ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Angústia espiritual dos pais de crianças com condição de saúde grave

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica

Autor
Cristina Dara dos Santos Rocha

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)
Luisa Maria da Costa Andrade
Professor Adjunto, Doutor

Henriqueta Ilda Verganista Martins Fernandes
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Autor
Cristina Dara dos Santos Rocha

Porto, 2024

RESUMO

O relatório apresentado é parte integrante da unidade curricular "Estágio de natureza profissional – módulo II", incluída no Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, inserido na política de formação pós-graduada da Escola Superior de Enfermagem do Porto, do ano letivo 2023/2024. O relatório tem como objetivo a apresentação do processo de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, e particularmente de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com fim à obtenção do grau de mestre e do título de Enfermeira Especialista. Neste processo recorreu-se à plataforma e4nursing, que tem por base a ontologia de enfermagem, para a elaboração de conceções de cuidados que explanam o processo de pensamento e de desenvolvimento de competências clínicas durante os estágios. As atividades realizadas ao longo do estágio nos diferentes contextos: cuidados intensivos de neonatologia, cuidados na comunidade, urgência de pediatria e internamento de oncologia pediátrica foram analisadas de um ponto de vista crítico reflexivo. Realizaram-se múltiplas atividades no âmbito dos diferentes contextos e, sempre que possível e aplicável, no âmbito da temática em estudo neste relatório: a angústia espiritual dos pais face a alterações na condição de saúde dos filhos, que são situações causadoras de stresse e crise, e também o cuidado de enfermagem implementado através de intervenções que menorizem ou resolvam este problema. Neste trabalho, angústia espiritual é considerada a rotura com o que a pessoa acredita acerca da vida, e pode, ou não, estar relacionada com a Divindade. Neste sentido, realizaram-se reuniões reflexivas com as equipas de enfermagem, onde se abordaram os mais frequentes sinais de angústia espiritual dos pais, as intervenções de cuidado espiritual implementadas pelas equipas, e os entraves ao cuidado espiritual nos diferentes contextos. Conclui-se que a realização do estágio e deste relatório foram essenciais para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, fundamentais à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Da mesma forma, o estudo da angústia espiritual e do cuidado espiritual permitiram a melhoria do desempenho profissional nos cuidados à pessoa enquanto ser holístico.

Palavras-Chave: Angústia; Espiritualidade; Perfil de Competências de Enfermeiros; Enfermagem Pediátrica

ABSTRACT

The presented report is an integral part of the curricular unit "Professional Nature Internship - Module II", included in the Master's Degree in Child and Pediatric Nursing, inserted in the postgraduate certificate of the Oporto Nursing School, for the academic year 2023/2024. This report aims to present the process of developing skills for Specialized Nurses, particularly in Child and Pediatric Nursing with the intent of obtaining the master's degree and the title of Specialized Nurse. This method relied on the e4nursing platform, which is based on nursing ontology, for the development of care concepts that explain the thought process and the clinical skills acquisition throughout the placements. The activities carried out during the internship in different contexts: neonatal intensive care, community care, pediatric emergency, and pediatric oncology ward, were analyzed from a critical-reflective perspective. Multiple activities were conducted within different circumstances, focusing on the subject studied in this report: parental spiritual distress caused by changes in their children's health condition, which are stress-inducing situations, and the implementation of nursing care through interventions that focuses on the mitigation or resolution of this issue. In this assignment , spiritual distress is considered a rupture with what the person believes about life and may or may not be related to Divinity. Reflective meetings were held with nursing teams to address the most frequent signs of parental spiritual distress, spiritual care interventions implemented by them, and barriers to spiritual care in different contexts. It is concluded that the completion of this placement and this report were essential for the development of specialized nursing skills, which are fundamental for improving the quality of care provided. Similarly, the study of spiritual distress and spiritual care allowed the improvement of professional performance in caring for the person as a holistic being.

Keywords: Anxiety; Spirituality; Nurse's Role; Pediatric Nursing

ABREVIATURAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ASSET (model) – Modelo de educação e treino para atuar na espiritualidade e cuidado espiritual

CDC – Centros de Controle e Prevenção de Doenças

CPP – Cuidados Paliativos Pediátricos

CVC – Cateter Venoso Central

CVP – Cateter Venoso Periférico

DGS – Direção-Geral da Saúde

EACH - Associação Europeia para Crianças Hospitalizadas

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ICN - Conselho Internacional dos Enfermeiros

MESIP- Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NSE – Necessidades de Saúde Especiais

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PSI – Plano de Saúde Individual

RN – Recém-Nascido

SSB – Síndrome de Shaken Baby

SNG – Sonda Nasogástrica

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO 11
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) 25
3. CASO CLÍNICO 1 - CONTEXTO DO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA 35
3.1. Enquadramento teórico 35
3.2. Clientes 37
3.3. Medicação 38
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita 38
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica 38
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. 40
3.5. Domínios 43
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico 43
3.6. Conceção de Cuidados 48
3.7. Especificação das intervenções 53
3.8. Síntese relativa ao caso 56
4. CASO CLÍNICO 2 - CONTEXTO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA 61
4.1. Enquadramento teórico 61
4.2. Clientes 64
4.3. Medicação 64
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita 65
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica 66
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. 67
4.5. Domínios 68
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico 69
4.6. Conceção de Cuidados 71
4.7. Especificação das intervenções 74
4.8. Síntese relativa ao caso 75
5. CASO CLÍNICO 3 - CONTEXTO DO SERVIÇO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS 79
5.1. Enquadramento teórico 79
5.2. Clientes 83
5.3. Domínios 84
5.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico 84
5.4. Conceção de Cuidados 85
5.5. Especificação das intervenções 90
5.6. Síntese relativa ao caso 94
6. CASO CLÍNICO 4 - CONTEXTO DO SERVIÇO DE INTERNAMENTO EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA 97

6.1. Enquadramento teórico 97
6.2. Clientes 100
6.3. Medicação 101
6.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita 101
6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica 103
6.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. 104
6.5. Domínios 106
6.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico 106
6.6. Conceção de Cuidados 110
6.7. Especificação das intervenções 115
6.8. Síntese relativa ao caso 118
7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS 121
8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO 141
9. BIBLIOGRAFIA 145
ANEXOS 171

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Os cuidados de enfermagem assumem uma exigência técnica e científica que fundamentam a necessidade da diferenciação e especialização (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Este relatório de estágio surge na conclusão do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP), inserido na política de formação pós-graduada da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), que decorreu entre setembro de 2022 e abril de 2024. O programa formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), tem como objetivo promover o desenvolvimento de competências específicas e possui uma componente teórica e uma componente clínica, que prevê a realização de estágio de natureza profissional com elaboração e discussão pública do relatório de estágio (Aviso n.º 3918/2021, 2021).

Enquanto enfermeira de cuidados gerais a exercer funções num serviço de pediatria, foram múltiplas as vezes em que surgiram dificuldades e a necessidade de aprimoramento de conhecimentos para fundamentar a prática. O propósito da realização do MESIP, para a obtenção do título de EEESIP, emerge da consciencialização do potencial para melhorar conhecimentos, habilidades e atitudes para a prestação de cuidados à criança e família. Assim, o relatório apresentado tem como finalidade demonstrar o percurso formativo para a aquisição das competências comuns e específicas de EEESIP.

É expectável que um EEESIP preste cuidados de nível avançado, privilegiando a segurança e a competência e que alcance a satisfação das crianças e suas famílias (Kelly et al., 2007, como citado em Regulamento n.º 422/2018, 2018). A enfermagem de saúde infantil e pediátrica baseia-se numa filosofia de cuidados centrados no binómio criança/adolescente-família e atua num espaço temporal que vai do nascimento até aos 18 anos. Em casos especiais, de doença crónica e de incapacidade ou deficiência, a atuação do EEESIP pode prolongar-se até aos 21 ou 25 anos, aquando da concretização da transição para a vida adulta (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Considerando esta definição e por uma questão de uniformização da linguagem, durante o relatório, é utilizado o termo criança/adolescente para fazer referência a estes clientes.

O programa curricular do MESIP, em curso na ESEP, prevê a realização dos estágios de natureza profissional (ENP), em cuidados diferenciados e cuidados na comunidade, em dois momentos: o primeiro momento, objetivou o reconhecimento do serviço e a seleção de uma temática de interesse pessoal que se enquadrasse nas dinâmicas dos serviços. Neste sentido, aprofundaram-se conhecimentos e planearam-se intervenções e atividades, na área temática: "Angústia espiritual dos pais de crianças com condição de saúde grave". Decorrente do olhar crítico-reflexivo de um futuro EEESIP, elaborou-se o projeto de desenvolvimento de

competências na área de enfermagem que foi proposto e aprovado pelo Conselho Técnico-Científico da ESEP. No segundo momento, o estágio realizou-se nos mesmos contextos, especificamente: cuidados intensivos de neonatologia, cuidados na comunidade, urgência pediátrica e internamento em oncologia pediátrica, com maior carga horária, e implementaram-se, sempre que possível e adequado, as atividades planeadas.

O interesse pela temática surgiu, inicialmente, como forma de preencher uma lacuna no conhecimento e capacidade de intervenção. Após reflexão, foi possível concluir que a espiritualidade era uma vertente dos cuidados evitada, pela falta de à-vontade em abordá-la e por se priorizarem outros cuidados, dado o tempo disponível. Apesar do tempo ser uma condicionante, a verdade é que mesmo quando existia, o cuidado espiritual continuava a não fazer parte da conceção de cuidados.

Trabalhar numa unidade de cuidados intensivos pediátricos faz com que se assista, muitas vezes, ao desespero dos pais, que se encontram perturbados, chorosos e de olhar vago. Também, é frequente questionarem o porquê de a situação lhes estar a acontecer ou qual o motivo para as situações de doença acontecerem às crianças/adolescentes. Contudo, são frequentes as situações de pais que se mantêm aparentemente tranquilos face a eventos de prognóstico reservado, e que referem, reiteradamente, a manutenção da fé e das suas crenças, acreditando que a situação vai correr pelo melhor.

