de abelha. É preferível dizer-lhe que a vacina é um “remédio por debaixo da pele”;
- Dizer à criança que pode escolher entre ficar sentado ou ao colo durante a vacinação. Ter hipótese de escolha ajuda-o a controlar melhor a experiência dolorosa;
- Ler-lhe o livro: “O Diogo vai às vacinas” ou contar-lhe a história de um menino que se portou muito bem na vacinação;
- No dia da vacinação distrair a criança, conversando sobre temas não relacionados com o procedimento ou ensinar exercícios de relaxamento, como soprar bolas de sabão, soprar uma vela;
- Evitar expressões com as quais a criança se possa sentir humilhada, como por exemplo: “parece um bebé a chorar” ou “um homem não chora” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Desenvolvimento

Brincar é tão essencial para a criança, em todos os seus aspetos, físico, cognitivo, emocional e bem-estar, que é considerado atualmente, como atividade basilar do desenvolvimento infantil (Ordem dos Enfermeiros, 2010). O enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada, para ensinar aos pais, em cada fase de

desenvolvimento de como potenciá-lo. Para tal, e durante o estágio usei como referência os quadros abaixo:

Primeiro ano de vida

Competências visuais

Pendurar mobiles (0-1M)

Oferecer objetos brilhantes (2-3M)

Dar brinquedos coloridos e com tamanho adequado para a criança conseguir agarrar (4-6M)

Jogar ao “cu-cu” (6-9M)

Mostrar imagens grandes em livros e construção de torres com 2 blocos (9-12M)

Competências auditivas

Falar, cantar, tocar uma caixa de música (0-1M)

Utilização de rocas e exposição a diferentes sons do ambiente além dos comuns em casa (2-3M)

Colocar rocas na mão do lactente (4-6M)

Repetir palavras simples, bater palmas, nomear partes do corpo, pessoas e alimentos (6-9M)

Ler histórias simples e imitar sons de animais (9-12 M)

Competências táteis

Segurar, acariciar (0-1M)

Massajar e escovar o cabelo com uma escova macia (2-3 M)

Oferecer brinquedos de várias texturas, brincar com água do banho – “chapinhar” (4-6M)

Ter taças com alimentos de diferentes tamanhos e texturas (6-9M)

Deixar o lactente esmagar, misturar a comida e comê-la com as mãos (9-12M)

Competências cinéticas

Embalar o lactente (0-1M)

Exercitar o corpo, movendo as extremidades e a utilização de ginásio de berço (2-3M)

Estimular e apoiar o lactente na posição de sentado (4-6M)

Colocar os brinquedos fora do alcance e encorajar a ir buscá-las; segurar o lactente na posição vertical para que suporte o seu peso (6-9 M)

Oferecer brinquedos grandes de empurrar e puxar; Virar o lactente para diferentes posições (9-12M)

1 aos 3 anos

Competências Motoras

Motricidade Fina: Digitintas, lápis, giz, puzzles com peças grandes e simples, caixas de areia e brinquedos com água (bolas de sabão)

Motricidade Grossa: Brinquedos que se podem empurrar, bolas de diferentes tamanhos

Competências Sociais

Jogo Paralelo : As crianças acompanham as brincadeiras umas das outras e não estão simplesmente ao pé umas das outras

Os brinquedos que são pequenas réplicas da sua cultura ajudam a criança a assimilá-la

Exemplos: Jogos de tabuleiro, jogos criativos e imaginativos (blocos de vários tamanhos e feitos), bonecas, material de modelagem

Competências Linguísticas

Brinquedos musicais: bonecos e animais falantes, telefones de brincar

Programas de TV apropriados para a idade (1-2 h/dia)

Contar histórias a partir de um livro com ilustrações e imitar sons de animais

3 aos 6 anos

Competências sociais

A fantasia da criança ajuda a diferenciar o faz de conta da realidade (amigo imaginário)

Jogo associativo: são brincadeiras em grupos sem regras rígidas

Competências Motoras

Saltar, correr, descer, subir e escalar

Triciclos, camiões, trenós e caixas de areia

Nadar, patinar e esqui (desenvolvem também aprendizagem de regras de segurança)