Aliando os factos acima descritos aos contextos de ENP e às competências do EEESIP, a temática mostrou-se pertinente e uma mais-valia para a prática profissional. A importância da espiritualidade reflete-se no regulamento de competências do enfermeiro especialista, do qual se salienta: o dever de promover a proteção dos direitos humanos, assegurando o respeito pelas crenças espirituais e práticas especificas de cada individuo e grupo; e também, por um ambiente cultural e espiritual gerador de confiança e proteção, demonstrando sensibilidade e respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais individuais (Regulamento n.º 140/2019, 2019). O mesmo se encontra espelhado no regulamento de competências do EEESIP, como domínio de atenção dos cuidados à criança/adolescente e sua família (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Realizou-se uma primeira pesquisa bibliográfica em bases de dados e consultando literatura cinzenta (legislação nacional, teses de mestrado e livros), de forma livre, com o objetivo de enquadrar o tema, considerando as palavras-chave: "*spiritual distress*", "*spiritual care*", "*spiritual suffering*", "*spiritual care interventions*", "*spirituality*" e "*spiritual needs*" e emergiu o conceito de espiritualidade *versus* religiosidade com múltiplos e diversificados olhares, que a seguir se sintetiza.

A espiritualidade é uma dimensão do ser humano enquanto ser holístico, e é difícil de definir pela falta de consensos, e por ser subjetiva, dinâmica e dependente da experiência vivida por cada um (Abdoljabbari et al., 2018; Ellis & Narayanasamy, 2009). Deste modo, apresenta-se a perspetiva de Chochinov (2006), que considera que a espiritualidade diverge da religiosidade e

é uma procura de significado para a vida, e a de Narayanasamy (1999) que se refere à espiritualidade como uma dimensão presente em todo o ser humano, que se manifesta através da relação que a pessoa tem com a divindade/entidade/realidade que considere superior, que lhe permite alcançar a sensação de paz interior, fé, esperança, confiança e atribuí um significado à sua existência. E ainda se torna mais evidente em situações de stresse emocional, como doença ou morte, assumindo destaque no cuidado integral, pelo que Puchalski et al. (2014) considera:

> "um aspeto dinâmico e intrínseco à humanidade, através da qual as pessoas procuram significado, propósito e transcendência supremos, e vivenciam o relacionamento consigo próprio, com a família e com os outros, com a comunidade e com a sociedade, com a natureza e com o que lhe é significativo ou sagrado. A espiritualidade expressa-se através das crenças, valores, tradições e práticas" (Puchalski et al., 2014, p.646).

Os conceitos de espiritualidade e religiosidade sobrepõem-se em alguns aspetos e, por isso, são frequentemente utilizados como sinónimos, embora sejam distintos. A religiosidade diz respeito ao grau de envolvimento com a ideologia de uma religião, enquanto a espiritualidade é um conceito mais amplo, que envolve crenças mais profundas (Muller et al., 2001), pode incluir crenças religiosas, mas também, a procura pelo sentido da vida e de propósito para a existência (Kolodiy & Pontífice, 2019); envolve a conexão com os outros e com a natureza e inclui valores pessoais como a justiça e o amor (Muller et al., 2001). De outro modo, a espiritualidade pode estar presente mesmo na pessoa sem identificação religiosa.

Reduzir a espiritualidade à religiosidade pode fazer com que os profissionais de saúde atribuam esta área de cuidados aos líderes religiosos (Caldeira et al., 2011). É importante que os enfermeiros sejam capazes de distinguir alguns conceitos, para que essas dimensões sejam alvo dos cuidados: "crença" define-se como as opiniões, convicções e a fé; "crença religiosa" como as convicções que norteiam as ações, por base na opinião religiosa e na fé e "crença espiritual" como a convicção para realizar ou não ações, tendo em conta os princípios de vida que integram a transcendem a natureza biológica e psicossocial (*International Council of Nurses* [ICN], 2019).

De facto, a espiritualidade e a saúde, sempre estiveram interligadas e, ainda hoje, se influenciam mutuamente (Mueller et al., 2001; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). O cuidado à pessoa, enquanto ser holístico, interliga as dimensões física, psicológica, social e espiritual (Kolodiy & Pontífice, 2019), revelando-se, esta última, como uma necessidade do ser humano e, consequentemente, objeto dos cuidados de enfermagem (Caldeira et al., 2011; Chan, 2009). Está comprovada a interinfluência entre essas dimensões, pelo que a saúde espiritual pode surgir como um fator que interfira com a condição física, inclusive nos processos de recuperação da saúde (Mueller et al., 2001; Nemati et al., 2017). A espiritualidade pode ser um fator facilitador do processo de transição (Martins & Caldeira, 2021), proporcionando à pessoa doente

e à sua família, o desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes, a atribuição de significado às situações negativas (Abdoljabbari et al., 2018; Koenig, 2012; Ministério da Saúde, 2004) e gerando sentimentos de esperança e reconforto em situações de doença e stresse (Kolodiy & Pontífice, 2019; Petersen, 2019; Sheikhzakaryaee et al., 2018).

Por um lado, Koenig (2012) enuncia uma série de motivos pelos quais é importante incluir o cuidado espiritual nos planos de cuidados de enfermagem: muitos clientes têm necessidades espirituais relacionadas com a situação de doença; a espiritualidade influência na saúde física e mental, na capacidade de lidar com a situação de crise e na procura por cuidados de saúde e as crenças dos profissionais podem influenciar nos cuidados de saúde prestados. Por outro lado, Giske & Cone (2015) descrevem benefícios do cuidado espiritual para o enfermeiro que o pratica, que ao conseguir atender às necessidades espirituais do cliente, se sente mais realizado profissionalmente, por se tornar significativo para o seu cliente.

Para praticar o cuidado espiritual é fundamental o reconhecimento do seu significado e importância para o cliente e família e ter em consideração questões relacionadas com a esperança, a fé, os sentimentos de culpa e o perdão, que devem ser consideradas numa perspetiva pessoal e com o direito à privacidade, ao sigilo e ao respeito, por parte da equipa de saúde (Giske & Cone, 2015).

Devido à relação de proximidade enfermeiro/família, estes são os mais aptos para realizar a avaliação de necessidades espirituais dos clientes (Beheshtipour et al., 2016), que nem sempre são abordadas diretamente, por muitas vezes serem consideradas tabu, o que impossibilita ao enfermeiro a obtenção de dados que lhe permitam refletir com a pessoa sobre essas necessidades, planear e implementar intervenções e avaliar os resultados (Caldeira et al., 2011; Ellis & Narayanasamy, 2009). A avaliação inicial da espiritualidade, das crenças e das necessidades espirituais, implica uma abordagem respeitosa e sem causar desconforto ao cliente. Esta pode ser considerada a primeira intervenção de cuidado espiritual e o fator facilitador do desenvolvimento dessa vertente nos cuidados, pela demonstração de disponibilidade para ouvir e falar sobre (Kolodiy & Pontífice, 2019; Mueller et al., 2001).

Na literatura científica, a vertente espiritual dos cuidados de enfermagem, tem suscitado muito interesse, contudo, continua a ser frequentemente desconsiderada na conceção de cuidados (Ellis & Narayanasamy, 2009), facto que se pode justificar pela subjetividade da dimensão espiritual que, como tal, é dependente da interpretação e experiência de cada um, o que dificulta aos enfermeiros a compreensão e identificação dessas necessidades (Caldeira et al., 2011; McSherry, 2006). Outros obstáculos ao cuidado espiritual incluem: ser uma área pouco explorada nos currículos académicos de enfermagem, fazendo com que os enfermeiros tenham a perceção de que não possuem competências para cuidar desta dimensão da pessoa; os baixos rácios de enfermeiros (Chan, 2009; Nascimento et al., 2016) e a falta de tempo, uma vez que em grande parte do tempo, os enfermeiros estão centrados na preparação da terapêutica

medicamentosa e no preenchimento de documentação (Caldeira et al., 2011; Chan, 2009; Ellis & Narayanasamy, 2009); e, ainda, a evolução tecnológica, que aumenta o tempo dedicado aos dispositivos, máquinas e monitores comparativamente relativamente ao tempo destinado ao cliente (Ministério da Saúde, 2004).

Esta dimensão também depende da perceção de cada enfermeiro sobre a importância da espiritualidade na prática de cuidados (Caldeira et al., 2011; Chan, 2009) e do nível de conforto que o próprio tem na sua abordagem (Giske & Cone, 2015). Esta falta de à-vontade pode estar relacionada com o facto deste tema não ser considerado científico ou por ser considerado sinónimo de religiosidade (Simão et al., 2015). Neste sentido, vários autores referem que o reconhecimento e a consciencialização do enfermeiro sobre a sua espiritualidade e as suas crenças, são fundamentais para que consiga prestar cuidados de qualidade relacionados com a dimensão espiritual (Caldeira et al., 2011; Ellis & Narayanasamy, 2009; van Leeuwen & Cusveller, 2004).

Quando ocorre uma mudança no estado de saúde, a criança/adolescente e a família vivem um evento de crise, que envolve stresse, medo e angústia geradora da necessidade de reconforto, muitas vezes alcançado através do cuidado espiritual (Kolodiy & Pontífice, 2019). Estes eventos colocam a espiritualidade da pessoa à prova, que para além da situação de doença, vive uma situação de crise espiritual (Ministério da Saúde, 2004). É fundamental que o profissional de saúde, nesses processos de transição, considere a espiritualidade como um domínio de atenção, pela maior probabilidade de a pessoa apresentar necessidades espirituais, de forma a identificar o problema e intervir com o objetivo de resolver ou melhorar a situação (Kolodiy & Pontífice, 2019).