Motricidade fina: brinquedos manipulativos, construtivos, criativos e pedagógicos (cartões com palavras ou números, instrumentos musicais, conjuntos de costura)

Competências Comunicacionais

Aprende competências básicas como identificar letras e palavras simples (jogos eletrónicos e programas de computador)

Autoexpressão como a imitação, a imaginação e a dramatização (máscaras, bonecos e fantoches)

6 aos 12 anos

Competências sociais e criativas

Jogo de equipa e desporto:

Necessidade de interação entre pares, de pertença a um grupo

Necessidade de regras e procura de conformidade

Aprende a submeter os seus objetivos pessoais ao do grupo

Aprende o conceito de interdependência e confiança

Aprende que a divisão do trabalho é uma estratégia adequada para alcançar determinado objetivo

Aprende a fazer julgamentos e a planear

Necessidade de brincadeiras exuberantes ao ar livre para libertar as tensões, frustrações e hostilidades

(Hockenberry & Wilson, 2014)

Hockenberry e Wilson (2014), referem que as crianças tiram partido da brincadeira com o cuidador. O brincar mútuo promove o desenvolvimento desde os nascimento até aos anos escolares e fornece oportunidades únicas para a aprendizagem. Através dela os pais/cuidadores podem fornecer experiências tácteis e cinestésicas, maximizar as habilidades linguísticas e verbais, elogiar e encorajar a exploração do mundo, além de estimular ainda, interações positivas entre o cuidador e a criança, fortalecendo a sua relação. Adicionalmente, Fasoli (2014), refere que a criança aprende brincando, e que o envolvimento parental maximiza o potencial da aprendizagem através do brincar.

Neste sentido deve ser explicado aos pais/pessoas significativas a importância de brincarem com os seu filhos, na medida em que enriquece a ligação e interação desta díade, transmitindo às crianças um sentimento de proteção, carinho e segurança muito importante para o seu desenvolvimento ao longo da vida (Ginsburg, 2007), tendo sempre em conta a criança e família à nossa frente e o seu contexto e recursos disponíveis.

Adicionalmente no sentido de promover estilos de vida saudáveis, deve incentivar-se os pais a aproveitarem o tempo livre com os seus filhos, fazer passeios ao ar livre, estimular a atividade física, estimular o contacto com o grupo de amigos.

Durante o estágio, tive ainda várias oportunidades para realizar avaliação do desenvolvimento psicomotor, com base na Escala de Avaliação de Desenvolvimento

de *Mary Sheridan* modificada que integra o programa informático utilizado na UCSP, aliado à valorização das observações dos pais e história clínica da criança. A presente avaliação do desenvolvimento infantil foi realizada no âmbito da consulta de vigilância a uma criança de 5 anos e tem como finalidade avaliar a existência de competências para o início da aprendizagem em contexto escolar, tendo sido efetuada à criança, com a participação da mãe.

DOMÍNIO	AValiação
Comportamento e Adaptação social	O P. L. é capaz de se vestir quando incentivado pela mãe, lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho; nomeia o nome de 2 amigos com quem brinca no infantário; compreende as regras do jogo.
Visão e Motricidade fina	Para avaliar o desenvolvimento da criança nesta dimensão, utilizou-se o seguinte material: painel de 10 cores, cubos, folha de papel e lápis. O P. L.: <ul style="list-style-type: none">- Constrói 4 degraus com 10 cubos;- Copia o quadrado e o triângulo;- Conta 5 dedos de uma mão;- Nomeia e combina 10 cores; Desenha a figura humana (cabeça com olhos, nariz e boca, o tronco, braços e pernas).
Postura e Motricidade global	Fica num pé 8 a 10 segundos com os braços cruzados; Salta alternadamente num pé.
Audição e linguagem	O P. L. sabe o nome completo, a idade, o mês em que faz anos e onde mora. Apresenta um vocabulário fluente e articula corretamente as palavras.