Após esta aproximação à temática, definiu-se como área mais especifica a angústia espiritual, e pela associação da aquisição de competências ao conhecimento científico foi realizada uma pesquisa bibliográfica orientada por alguns dos princípios da revisão integrativa (Souza et al., 2010), para obter evidência científica, mais recente e considerando as seguintes etapas:

(1) Formulação da questão de partida orientada pela JBI (Peters et al., 2015), utilizando o acrônimo População (Pais) Conceito (Angústia espiritual) e Contexto (Doença grave), tendo dado origem à seguinte questão: "Qual a influência da espiritualidade em pais de crianças em condição de saúde grave?";

(2) Definição dos critérios de inclusão: idioma inglês, publicados em revistas académicas nos últimos dez anos, a partir de 2013 e exclusão aquando da não correspondência aos objetivos e à população ou quando não disponível o artigo na íntegra;

(3) Extração de informação no agregador de conteúdos *EBSCO Host Web* e na base de dados referenciais *Scopus:* realizou-se pesquisa com a frase boleana *"((("Spirituality") AND (Anxiety)) AND ("Parents" OR "Mother" OR "Father" OR "Parent") AND ("Child OR Adolescent*

OR Youth OR Children OR Teenagers"))". Obtiveram-se 58 artigos, após a leitura dos títulos e resumos e eliminação de artigos duplicados, restaram 17 elegíveis para efetuar uma análise detalhada em que foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão: eliminaram-se os que não aprofundavam a temática, não correspondiam à população alvo ou aos contextos em estudo. Para a leitura integral foram selecionados 14 artigos.

(4) Análise dos artigos: considerou-se a construção da base para a extração dos dados, no programa Microsoft Word, considerando a identificação do conceito de angústia espiritual, das caraterísticas definidoras; do padrão de manifestação e dos critérios para a intervenção de enfermagem na angústia espiritual.

(5) Apresentação e discussão dos resultados, que a seguir se apresenta um resumo.

Após esta pesquisa foi possível concluir que nos últimos dez anos a pesquisa sobre esta temática tem incidido sobretudo na espiritualidade enquanto estratégia de *coping*, em pais com filhos doentes (Chivukula et al., 2018; Gallagher et al., 2014; Karaca & Sener, 2019; McGrady et al., 2021; Shahdadi & Mahmoudirad, 2022; Taib et al., 2021) e também, no efeito do cuidado espiritual, em resposta às necessidades espirituais, na redução de sinais de stresse e angústia (Borjalilu et al., 2016; Büssing et al., 2018; Dehkhoda et al., 2013; Naimi et al., 2021; Nikseresht et al., 2016). As famílias estudadas são, sobretudo, famílias de crianças com cancro (Borjalilu et al., 2016; Chivukula et al., 2018; Dehkhoda et al., 2013; McGrady et al., 2021; Nikseresht et al., 2016) e de crianças internadas em cuidados intensivos – neonatais ou pediátricos (Brelsford & Doheny, 2016; Büssing et al., 2018; Madrigal et al., 2016; Naimi et al., 2021), sendo que os restantes analisam famílias de crianças que apresentam perturbações cognitivas ou de desenvolvimento.

Dos artigos estudados, cinco foram elaborados no Irão (Borjalilu et al., 2016; Dehkhoda et al., 2013; Naimi et al., 2021; Nikseresht et al., 2016; Shahdadi & Mahmoudirad, 2022) e três nos Estados Unidos da América (Brelsford & Doheny, 2016; Madrigal et al., 2016; McGrady et al., 2021), sendo que os restantes se distribuem pela Europa, Ásia e América do Norte.

Apesar de nenhum dos estudos se centrar no cuidado espiritual de enfermagem, cinco fazem referência à importância das equipas de enfermagem na avaliação das necessidades espirituais e no suporte às famílias. Naimi et al. (2019) e Nikseresht et al. (2016) sugerem, ainda, que as intervenções de cuidado espiritual sejam realizadas por enfermeiros, por serem a equipa de saúde que estabelece relações terapêuticas mais próximas, seguras e de confiança com os clientes e família.

Quanto ao diagnóstico de enfermagem de angústia espiritual, surge na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, sob a definição de "Angústia: rotura com o que a pessoa acredita acerca da vida, questões acerca do sentido da vida, associada ao questionar do sofrimento, separação dos laços religiosos ou culturais, mudança nos sistemas de crenças e

valores, sentimentos de intenso sofrimento e zanga contra a divindade" (ICN, 2019) e no manual de diagnósticos da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I), o diagnóstico surge pela primeira vez em 1978, sob a denominação de "Sofrimento Espiritual" e define-se como "Estado em que o indivíduo ou grupo apresentam, ou estão em risco de apresentar, uma perturbação no sistema de crenças ou valores que dá força, esperança e significado à vida." (Carpenito-Moyet, 2012, p.642). Na revisão da literatura realizada por Simão et al. (2015, p.2596) definiu-se que "angústia espiritual é uma condição de sofrimento que todo o ser humano está propenso a vivenciá-la em alguma fase da sua vida, especialmente diante de situações de enfermidade e dor".

Surge associado a múltiplas características definidoras, como: a vivência de uma perturbação no bem-estar espiritual; surgimento de questões relacionadas com o significado da vida, do sofrimento e da morte; ausência de significado e propósito de vida; inexistência de entusiasmo pela vida, de sentimentos de alegria e paz interior; sensação de desespero e "vazio" espiritual; afastamento emocional de si próprio e dos outros; afastamento da comunidade espiritual; mudanças frequentes de humor (choro, raiva, depressão); necessidade de se reconciliar com Deus ou alguma entidade superior e mudanças relacionadas com vivência da sua espiritualidade, quer seja em busca da mesma (assistir a programas de televisão ou ler livros relacionados com o assunto) ou, pelo contrário, de afastamento (rejeição e dúvida) (Carpenito-Moyet, 2012). Simão et al. (2015) enunciam outros sinais: incapacidade de ser criativo; afastamento das pessoas mais próximas; falta de coragem, esperança ou amor; sentimentos de culpa; sensação de abandono e o apelo, realizado pelo próprio, de apoio espiritual.

Existe um padrão de manifestações coincidentes com a depressão, como a tristeza, raiva, dúvidas quanto ao sentido da vida e significado do sofrimento, que torna difícil a realização de um diagnóstico diferencial (Velosa et al., 2017), que é fundamental para implementar uma terapêutica adequada (Bornet et al., 2015). Em casos de angústia espiritual, parece ser mais eficaz o tratamento farmacológico com ansiolíticos do que com antidepressivos (Velosa et al., 2017) e embora não exista consenso sobre a melhor abordagem para tratar estes clientes, as intervenções autónomas de cuidado espiritual apresentam elevada eficácia (Bornet et al., 2015).

A identificação do diagnóstico de angústia espiritual é tão prioritária quanto os outros diagnósticos de enfermagem (Caldeira & Timmings, 2017). Identificado o diagnóstico, cabe ao enfermeiro intervir com o objetivo de manter ou melhorar o significado que a pessoa atribui à situação de crise e à sua vida.

Caldeira e Timmings (2017) enunciaram uma série de competências que consideram fundamentais na intervenção face ao diagnóstico de angústia espiritual e que se sintetizam através do acrónimo ABCDE e que se concretizam:

- *Assessment* (Avaliação) – através da observação, utilização de questões, exploração

da perspetiva espiritual e aplicação de escalas ou instrumentos de avaliação;
- *Being* (Ser) – através do estar presente, ouvir com atenção, utilizar o toque terapêutico, desenvolver uma relação terapêutica e promover a esperança;
- *Collaboration* (Colaboração) – através do apoio da equipa multidisciplinar, da família ou outros recursos, por exemplo, do capelão/líderes religiosos e espirituais;
- *Diagnosis* (Diagnóstico) – através da identificação de indicadores de angústia espiritual, do reconhecimento dos fatores responsáveis pela perturbação e avaliação de resultados;
- *Ethics* (Ética) – através da atitude de respeito e de verdade, manutenção da confidencialidade e prestação de cuidados que dignifiquem a pessoa.

A estas intervenções, somam-se: arteterapia, através de várias formas de arte; reflexão silenciosa; uso do sentido de humor (Kolodiy & Pontífice, 2019); uso de terapias simples de relaxamento (Caldeira & Timmings, 2017); incentivo a recorrer a espaços sagrados; apoio religioso, que pode incluir rezar com o doente, se este solicitar (Giske & Cone, 2015). As intervenções com tendência religiosa só devem ser implementadas caso o cliente demonstre necessidade e o profissional esteja à vontade para as implementar (Ellis & Narayanasamy, 2009).

A espiritualidade e a fé são muitas vezes utilizadas pelos pais como estratégia de *coping* (Arutyunyan et al., 2018; Dolan et al., 2022; Ferrell et al., 2016). Neste sentido, é importante que o enfermeiro seja capaz de identificar as situações que apresentem maior potencial de provocar angústia aos pais, de forma a priorizar o cuidado espiritual no plano de cuidados, implementando intervenções que previnam ou diminuam os sentimentos negativos característicos de um quadro de angústia espiritual.

Além do mais, segundo um estudo de Chan (2009), existe uma correlação entre a perceção de cuidado espiritual e a prática do mesmo. Isto é, quando os enfermeiros são sensibilizados e capacitados para a temática, consciencializam-se da importância do cuidado espiritual e acabam por realizar um esforço por incluir esta vertente nos cuidados diários. Para facilitar o processo de consciencialização dos enfermeiros, Ellis e Narayanasamy (2009) fazem referência à utilização do *Actioning Spirituality and Spiritual care in Education and Training Model* (modelo de ASSET), com o objetivo de desenvolver uma filosofia de cuidados em que o cuidado espiritual em enfermagem está incluído, através da sensibilização das equipas de saúde para a importância desta dimensão de cuidados. Este modelo centra-se em promover a reflexão crítica entre as equipas de enfermagem acerca do cuidado espiritual que implementam.

De forma a espelhar o conhecimento aprofundado, as competências desenvolvidas e o trabalho realizado com as famílias, sempre que possível, foram selecionados para as conceções de cuidados realizadas ao longo do ENP casos em que a espiritualidade foi um domínio de atenção e alvo de cuidados.

Para a conceção de cuidados desenvolvida durante a realização do ENP, utilizou-se o recurso

pedagógico e4nursing, uma plataforma que tem por base a ontologia de enfermagem, aprovada pela Ordem dos Enfermeiros (OE), que surge como uma descrição de conceitos dentro de um domínio e as relações entre eles, baseado em evidência científica e atual. Esta semântica própria, cuja manutenção compete à OE, permite a congruência linguística de todos os sistemas que processem informação tendo a ontologia por base. As vantagens da existência de uma ontologia de enfermagem são a promoção da formalização do conhecimento próprio da disciplina; a identificação de necessidades de investigação; a evolução dos sistemas de documentação, que também facilitam o processo de conceção de cuidados; a produção de indicadores nacionais relativos ao exercício profissional da enfermagem e um contorno interno, por parte da OE, da linguagem profissional (OE, 2020).

A ontologia de enfermagem é apresentada no *browser* "NursingOntos", uma representação formal do conhecimento de enfermagem, construída a partir de taxonomias como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e Snomed CT, que inclui uma estrutura de dados com diversas classes de informação, interligadas. Está estruturada em domínios de atenção de enfermagem e, em conformidade com os diferentes momentos do processo de enfermagem, permite designar os dados resultantes da avaliação inicial do cliente, identificar diagnósticos de enfermagem, definir objetivos, prescrever intervenções de enfermagem e designar dados da evolução do cliente. Permite também, com base nessas informações, estabelecer um plano de cuidados de enfermagem (ESEP, 2024).

A e4nursig é uma plataforma *online* que incorpora a NursingOntos, concebida pela ESEP para permitir que os estudantes desenvolvam os processos de conceção de cuidados de enfermagem, as competências de tomada de decisão clínica e a capacidade de clarificar e sistematizar os cuidados de enfermagem (ESEP, 2024). De relevar que na conceção de cuidados gerada nesta plataforma, o conceito "sessão" não surge como sinónimo de "turno", mas como um momento. Assim, duas sessões, tanto podem ter ocorrido no mesmo turno de trabalho, como em diferentes turnos.

As conceções de cuidados realizadas ao longo do MESIP, têm como cliente o binómio criança/adolescente-família. A criança, cuja saúde e necessidades variam de acordo com a etapa de desenvolvimento que vivencia, depende dos cuidados da família para ver as suas necessidades respondidas e para atingir um crescimento e desenvolvimento saudáveis no sentido de se tornar progressivamente mais independente (OE, 2017).

Da mesma forma que o desenvolvimento físico (crescimento, capacidades sensoriais, habilidades motoras) segue um padrão, desde que nasce até ao indivíduo se tornar adulto, também o desenvolvimento cognitivo (aprendizagem, atenção, memória, raciocínio e linguagem) e o psicossocial (emoções, relacionamentos sociais e personalidade) ocorrem segundo um padrão e o nível de desenvolvimento dos diferentes domínios pode influenciar nos restantes (Papalia & Feldman, 2013).

Como refere Papalia e Feldman (2013), existem cinco perspetivas teóricas de estudo do desenvolvimento humano:

- Evolucionista/Sociobiológica - estuda a perspetiva evolucionista e biológica do comportamento, por exemplo, na teoria de Wilson aplica-se o princípio de Darwin, para explicar a sobrevivência do mais apto;
- Contextual - estuda o impacto dos contextos histórico, social e cultural no desenvolvimento, por exemplo, na teoria bioecológica, de Bronfenbrenner, a pessoa inclui-se num contexto de múltiplos ambientes que influenciam o desenvolvimento;
- Aprendizagem - estuda as alterações de comportamento em resposta à experiência vivida ou à adaptação ao ambiente. Para o behaviorismo, o conhecimento sobre o mundo é adquirido ao reagir a condições do ambiente interpretadas como agradáveis, dolorosas ou ameaçadoras. A aprendizagem associativa ocorre quando uma consequência é associada a um comportamento/estímulo. Bandura defende, na teoria da aprendizagem social, que os comportamentos se aprendem por observação e imitação;
- Psicanalítica - estuda as emoções e impulsos, por exemplo, na teoria de Freud, as pessoas nascem com impulsos biológicos que devem ser redirecionados para permitir viver em comunidade e a personalidade forma-se do conflito entre os impulsos inatos e as exigências da sociedade. Erickson destaca a influência da sociedade no desenvolvimento da personalidade. Esta perspetiva teórica divide-se em oito estádios, em que cada um inclui uma "crise", que surgem de forma sequencial e que devem ser ultrapassados para que ocorra o desenvolvimento da identidade;
- Cognitiva - estuda os processos de pensamento. Piaget, na sua teoria de quatro estágios defende que o desenvolvimento cognitivo da criança evolui de sensório-motor para lógico e abstrato, envolvendo diferentes tipos de operações mentais. Cada estágio ocorre num momento de desequilíbrio em que a mente da criança aprende a pensar de um modo diferente. Na teoria sociocultural de Vygotsky, as pessoas aprendem através da interação social e as crianças interiorizam o modo de pensar da sociedade, adotando os seus hábitos. Kohlberg debruçou-se sobre o desenvolvimento moral, dividindo a evolução em diferentes níveis que nem sempre são atribuídos às mesmas idades, uma vez que as crianças, ao alcançarem níveis cognitivos mais elevados, geralmente são capazes de raciocínios morais mais complexos, pelo aumento do altruísmo e da empatia, mas nem sempre um elevado nível de desenvolvimento cognitivo corresponde ao mesmo nível de desenvolvimento moral.

Compreender as perspetivas teóricas do desenvolvimento da criança/adolescente, ajuda a perceber a fase em que se encontram, a prever comportamentos e a identificar possíveis sinais de alerta.

Durante o crescimento e desenvolvimento de uma criança/adolescente é comum ocorrerem acontecimentos geradores de stresse para a própria e sua família, como é o caso de situações de doença e hospitalização (Diogo et al., 2016). A criança/adolescente fica mais vulnerável face a estes eventos por apresentar imaturidade emocional e limitações cognitivas inerentes à fase

de desenvolvimento, com escassos mecanismos para enfrentar o stresse (Hockenberry & Wilson, 2011). É, por isso, fundamental avaliar a sua capacidade de compreender estes acontecimentos, como forma de prever o impacto na vida diária e desenvolvimento.

Segundo Meleis (2010), perante eventos que causem alterações à vida do cliente, seja a nível de saúde, desenvolvimental ou outros, como se verá adiante, pode iniciar-se um processo de transição: processos singulares, complexos e multidimensionais que provocam mudanças na vida, na saúde, nos relacionamentos e no ambiente. A teoria das transições, proposta por Afaf Meleis, permite compreender, interpretar e sistematizar os processos de transição e é fundamental aos cuidados de enfermagem, uma vez que os enfermeiros são os profissionais que mais acompanham os indivíduos na vivência das transições (Meleis et al, 2000).

Esta teoria identifica a natureza e as condicionantes da transição de forma a compreender os padrões de resposta à mesma e inclui quatro conceitos principais, que se dividem em subconceitos, interligados entre si (Meleis et al., 2000):

- Natureza das transições: as transições podem ser do tipo desenvolvimental, relacionadas com mudanças do ciclo de vida; de saúde/doença, quando ocorre uma mudança no estado de saúde; situacional, associada a eventos que provoquem alteração de papéis; e organizacionais, que envolvam mudanças sociais e económicas. Quanto ao padrão, podem ser simples ou múltiplas, quando ocorre somente uma, ou mais que uma transição; simultâneas ou sequenciais, se ocorrem no mesmo espaço de tempo ou se se seguem; e relacionadas ou não entre si. As propriedades incluem a consciencialização, que se relaciona com a perceção, conhecimento e reconhecimento da experiência de transição; o envolvimento, se procura novas informações e se modifica ativamente as suas atividades, ou seja, o nível de comprometimento com o processo; a mudança/diferença; a duração, desde os primeiros sinais de mudança, ao que se segue um período de instabilidade, até que se atinja a estabilidade novamente; e os eventos críticos, associados a períodos de maior mudança. A consciencialização de transição influência o envolvimento, pois a pessoa não se pode envolver se não estiver consciencializada da vivência de transição;
- Condições, facilitadoras ou dificultadoras, da transição: podem ser condições pessoais, relacionadas com os significados atribuídos à vivência de transição, às crenças e culturas - incluindo a estigmatização-, ao status socioeconómico, ao conhecimento sobre o processo e à preparação prévia. A espiritualidade pode surgir como um recurso pessoal facilitador ou dificultador do processo de transição (Martins & Caldeira, 2021); condições comunitárias, que incluem os recursos da comunidade e condições da sociedade, que se referem aos estereótipos, preconceitos e discriminação;
- Padrões de resposta: dividem-se em indicadores de processo, que permitem avaliar o progresso do indivíduo e incluem o sentir-se ligado, mantendo as redes de apoio e relações com as equipas de saúde; a interação, seja com os pares, os familiares ou as equipas de saúde; estar situado no tempo, espaço e relações; e a confiança e *coping*. E os indicadores de resultado, que englobam a mestria, com o domínio de novas

competências e a integração fluída da nova identidade, que implica o cliente se reformular, assumindo as alterações como parte do conceito de si;
- Terapêuticas de enfermagem: ações dos enfermeiros em resposta às propriedades e condições da transição; aos fatores facilitadores ou dificultadores; aos significados atribuídos; à presença de indicadores de processo e de resultado e têm como objetivo, responder às necessidades dos seus clientes, promovendo a estabilidade e a conclusão saudável da transição (Meleis et al., 2000).

Neste contexto, o desenvolvimento da criança/adolescente é considerado uma transição desenvolvimental, bem como a transição para a parentalidade, que ocorre nos pais: estas são relacionadas com mudanças expectáveis do ciclo de vida normal. A doença e hospitalização podem ser eventos críticos que iniciem um novo processo de transição de saúde/doença na criança/adolescente, caso tenha um nível de cognição que lhe permita compreender as alterações que advêm dessa condição e pode ser uma transição situacional nos pais, ou um evento crítico da transição desenvolvimental da parentalidade, dependendo das alterações que vai implicar à sua vida: caso tenha que assumir novos papéis e funções, poderá assumir-se como uma transição situacional. Os EEESIP têm competências para intervir nestas situações, facilitando os processos de transição através de capacitação às famílias para que ultrapassem esta fase. Exercer enfermagem na área de saúde infantil e pediátrica assume uma série de especificidades, pelas particularidades de o cliente ser a criança/adolescente e a sua família.