Sexualidade

É parte integrante da personalidade de todo o ser humano, que para o seu desenvolvimento absoluto depende da satisfação de necessidades básicas como desejo de contacto, intimidade, expressão emocional, prazer e amor, que se inicia antes do nascimento e evolui até ao final da adolescência (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

As descobertas de Freud sobre a sexualidade infantil revelam que estas evoluem de acordo com a etapa de desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2010). O enfermeiro elucida os pais para reconhecer as manifestações dessa sexualidade nos seus filhos, de modo a ser encarada como um processo normal de desenvolvimento.

Assim, nos primeiros dois anos, na denominada fase oral, a principal fonte de prazer da criança é a boca, pelo que, sente grande satisfação na amamentação (Hockenberry & Wilson, 2014).

Já na fase anal, entre os 2 – 3 anos, a criança passa a adquirir controlo de esfíncteres o que pode gerar insegurança e “rejeição” do próprio corpo (Hockenberry & Wilson, 2014).

Na fase fálica entre os 4 – 6 anos, a atenção da criança volta-se para a região genital, onde manifesta interesse em examinar e manipular o seu próprio órgão sexual e pode haver comportamentos de masturbação, que os faz sentir bem (Hockenberry & Wilson, 2014).

A fase de latência caracteriza-se por um distanciamento da sexualidade para outras atividades e por último a fase genital, que tem início com a puberdade e onde se retoma os impulsos sexuais (Hockenberry & Wilson, 2014).

A adolescência inicia-se com a puberdade, sendo um período fundamental de desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos que influenciam a saúde futura. A presença dos adolescente nos serviços de saúde constitui uma oportunidade única para potenciar a literacia em saúde, promovendo a assistência em saúde dos mesmos e da sua família.

Segundo o Guia Orientador de Boa Prática – Entrevista ao Adolescente (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.21) a entrevista constitui um momento único no contacto com o adolescente, onde

devem ser trabalhadas a motivação, espaços e posturas favoráveis à expressão dos seus valores e conhecimentos; comportamentos, dificuldades e interesses; elementos

de troca de reflexão que favoreçam o controlo da própria vida, práticas de responsabilização e de participação mais ampla nas decisões que lhe dizem respeito e sempre que possível envolver a família.

Relembro a C., uma adolescente de 13 anos e 6 meses, em que abordei esta questão da sexualidade através de algumas perguntas simples: “C., já és menstruada?”; “Sabes que se tiveres um namorado e tiveres relações sexuais já podes engravidar?”, explicando não só os riscos de uma gravidez indesejada, mas também a questão das infeções sexualmente transmissíveis; procurei também envolver os pais, neste caso a mãe que estava presente com a C. na consulta, “a mãe costuma falar destas coisas com ela?”, e procurei transmitir-lhe um reforço positivo, “deves fazê-lo ao teu ritmo, quando estiveres preparada e não porque os teus amigos já o fazem”.

Aproveitando o mote, para numa constante atitude interventiva precoce, introduzir as questões relacionadas com o consumo de substâncias psicoativas, os seus riscos e efeito potenciador de comportamentos sexuais de risco, violência e acidentes, optando por uma lógica não de educar para a proibição, mas de educar através do incentivo ao comportamento positivo, ao comportamento de mudança, educar pela diferença.

Escutar, compreender e apoiar são estratégias a utilizar de forma a ajudar o adolescente a ultrapassar esta fase o mais saudavelmente possível. A educação para a saúde deve focar-se em estratégias de autorregulação com o objetivo de capacitar os jovens para lidar com os fatores de risco, promovendo alterações de comportamentos que possam ser prejudiciais à saúde. O reforço de competências e o ensino fortalecem o sentido de responsabilidade para a tomada de decisão consciente e informada, perante os comportamentos de risco aos quais se expõem.