O modelo da parceria de cuidados, de Anne Casey, fundamenta-se na crença de que os membros da família são os melhores prestadores de cuidados à criança/adolescente e alicerça-se no respeito pela experiência dos pais/família ao cuidar dos seus filhos (Casey, 1995). Tem por base cinco conceitos: Criança, cujas necessidades são asseguradas por membros da família até desenvolver conhecimentos e habilidades para as satisfazer autonomamente e atingirem a independência; Família, o grupo de pessoas que assume responsabilidade na prestação de cuidados à criança e que influencia o seu desenvolvimento; Saúde, estado de bem-estar físico e mental fundamental para que a criança atinja todo o seu potencial, que quando perturbado pode influenciar negativamente o seu desenvolvimento físico, psicológico, intelectual, social e espiritual; Ambiente, o conjunto de estímulos exteriores que influenciam o desenvolvimento e independência da criança e que deve ser seguro e provido de amor e Enfermeiro que assume as responsabilidades inerentes à eficácia do seu papel (Farrell, 1992).

No contexto de cuidados hospitalares, em situação de doença, é fundamental que se desenvolvam relações positivas e respeitosas entre enfermeiros, crianças/adolescentes e familiares (O'Connor et al., 2019) para a articulação dos diferentes tipos de cuidados à criança: o cuidado familiar engloba as atividades que correspondem a necessidades quotidianas da criança e é prestado pela família ou pela própria criança; e o cuidado de enfermagem abrange procedimentos e cuidados de saúde que só devem ser implementados pelos profissionais se a família não possuir conhecimentos ou capacidades que garantam os ganhos em saúde. A

articulação entre estes tipos de cuidados é flexível e permite ao enfermeiro prestar cuidados familiares quando necessário, tal como coloca a possibilidade de os pais poderem negociar o desempenho de cuidados de enfermagem com a instrução e supervisão profissional adequada (Farrell, 1992).

De acordo com o mesmo autor, neste modelo o enfermeiro assume, então, as seguintes funções: prestar cuidados; implementar estratégias que envolvam a família nos cuidados; estabelecer uma relação de confiança com a criança/adolescente-família e capacitar a família de conhecimentos e habilidades que lhe permitam o desenvolvimento de competências para cuidar da criança, satisfazendo as suas novas necessidades, com o mínimo de intervenção possível das equipas de saúde.

Este modelo tem como vantagens minimizar o impacto negativo da hospitalização na criança/adolescente, que se mantém envolvida no amor e segurança da família e também, de diminuir o tempo de internamento, por capacitar os pais a prestarem os cuidados necessários no domicílio (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

No contexto de saúde infantil, a ênfase das terapêuticas de enfermagem orienta-se preferencialmente para a transmissão de informação de acordo com as necessidades de cada criança/adolescente e sua família, permitindo que os cuidados sejam prestados por um familiar, obtendo-se ganhos em saúde. Essa transmissão de informação denomina-se de literacia em saúde: "o nível de informação que os indivíduos necessitam de obter, processar, entender e comunicar, necessária à tomada de decisão informada, em contexto de saúde" (Berkman et al., 2010, p.16) e é fundamental para a gestão eficaz da sua saúde, bem-estar e para a prevenção e tratamento de problemas relacionados com a saúde (Vaillancourt & Cameron, 2020).

A literacia em saúde possui dinamismo, alterando-se ao longo da vida, em resposta às necessidades dos indivíduos (Berkman et al., 2010). A forma de comunicar deve ser ajustada às capacidades de compreensão de cada um (Vaillancourt & Cameron, 2020). Assim, segundo Petronilho (2007), o processo de capacitação dos pais ocorre em três momentos: o primeiro é focado na transmissão de informação teórica, ou seja, através de intervenções do tipo ensinar, essencialmente centradas no domínio cognitivo; o segundo é centrado na explicação e demonstração das técnicas, através de intervenções do tipo instruir, em que o enfermeiro se comporta como modelo e é alvo da observação dos cuidadores; e por fim, ocorre a execução por parte dos pais, com a supervisão do enfermeiro, que vai esclarecendo dúvidas e reforçando positivamente os aspetos bem executados, são denominadas intervenções do tipo treinar. Todo esse processo deve ser faseado e deve ser avaliada a disponibilidade e motivação dos pais para a aquisição de conhecimentos e capacidades, adequando o ritmo e os conteúdos às características dos clientes.

O conhecimento sobre literacia em saúde em adultos tem sido amplamente desenvolvido, ao passo que em crianças/adolescentes ainda está muito por desenvolver (Vaillancourt & Cameron,

2020), tendo sido um dos motivos pelo qual a Organização Mundial de Saúde (OMS) planeou uma abordagem para promover o desenvolvimento de políticas, processos e práticas de saúde escolar centralizadas na literacia em saúde infantil (OMS, 2016).

Para dotar os clientes de conhecimentos que os ajudem a tomar decisões em saúde mais conscientes, é fundamental avaliar o conhecimento das pessoas, incluindo as crianças/adolescentes.

Apresentadas as teorias e conceitos fundamentais à compreensão deste relatório, compete apresentar a sua organização, em seis capítulos: o primeiro aborda a caracterização dos contextos clínicos onde se realizaram os ENP; nos quatro capítulos seguintes apresentam-se quatro conceções de cuidados realizadas ao longo deste percurso, nos diferentes contextos onde foi realizado o ENP, em que é realizado um breve enquadramento teórico que permita a melhor compreensão de cada caso clínico, incluindo os aspetos relacionados com a medicação do cliente, procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica e a definição, justificação dos domínios de atenção selecionados, bem como as intervenções implementadas para cada diagnóstico e as atividades que as concretizam; e no sexto capítulo apresentam-se os contributos para o desenvolvimento de competências, isto é, de que forma a realização do MESIP e do ENP permitiram o desenvolvimento, aperfeiçoamento e consolidação de competências fundamentais à aquisição de título de enfermeiro especialista e, particularmente, de EEESIP.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

A componente clínica é fundamental para a aquisição de título de EEESIP, segundo a OE, devendo incluir os cuidados diferenciados e os cuidados na comunidade (Aviso nº.3918/2021, 2021). O ENP ocorreu em quatro contextos, que se apresentam por ordem de realização: cuidados intensivos de neonatologia, cuidados na comunidade em contexto de saúde escolar, urgência pediátrica e internamento em oncologia pediátrica. Para maior enriquecimento da experiência de cuidados de saúde primários, foi possível complementar o ENP numa unidade de saúde familiar.

Neste capítulo são considerados os objetivos de cada serviço, a estrutura física, recursos materiais, recursos humanos, métodos de trabalho da equipa de enfermagem e as dotações seguras para os cuidados de enfermagem indicadas pela OE para cada contexto. Enquanto EEESIP é importante refletir sobre as dotações recomendadas e como podem favorecer a segurança e a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Por uma questão de proteção de dados, omite-se a localização dos ENP.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

As unidades de cuidados intensivos e intermédios neonatais são responsáveis pelo cuidado e tratamento dos recém-nascidos (RN) de elevado risco, que apresentam elevada mortalidade e morbilidade, independentemente da idade gestacional e do peso ao nascer (Hockenberry & Wilson, 2011). As unidades de cuidados intensivos neonatais (UCIN) podem apresentar postos de cuidados intensivos, que prestam suporte e cuidados aos RN pré-termo, gravemente doentes ou que foram submetidos a cirurgias; e postos de cuidados intermédios que recebem os RN de médio risco, que precisam de cuidados especializados de menor complexidade (Segundo et al., 2018).

Segundo a *American Academy of Pediatrics Committee on Fetus And Newborn* (2012), as diferentes necessidades em espaço físico, equipamentos, tecnologias, recursos materiais e humanos, correlacionam-se com o tipo de cuidados prestados, que são classificados em níveis. Nas unidades de nível I prestam-se cuidados básicos a RN estáveis e de baixo risco, a partir das 35 semanas; estão preparadas para a realização de reanimação neonatal. Nas de nível II

incluem-se os RN estáveis, com mais de 32 semanas e 1500g, cujos problemas de saúde se preveem de fácil resolução; podem estar incluídos os RN em fase de convalescença após internamento em cuidados intensivos. No nível III incluem-se os RN com menos de 32 semanas e de 1500g; a necessitar de ventilação convencional, alta frequência ou óxido nítrico. O nível IV dá resposta aos RN com necessidade de correção cirúrgica congénita ou adquirida, mas complexa.

O serviço que serviu de contexto de ENP respeita as recomendações gerais da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2017): localiza-se perto do bloco de partos, do serviço de obstetrícia e do bloco operatório. Esta localização estratégica é importante porque, na maior parte das vezes, a avaliação e cuidados da equipa de neonatologia ao RN iniciam-se no bloco de partos ou na enfermaria, antes da admissão à UCIN. O serviço está dividido em duas alas: uma destinada aos postos de cuidados intensivos e a outra aos postos de cuidados intermédios neonatais e entre as alas existe uma área de repouso, higiene e refeições para os pais, com fontes de luz natural.

Esta UCIN é composta por 10 postos de cuidados intensivos, distribuídos em nove postos unifamiliares e um posto duplo, estruturado para possibilitar o internamento conjunto de gémeos. Quando tal acontece, um dos postos unifamiliares fica desativado, respeitando-se a lotação. Em regime de *open space* existem sete postos de cuidados intermédios, embora o serviço esteja estruturado para permitir até 14 vagas. Cada ala possui uma zona de trabalho de enfermagem, uma zona de preparação de leites e um carro de emergência. Em todo o serviço existe luz natural, com possibilidade de escurecer o ambiente.

Os RN ficam continuamente monitorizados em berço ou em incubadora com temperatura e humidade controlada e todos os postos têm um ressuscitador manual acessível. Conforme as recomendações da ACSS (2017), é possível contornar todos os berços/incubadoras em 360º, favorecendo a prestação de cuidados de diferentes ângulos, o espaço amplo também permite a permanência de ambos os pais durante os cuidados ao RN e previne as infeções cruzadas.

Na UCIN, às tecnologias avançadas, junta-se uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, neonatalogistas, internos de pediatria, auxiliares de ação médica e prestam apoio, de forma a responder a todas as necessidades: cardiologistas, cirurgiões (cirurgia pediátrica, cardiotorácica e neurocirurgia), oftalmologistas, assistentes sociais, psicólogos, radiologistas e terapeutas ocupacionais.

Para responder às necessidades do serviço, em cada turno estão destacados sete enfermeiros, de uma equipa composta por um total de 48, em que mais de 50% são EEESIP. Geralmente a distribuição por turno é de cinco enfermeiros na ala de cuidados intensivos e dois na ala de cuidados intermédios, porém, esta divisão não é rígida e pode ser ajustada à taxa de ocupação (por exemplo: três enfermeiros em cuidados intermédios e quatro em cuidados intensivos). Um enfermeiro pode receber até dois clientes de cuidados intensivos e até quatro RN de cuidados

intermédios.

As dotações seguras dos cuidados de enfermagem para o serviço de cuidados intensivos neonatais recomendam um enfermeiro: por cada três clientes nível I; por cada dois clientes nível II; e por cada cliente nível III. Recomenda-se que pelo menos 50% da equipa seja especialista e preferencialmente EEESIP, tal como acontece no serviço onde se realizou o ENP, e é recomendada a presença de dois EEESIP permanentemente na unidade (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

A dinâmica de trabalho de enfermagem segue o método individual de trabalho: um enfermeiro assume a total responsabilidade pela conceção e execução de cuidados aos clientes, que são distribuídos de acordo com a carga de trabalho (Ventura-Silva et al., 2021).

Neste serviço, desde cedo se incentiva a amamentação e o toque/prática do método canguru por parte do pai/mãe, de forma a promover a ligação mãe/pai-filho que é prejudicada pelo internamento em UCIN (Segundo et al., 2018). Com o mesmo objetivo, é permitido o livre acesso dos pais à unidade, podendo um destes inclusive pernoitar no serviço. A prestação de cuidados em colaboração é incentivada precocemente pelos membros da equipa de enfermagem e as visitas programadas são permitidas de forma controlada.

Unidade de Cuidados na Comunidade

Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) têm como missão prestar cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Para atingir esse objetivo, desenvolvem atividades de promoção de saúde, que contribuem para o aumento da literacia em saúde; e atividades de prevenção de doença, de tratamento ou acompanhamento. Os ACeS podem incluir as seguintes unidades funcionais: unidades de saúde familiares (USF); unidade de cuidados de saúde personalizados; unidades de cuidados na comunidade (UCC); unidade de saúde pública; unidade de recursos assistenciais partilhados e também outras unidades ou serviços (Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022).

As UCC prestam cuidados de saúde e de apoio psicológico ou social às pessoas/grupos de pessoas mais vulneráveis, no domicílio ou na comunidade e implementam intervenções de educação para a saúde.

Na carteira de serviços da UCC onde se realizou o ENP, intervém-se no âmbito dos seguintes programas:

- Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, com projetos direcionados ao pré-parto (preparação para a parentalidade) e ao pós-parto (apoio e reabilitação da mulher);

- Rede Nacional de Cuidados Continuados, com projetos que respondem às necessidades das pessoas com diferentes tipos e níveis de dependência. São prestados cuidados domiciliários de suporte social, reabilitação funcional e reabilitação respiratória;
- Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), com projetos direcionados às necessidades da idade pediátrica no contexto da saúde escolar, e que incluem o programa nacional de saúde oral, o programa regional de educação sexual em saúde escolar e a inclusão de alunos com necessidades de saúde especiais (NSE). O PNSE é conjeturado como uma das áreas prioritárias de intervenção das UCC (Despacho Normativo n.º 10143/2009, 2009).

O PNSE, implementado em 2015, defende que todas as crianças/adolescentes devem ter direito à saúde e educação e tem como objetivos: promover um estilo de vida saudável, através da melhoria da literacia em saúde de toda a comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar das crianças/adolescentes.

A atuação da equipa de saúde escolar inclui intervenções promotoras de vacinação, em colaboração com as equipas de saúde familiar; articulação de cuidados entre os serviços de saúde/família/escola nas crianças/adolescentes em risco de maus-tratos ou que possuam NSE. Quando tal acontece, é elaborado e implementado, em conjunto com o encarregado de educação e pelo menos um elemento do estabelecimento de ensino, um plano de saúde individual (PSI) que tem em consideração as condições de saúde da criança/adolescente e o impacto que apresentam no contexto escolar; identifica as medidas de saúde que podem ser implementadas em resposta às necessidades e também as medidas terapêuticas e de reabilitação com vista à melhoria do desempenho escolar (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015b).

A UCC onde se realizou o ENP tem instalações próprias, onde recebem as famílias para intervenções individuais/familiares e planeiam as intervenções que desenvolvem na comunidade.

A equipa de enfermagem é composta por uma enfermeira gestora, com especialidade e que intervém na área da saúde materna; cinco enfermeiras da Equipa de Cuidados Continuados Integrados que prestam cuidados no domicílio; e duas enfermeiras, uma com especialidade em enfermagem comunitária e outra EEESIP, que atuam na saúde escolar, em resposta a um agrupamento constituído por cerca de 1830 alunos, em que 280 apresentam NSE.

Segundo as recomendações de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, a equipa de saúde escolar deve integrar, preferencialmente, um enfermeiro especialista por cada 1500 alunos saudáveis (a área de especialização pode ser enfermagem comunitária, enfermagem de saúde mental e psiquiátrica ou enfermagem de saúde infantil e pediátrica) e um EEESIP por cada 150 crianças/adolescentes com NSE (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

A dinâmica de trabalho na UCC é mista: geralmente segue o método de equipa, em que um enfermeiro organiza os cuidados, rentabilizando os recursos; mas a intervenção nos casos de

crianças/adolescentes com NSE é realizada pela EEESIP, segundo a dinâmica de trabalho do enfermeiro de referência, que é responsável por planear, executar e avaliar os cuidados de enfermagem desde a admissão até à alta, ou, neste caso, desde o início até ao final do acompanhamento de caso. Na sua ausência, os cuidados podem ser delegados a outro profissional de enfermagem, mantendo-se a continuidade de cuidados (Ventura-Silva et al., 2021).

Durante a realização deste ENP houve a oportunidade de assistir e colaborar em consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil numa USF do ACeS. As USF são compostas por equipas multidisciplinares cuja missão é prestar cuidados personalizados individuais/familiares à população de determinada área geográfica, mantendo a acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos cuidados (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007).

Serviço de Urgência Pediátrica

O serviço de urgência pediátrica (SUP) tem como objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de clientes em situação urgente, emergente ou crítica, provocada por acidente ou doença súbita, que careçam de cuidados hospitalares imediatos. Por situação urgente, entende-se toda aquela que exige intervenção diagnóstica ou de tratamento curativo/paliativo em curto espaço de tempo. A emergência é toda a situação em que existe risco de vida ou de perda de função orgânica e que por esse motivo carece de intervenção imediata. Por sua vez, a situação crítica indica uma situação que não é rapidamente revertida, prolongando-se no tempo, e que necessita de técnicas de suporte avançado de vida e de substituição orgânica (ACSS, 2015).

As situações atendidas no SUP são muito distintas, variam em grau de complexidade e ao longo do ano, existindo períodos de maior afluência, por exemplo nos meses de inverno, com a elevada incidência de doenças do foro respiratório. O fator sazonal, associado ao baixo nível de literacia em saúde da população, que resulta numa maior noção de gravidade da doença e à ausência de referenciação por outros profissionais, são fatores que, para além de aumentarem os custos em saúde, afetam a qualidade de atendimento no serviço de urgência e aumentam os tempos de espera (Freitas et al., 2016). Perante as dificuldades sentidas, o reforço da literacia em saúde da população quanto à prevenção de doença; o desenvolvimento de campanhas que promovam a utilização da Linha de Saúde SNS24 e que esclareçam quanto ao uso da linha de emergência (Deliberação nº DE-SNS 060/2023, 2023) e a reformulação dos cuidados de saúde primários, para permitir a reavaliação de clientes em consultas não programadas, parecem ser medidas com potencial para melhorar o atendimento às necessidades de saúde e otimizar a utilização dos serviços de saúde (Vale et al., 2021).

O atendimento num serviço de urgência organiza-se segundo um sistema de triagem, que constitui o primeiro momento de interação da equipa de enfermagem com a criança/adolescente e sua família. Nos SUP é recomendada a utilização do sistema de triagem de Manchester, ou o *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*.

Os níveis de prioridade estão, então, distinguidos por cor da seguinte forma (DGS, 2015a):

Nível 1 – emergente (cor vermelha);

Nível 2 – muito urgente (cor laranja);

Nível 3 – urgente (cor amarela);

Nível 4 – pouco urgente (cor verde);

Nível 5 - não urgente (cor azul).

Os tempos previstos de atendimento médico variam conforme o sistema de triagem selecionado.

O SUP respeitava as recomendações da ACSS (2015) para os serviços de urgência: dispunha de luz natural em quase todos os compartimentos; de área de limpos e de sujos e localizava-se perto e com fácil acesso aos meios complementares de diagnóstico (radiografia, tomografia computorizada e ressonância magnética nuclear), bloco operatório e cuidados intensivos pediátricos.

A acessibilidade ao serviço de urgência realizava-se pela triagem ou, se referenciado, diretamente pela sala de emergência (ACSS, 2019). A sala de emergência, em *open space*, tinha capacidade para admitir até três clientes em simultâneo, permitindo a circulação em 360º à volta da maca. Apresentava, ainda, quadros interativos que disponibilizam os algoritmos de emergência, com intervenções, exames complementares de diagnóstico e medicação a realizar. Este recurso facilitava a rapidez no atendimento e na tomada de decisão.

As salas de espera organizavam-se por níveis de prioridade: uma para clientes a aguardar triagem; uma para clientes triados com prioridade azul/verde, e outra para prioridade amarela/laranja e, ainda, uma zona de espera para clientes em maca. Dispunha de gabinetes médicos (das especialidades de pediatria, cirurgia e ortopedia) e de enfermagem, onde eram prestados cuidados como administração de medicação, monitorização de sinais vitais e realização de colheitas de produtos biológicos.