Relação emocional

Atualmente, sabe-se que a qualidade dos cuidados prestados às crianças desde o nascimento, é fundamental para o seu desenvolvimento em todas as suas dimensões, e inerente a esses cuidados estão os afetos. Paralelamente a isto, há cada vez mais famílias que têm pouco tempo para os seus filhos. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.92), “cuidar não é uma capacidade inata, é uma competência”, logo o enfermeiro ajuda e ensina os pais para se tornarem mais competentes no cuidar que muitas vezes apenas necessita de gestos simples como

pegar ao colo, acarinhar, massajar, de os envolver num abraço que os faça sentir proteção e segurança e ao mesmo impor limites à sua vontade, aprendizagem de regras e rotinas da vida diária.

A idade das birras e do “não” por volta dos 15 meses, é uma necessidade da criança em se afirmar, logo um aspeto normal do desenvolvimento. Nesta idade é fundamental a disciplina, que deve ser encarada como um projeto a longo prazo, impondo limites à criança, o que não implica ausência de afeto (Hockenberry & Wilson, 2014).

Ensinar aos pais os principais medos das crianças e a forma como podem ajudá-las a ultrapassá-lo, nomeadamente nas interações sociais ou quando recorrem aos cuidados de saúde é também intervenção primordial do enfermeiro.

No primeiro ano de vida o bebé fica alterado perante sensações de frio, luz forte e manipulações excessivas, e a partir dos 6 meses apresenta medo e ansiedade da separação e medo de pessoas estranhas; entre os 1 e 3 anos apresentam medo e ansiedade máximos à separação, reação a pessoas estranhas, onde é esperada mais angústia; entre os 4 e 9 anos persistem os sentimentos de culpa e entende, por exemplo os procedimentos invasivos como a vacinação, como uma punição e por último na adolescência apresentam medo da alteração da imagem corporal, de perder o controlo, rejeição, colocando mesmo em questão a necessidade dos cuidados e apresentando-se pouco comunicativo (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Neste sentido, elaborei como instrumento complementar às informações dadas durante a consulta de saúde infantil e juvenil um folheto informativo sobre os medos das crianças associadas aos cuidados de saúde, destacando algumas estratégias para os pais, enfatizando também a importância do boletim da saúde infantil e juvenil e que apresento a seguir:

Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

- Destina-se ao registo dos factos mais importantes relacionados com a saúde do seu filho e transmite a sua evolução;
- Sempre que a criança/jovem recorrer aos serviços de saúde deve ser portador deste Boletim;



- Contém informações úteis que podem auxiliar os pais a cuidar melhor da saúde dos seus filhos;
- Contém um espaço onde os pais podem escrever as suas dúvidas e preocupações.

Nunca use os procedimentos com agulha como ameaça, nem minta à criança quanto aos procedimentos dolorosos, pois desta forma a criança irá desconfiar e ficar com medo dos profissionais de saúde



Referências Bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume II*. Coimbra: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Elaborado por: Ana Lopes
Estudante do Curso de Mestrado em
Enfermagem SIP da ESEL

Sob orientação da Enfermeira Cláudia
Martins, Enfermeira Fátima Fernandes,
Enfermeira Teresa Antunes e Professora
Paula Diogo

Programa Nacional de saúde
Infantil e Juvenil

Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

Os pais são nossos parceiros
e ajudam-nos a cuidar
melhor da criança

Ajude o seu filho a lidar com
o medo associado aos
cuidados de saúde



Nas consultas de saúde infantil é natural que as crianças sintam medo. Ele faz parte do processo de crescimento e de desenvolvimento. De modo individual cada criança é capaz de, a seu tempo ultrapassá-lo, onde a ajuda dos pais/cuidadores é fundamental.

Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

A consulta com os enfermeiros serve para:

- Avaliar o crescimento e desenvolvimento do seu filho;
- Facultar aos pais/cuidadores, em cada fase do desenvolvimento da criança/jovem, os conhecimentos necessários no que respeita à: alimentação, higiene, sono, saúde oral, prevenção de acidentes, brincar, atividade física, puberdade, sexualidade, vacinação, entre outros.



Promoção da saúde e prevenção da doença

Características da criança/ Estratégias para os pais:

No primeiro ano de vida: o bebé chora e movimenta os braços e pernas ao mesmo tempo e fica irritado pois não gosta das sensações de frio e movimentos bruscos. A partir dos 6 meses apresenta medo e ansiedade da separação e medo de pessoas estranhas.