Na sala de observação existiam quatro postos destinados a crianças/adolescentes da área laranja, que necessitavam de maior vigilância e 11 unidades destinadas às crianças/adolescentes em observação (uma das unidades permitia o isolamento, sem variação de pressão); era nesta sala que se encontrava o carro de emergência com desfibrilhador que servia de apoio ao SUP.

Após realizada a triagem, e dependendo do nível de prioridade, a criança/adolescente podia ser encaminhada para a sala de emergência, ou para uma das salas de espera e após a avaliação médica, podia manter-se na sala de espera a aguardar a realização/resultados de exames e análises ou administração de medicação; ou podia ser encaminhada para a área laranja ou para a sala de observação. Os clientes de algumas especialidades médicas, como oftalmologia, otorrinolaringologia e estomatologia, eram encaminhados para o serviço correspondente.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos pediatras, internos de pediatria e auxiliares de ação médica, com apoio da cirurgia pediátrica, ortopedia e de um médico de cuidados intensivos pediátricos, sempre que necessário.

A equipa constitui-se por 53 enfermeiros, de entre o quais 16 enfermeiros são EEESIP e sete têm formação em suporte avançado de vida pediátrico. Em cada turno estavam destacados oito enfermeiros para assumir os cuidados, segundo a seguinte distribuição: dois na triagem, três na sala de observação e dois de apoio às consultas de pediatria, ortopedia e cirurgia e à área laranja.

As dotações seguras dos cuidados de enfermagem para o SUP indicam que a triagem deve ser realizada, exclusivamente, por enfermeiros com formação em sistema de triagem de prioridades e, preferencialmente, EEESIP. Na sala de observação, recomenda-se um enfermeiro para cada três camas de internamento, pelo que para dar resposta às onze unidades de observação, idealmente deveriam estar destacados quatro profissionais de enfermagem. É recomendado que pelo menos 50% dos enfermeiros integrantes da equipa e destacados em cada turno possuam formação em suporte avançado de vida pediátrico e em trauma pediátrico (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Apesar da distribuição dos enfermeiros por áreas, estes trabalhavam em colaboração, e quando uma das áreas estava mais sobrecarregada, os profissionais mobilizavam-se, temporariamente, para agilizar os cuidados. Em cada turno existia um enfermeiro coordenador, com funções de gestão de conflitos, apoio à sala de emergência, gestão de recursos humanos, articulação com a equipa médica na gestão de vagas e que prestava cuidados, sempre que necessário. A dinâmica de trabalho neste serviço segue o método de trabalho de equipa: os cuidados são prestados sob a liderança de um enfermeiro (neste caso, o enfermeiro coordenador) que está há mais tempo no serviço e que organiza os cuidados tendo por base as características dos profissionais de enfermagem, rentabilizando os recursos (Ventura-Silva et al., 2021).

Serviço de Oncologia Pediátrica

O cancro em pediatria é um desafio por ser raro, por existirem tipos de tumores exclusivos da

idade pediátrica e por ser a principal causa de morte por doença em crianças nos países desenvolvidos. A sobrevivência, apesar de variável em relação aos diferentes tipos de cancro, tem vindo a aumentar, principalmente nos países desenvolvidos (Lupo & Spector, 2020).

Pela especificidade da doença, de acordo com normas internacionais, as crianças/adolescentes com cancro devem ser internadas e tratadas em serviços de oncologia pediátrica, que respondam a requisitos como: proporcionar tratamentos de quimioterapia moderna e intensiva; diagnosticar leucemias e tumores sólidos, embora possam especializar-se num tipo específico; possuir uma equipa de pessoal com formação na área; possuir sistemas de monitorização de resultados a longo prazo; possuir instalações/quartos de isolamento para clientes em situação de neutropenia que apresentem maior risco infecioso e ter acesso à unidade de cuidados intensivos, onde se possam realizar tratamentos mais invasivos (SIOPE & JKF, 2009).

O serviço, com lotação de sete vagas, divide-se entre um posto duplo e cinco postos unifamiliares, que permitem o isolamento. Todo o espaço possui iluminação natural, com possibilidade de escurecer o ambiente e os quartos reúnem as condições para que os pais fiquem em regime de internamento conjunto: cada unidade tem uma cama para os pais, instalações sanitárias próprias e são disponibilizadas refeições. Existe uma sala de brincadeiras, onde as crianças/adolescentes podem realizar atividades lúdicas e pedagógicas, equipada com brinquedos e atividades para as diferentes idades. Desta forma, as que não se encontrem em isolamento podem brincar sem recorrer à sala de brincar do hospital, partilhada com crianças de outros serviços, diminuindo o risco de infeção. Existe uma sala de trabalho de enfermagem, com espaço para a preparação de medicação e um carro de emergência.

A equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros, oncologistas pediátricos, auxiliares de ação médica e prestam apoio a este serviço, cirurgiões, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e a equipa de cuidados paliativos pediátricos. A equipa de enfermagem é composta por 16 elementos, em que 12 são EEESIP e por turno estão destacados dois enfermeiros.

As dotações seguras dos cuidados de enfermagem para o serviço de oncologia pediátrica recomendam que pelo menos dois terços da equipa deve ser EEESIP e que deve haver pelo menos um EEESIP em permanência nas 24horas (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Os enfermeiros organizam os cuidados segundo a dinâmica do método individual de trabalho: um enfermeiro assume a total responsabilidade pela conceção e execução de cuidados aos clientes, que são distribuídos de acordo com a carga de trabalho (Ventura-Silva et al., 2021).

É de ressalvar que este serviço trabalha em estreita colaboração com a equipa de cuidados paliativos pediátricos, que presta apoio hospitalar e domiciliário às crianças/adolescentes em situação paliativa, não somente com doença oncológica. Esta equipa multidisciplinar tem como objetivo prevenir o sofrimento dos clientes e famílias, melhorando a sua qualidade de vida e

promovendo o conforto e dignidade (OMS, 2018), através da resposta às necessidades físicas, psicológicas, organizacionais, educacionais, culturais e espirituais (Benini et al., 2022).

3. CASO CLÍNICO 1 - CONTEXTO DO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA

Recém-nascido pré-termo de 35s+1d internado na unidade de cuidados intermédios neonatais por gemido nas primeiras horas de vida, com necessidade de Oxigénio suplementar. Nesta fase encontra-se em desenvolvimento de competências alimentares.

3.1. Enquadramento teórico

O D. é um recém-nascido pré-termo de 35s+1d. O parto foi por cesariana induzida por patologia materna (Linfoma de Hodgkin clássico). Índice de Apgar 9/9/9. Peso à nascença de 2200gramas, 44cm de comprimento e perímetro cefálico de 34cm. Neste momento tem de idade corrigida 36 semanas. Encontra-se numa unidade de cuidados intermédios neonatais por ter apresentado gemido nas primeiras horas de vida, com necessidade de Oxigénio suplementar. Nesta fase encontra-se em desenvolvimento de competências alimentares.

Fisiopatologia

A prematuridade tardia trata-se do nascimento entre as 34 semanas e as 36 semanas e seis dias e tem sido alvo de estudo acentuado nos últimos anos (Raju et al., 2006). Aparentemente estes RN têm tendência a apresentar as mesmas morbilidades que os restantes prematuros, dentre as quais, sinais de dificuldade respiratória, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, instabilidade térmica e problemas relacionados com a alimentação (Wang et al., 2004).
Os sinais de dificuldade respiratória são o maior motivo de internamento em unidades de cuidados intensivos neonatais (Edwards et al., 2013). A morbilidade respiratória nos RN pré-termo tardios é cerca de 2-3 vezes maior do que nos RN (Raju et al., 2006). Quando não tratados imediatamente, os sinais de dificuldade respiratória podem evoluir para insuficiência respiratória e paragem cardiorrespiratória (Reuter et al., 2014). Refere-se a dificuldade respiratória quando existe um ou mais sintomas de trabalho respiratório – taquipneia, adejo nasal, retrações torácicas e gemido (Edwards et al., 2013). A respiração com ruídos indica um aumento da resistência das vias aéreas. Neste caso, o gemido é um som expiratório que indica o encerramento repentino da glote durante o movimento expiratório, como tentativa de manter a capacidade funcional residual e prevenir a atelectasia pulmonar (Reuter et al., 2014).
Vários fatores indicam que o RN está apto para uma alimentação bem-sucedida, tais como a

participação energética na alimentação; a coordenação entre a sucção, deglutição e pausas respiratórias; a estabilidade hemodinâmica; manutenção de tónus facial e corporal; completar a alimentação no máximo em 25 minutos; apresentar um mínimo de perdas através da boca; estar alerta durante o processo de alimentação; manter resistência e um crescimento apropriado ao RN. Quando não é possível alimentar exclusivamente de forma espontânea, a alimentação por sonda nasogástrica é uma estratégia usada. É útil nos RN que ainda estão a aprender a mamar e que ficam extremamente cansados, desatentos ou cianosados. É, portanto, uma estratégia de conservação de energia. Neste tipo de alimentação, o leite infunde por ação da gravidade, em tempo variável (Hockenberry & Wilson, 2011).

Desenvolvimento humano

O período neonatal ocorre nas primeiras quatro semanas de vida e é durante este período que ocorre a transição da vida intrauterina para a vida extrauterina. Assim, até às quatro semanas de vida, o bebé pode ser considerado um neonato ou RN (Papalia & Feldman, 2013).
A avaliação da escala de Apgar é realizada ao 1º e 5º minuto de vida, com o objetivo de identificar a condição do RN e adaptação à vida fora do útero. Esta escala avalia a coloração/aparência, frequência cardíaca, expressão facial e irritabilidade, tónus muscular e esforço respiratório do RN. Um valor acima de sete aos cinco minutos após o nascimento é interpretado como boa condição de adaptação à vida extrauterina, a avaliação pode repetir-se de cinco em cinco minutos até alcançar um valor que reflita a estabilidade do RN (Hockenberry & Wilson, 2011; Papalia & Feldman, 2013).
Existem várias teorias de desenvolvimento humano que permitem uma melhor compreensão das fases desenvolvimentais, da sua sequência e do que é esperado em cada fase. Piaget identifica como primeiro de quatro estágios de desenvolvimento motor, o estágio sensório-motor, que possui seis substágios. Desde o nascimento até ao primeiro mês de vida, o RN apresenta vários reflexos, que são comportamentos espontâneos em resposta a estímulos e que evidenciam a atividade cognitiva do RN. A linguagem, enquanto ato social, também se vai desenvolvendo. A única forma de comunicar do RN é através do choro, pelo que se deve prestar especial atenção a esta forma de comunicação para perceber, através dos diferentes tipos de choro, quais as necessidades que apresenta (Papalia & Feldman, 2013). Os RN também conseguem comunicar através de respostas físicas ou comportamentais. Deve avaliar-se o comportamento do RN (choro, expressão facial, movimento corporal) em todos os momentos – repouso, procedimentos/cuidados e na recuperação após procedimentos/cuidados, para perceber o seu nível de conforto (Hockenberry & Wilson, 2011).