Os pais podem dar afeto, dar colo, utilizar objetos que tranquilizem a criança como a chucha, fraldinha de pano, cantar e embalar.

1 - 3 anos: medo e ansiedade máximos à separação, reação a pessoas estranhas onde é esperada mais angústia. Não têm uma correta noção do tempo e entendem mais do que são capazes de dizer.

Converse com a criança na véspera e explique de forma simples que no dia seguinte, depois de acordar vão ao Centro de Saúde. Traga o seu brinquedo preferido.

4 - 9 anos: apresenta sentimentos de culpa e entende os procedimentos invasivos (vacinação), como uma punição, tem medo do dano corporal.

Evite palavras como: pica, injeção, picada de abelha, agulha. Pode por exemplo dizer-lhe: “vão colocar-te um remédio por debaixo da pele”. Explique o que vai acontecer de forma clara e simples. Pode ler-lhe o livro: “O Diogo vai às vacinas” ou contar uma história de um menino que se portou muito bem na vacinação. Distraia o seu filho e encoraje-o a respirar fundo e a contar até 10, até o procedimento estar acabado.



Adolescência: medo da alteração da imagem corporal, de perder o controlo, rejeição, coloca em questão a necessidade dos cuidados, pode apresentar-se pouco comunicativo.

Fale com o seu filho sobre o que vai acontecer, incentive-o a participar na tomada de decisões e a esclarecer dúvidas e preocupações com os enfermeiros sobre esta fase da sua vida.

O estágio realizado na UCSP foi uma mais-valia, permitindo aprofundar conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, reforçando a necessidade fundamental que enfermeiro especialista tem de ter sobre o mesmo, de modo a maximizar o potencial de desenvolvimento da criança e jovem.

Além da experiência das enfermeiras neste contexto, o PNSIJ constituiu um guia de suporte, com as principais linhas orientadoras de avaliação, monitorização e intervenção. Investir na saúde infantil com recurso a este instrumento, é promover ganhos em saúde, melhorar constantemente a qualidade das intervenções, aumentar o nível de literacia em saúde e a segurança das famílias, cabendo ao enfermeiro especialista a importante função de dinamizar o desenvolvimento e suporte de iniciativas e estratégias institucionais para melhoria da qualidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brazelton, T. B. (2007). *O grande livro da criança: O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. (10ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Fasoli, A. D. (2014). To play or not to play: diverse motives for Latino and Euro-american parent-child play in a childrens museum. *Infant and Child Development*. 23, 605-621. **DOI:** 10.1002/icd.1867.
- Ginsburg, K. (2007). The Importance of Play in Promoting Healthy Child Development and Maintaining Strong Parent-Child Bonds. *American Academy of Pediatrics*, 119(1), 182-191. **DOI:** 10.1542/peds.2006-2697.
- Gustafson, D. L. (2005) Transcultural Nursing Theory From a Critical Cultural Perspective. *Advances in Nursing Science*. 28(1), 2-16. Acedido em : 11-02-2017. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=0b45e777-37f8-4a24-b0b8-b40deb050366%40sessionmgr4002&hid=4112>.
- Hockenberry, J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ªed.). Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume II*. Coimbra: Ordem dos Enfermeiros.

ANEXOS

Anexo I. Certificado de presença no 1.º Workshop Emoções em Saúde - “O medo das Crianças em Contexto de Urgência Hospitalar”

1º WORKSHOP

Linha de investigação "Emoções em Saúde"



Certifica-se que

----- Ana Isabel Lopes -----

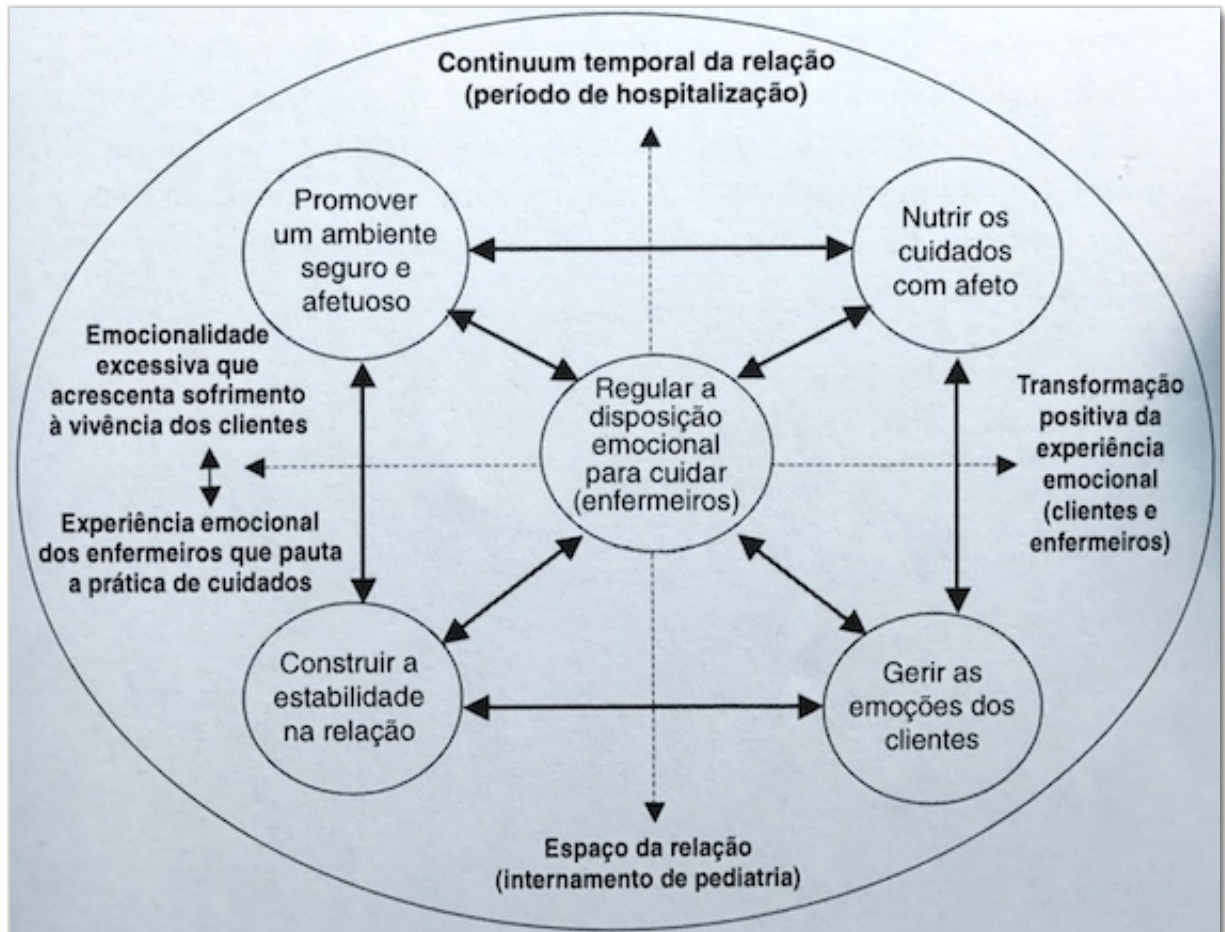
Participou no **1º Workshop da Linha de Investigação "Emoções em Saúde"**, subordinado ao tema "*O Medo das Crianças em Contexto de Urgência Hospitalar*", que teve lugar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Polo Artur Ravara, nos dias 25 e 26 de Janeiro de 2017, com duração de 8h.

Professora Doutora Paula Diogo

Coordenadora da Linha de Investigação "Emoções em Saúde"

Anexo II. Processo de uso terapêutico das emoções na prática dos enfermeiros em
contexto pediátrico

Processo de uso terapêutico das emoções na prática dos enfermeiros em contexto pediátrico



Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. (2ªed.). Loures: Lusodidacta