A transição para a parentalidade no serviço de Neonatologia

As transições são processos complexos que envolvem mudança (Meleis et al., 2000). A transição que a mãe/pai se encontram a experienciar é considerada uma transição desenvolvimental,

expectável de ocorrer ao longo do curso da vida. Ao longo desta experiência de transição, será expectável que os pais adquiram conhecimentos e capacidades fundamentais para lidar com as principais necessidades dos seus filhos, quer ao nível das necessidades básicas como de processos corporais mais complexos (Meleis et al., 2000; Sousa, 2012).
A hospitalização do RN coloca os pais numa posição vulnerável que pode fazer-se acompanhar por sentimentos de revolta e de frustração por não poderem cuidar do seu bebé como esperado. Verificou-se que a participação nos cuidados são fatores que podem diminuir a ansiedade dos pais, fazendo com que eles se sintam uma parte fundamental (Santos, 2012). Assim, para o EEESIP, é fundamental centrar os cuidados, não só na criança, mas também na família, uma vez que, segundo Nascimento et al. (2006) a prática de cuidados em parceria com os pais atenua sentimentos negativos provocados pela hospitalização, como tristeza, ansiedade, medo, stress, sofrimento e insegurança.
O Modelo da parceria de cuidados, desenvolvido por Anne Casey, defende a importância de envolver ativamente os pais nos cuidados, em função das capacidades e desejo de envolvimento dos mesmos. Os profissionais devem, assim, entender os pais como elementos ativos da equipa, valorizando o conhecimento que têm e a vontade que têm de contribuir para a sua recuperação do seu filho, cabendo aos enfermeiros a capacitação e o empoderamento dos pais (Monteiro & Cerqueira, 2020). A participação nos cuidados também é importante para preparar o regresso a casa, que provoca receio e insegurança nos pais, uma vez que passam a assumir a responsabilidade de prestar cuidados pós hospitalares aos seus filhos longe do apoio de uma equipa de saúde multidisciplinar (Lima & Ribeiro, 2009).
A expectativa de qualquer mãe/pai é ter um filho saudável, porém, isso nem sempre acontece (Adama et al., 2021). Quando nos referimos, particularmente, à UCIN, o ambiente repleto de odores, ruídos, alarmes e luzes, bem como a visão dos bebés rodeados de profissionais de saúde, fios e conectados a máquinas, provoca grande angústia nos pais (Alemdar et al., 2017; Heidari et al., 2022). Estes fatores podem prejudicar a espiritualidade dos pais, uma vez que a doença (própria ou de alguém próximo) levanta questões espirituais e existenciais (Catlin et al., 2001). A espiritualidade é definida como a promoção de significado e propósito de vida e promoção de paz interior, que pode ou não ter ligação à religiosidade (McSherry, 2000) e é muitas vezes uma das estratégias de *coping* que apresenta melhores resultados na redução da angústia e no aumento da esperança (Tang, 2006).

3.2. Clientes

Cliente

Recém-nascido | Idade: 6 dias | Masculino

Mãe/Pai

02-10-2023 13:00
- 02-10-2023 13:00 - Figura parental principal: mãe.
- 02-10-2023 13:00 - Número de outros filhos: 1.
- 02-10-2023 13:00 - Filho(s) Toddler.
- 02-10-2023 13:00 - Papel parental partilhado.
- 02-10-2023 13:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.
- 02-10-2023 13:00 - Disponibilidade para tomar conta: Em alguns dias.

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-10-02 13:00:00	Colecalciferol (0,5mg/ml) - 1gota [9h] PO	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Colecalciferol (0,5mg/ml) - 1gota [9h] PO

O Colecalciferol pertence ao grupo das Vitaminas lipossolúveis (vitamina D3).
Indicação terapêutica: Profilaxia do raquitismo em recém-nascidos prematuros; Profilaxia de deficiência em vitamina D em crianças e adultos com risco reconhecido.
Efeitos indesejáveis mais frequentes: Obstipação, flatulência, náuseas, dor abdominal ou diarreia. Podem ocorrer reações de hipersensibilidade como prurido, erupção cutânea ou urticária.
(Infarmed, 2021)

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres
02-10-2023 13:00
- **02-10-2023 13:00 - Sonda gástrica**
  - 02-10-2023 13:00 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: administração de líquidos.
  - 02-10-2023 13:00 - Características do dispositivo: nº 8.

02-10-2023 13:00 - Determinar evolução da administração pela sonda

02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução da administração pela sonda gástrica [SOS]

02-10-2023 13:00 - Assegurar funcionamento da sonda

02-10-2023 13:00 - Otimizar sonda gástrica [Sem horário]

02-10-2023 13:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com a sonda gástrica

02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução do nível de inserção da sonda gástrica [3/3h e SOS]

02-10-2023 13:00 - Prevenir complicações relacionadas com sonda gástrica

02-10-2023 13:00 - Trocar sonda gástrica [7/7 dias e SOS]

02-10-2023 13:00 - Promover papel parental especial: medidas de otimização da sonda gástrica

02-10-2023 13:00 - Capacidade da mãe/pai para otimizar sonda gástrica: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 13:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para otimizar sonda gástrica [RESOLVIDO] 03-10-2023 22:00

02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para otimizar sonda gástrica [Sem horário] [FIM] 03-10-2023 22:00

03-10-2023 22:00 - Capacidade da mãe/pai para otimizar sonda gástrica: facilitadora [MELHOROU].

02-10-2023 13:00 - Instruir mãe/pai a otimizar a sonda gástrica [FIM] 03-10-2023 22:00

02-10-2023 13:00 - Treinar mãe/pai a otimizar sonda gástrica [FIM] 03-10-2023 22:00

02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: adesão a medidas de otimização da sonda gástrica [Sem horário]

03-10-2023 22:00 - A mãe/pai adota comportamentos de otimização da sonda gástrica de acordo com a recomendação.

02-10-2023 13:00 - Promover papel parental especial: alimentar por sonda gástrica

02-10-2023 13:00 - Capacidade da mãe/pai para alimentar por sonda gástrica: necessita de ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento certo para intervir

02-10-2023 13:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para alimentar por sonda gástrica

02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para alimentar por sonda gástrica [Sem horário]

02-10-2023 13:00 - Instruir mãe/pai para alimentar por sonda gástrica

02-10-2023 13:00 - Treinar mãe/pai para alimentar por sonda gástrica

02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: adesão a alimentação por sonda gástrica [Sem horário]

02-10-2023 13:00 - Cateter venoso periférico

02-10-2023 13:00 - Localização do cateter venoso periférico

02-10-2023 13:00 - Pé Esquerda(o)

02-10-2023 13:00 - Características do dispositivo: nº24G.
02-10-2023 13:00 - Ausência de dor.
02-10-2023 13:00 - Ausência de calor.
02-10-2023 13:00 - Ausência de rubor.
02-10-2023 13:00 - Ausência de tumefação.
02-10-2023 13:00 - Ausência de exsudado.
02-10-2023 13:00 - Ausência de infiltração.

02-10-2023 13:00 - Assegurar funcionamento do cateter

02-10-2023 13:00 - Otimizar cateter venoso periférico [1x turno e SOS]

02-10-2023 13:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [1x turno e SOS]

03-10-2023 22:00 - Localização do cateter venoso periférico
03-10-2023 22:00 - Pé Esquerda(o)
03-10-2023 22:00 - Ausência de dor.
03-10-2023 22:00 - Ausência de calor.
03-10-2023 22:00 - Ausência de rubor.
03-10-2023 22:00 - Ausência de tumefação.
03-10-2023 22:00 - Ausência de exsudado.
03-10-2023 22:00 - Ausência de infiltração.

02-10-2023 13:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

02-10-2023 13:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]
02-10-2023 13:00 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]

3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Sonda nasogástrica (SNG)

As intervenções relacionadas com a inserção e manipulação de SNG são das mais frequentes implementadas pelos enfermeiros em UCIN (Wallace & Steward, 2014). A SNG é um tubo flexível que permite o acesso ao estômago através do nariz ou boca (Woten & Balderrama, 2017). É importante que a SNG seja resistente aos diferentes valores de pH, mas frágeis ao ponto de não provocarem lesões na colocação. Os calibres mais utilizados na população neonatal são entre 6 Fr e 10 Fr, que deve ter em consideração o tamanho do bebé e a finalidade pretendida. Para manter o conforto, ao escolher o tamanho da SNG, deve-se optar pelo menor calibre possível para desempenhar a função pretendida sem interferir no conforto e trabalho respiratório do bebé (Wallace & Steward, 2014). No caso do D. foi colocada uma SNG de Levin, de lúmen único,

8Fr, para manter a alimentação.
A presença de SNG não é isenta de riscos e podem ocorrer complicações como a colocação traumática (que provoca irritação nasal, epistaxis e sinusite); lesões cutâneas associadas à fixação da SNG; lesão da mucosa gástrica por pressão exagerada durante a aspiração de conteúdo, se os orifícios da SNG se encontrarem em contacto com a mucosa (Woten & Balderrama, 2017); o incorreto posicionamento da SNG (na árvore brônquica ou no intestino delgado); perfuração da traqueia, esófago, estômago e também a aspiração de conteúdo alimentar (Ellett, 2004). Quando se trata de um cliente consciente, geralmente a colocação de SNG na traqueia reflete-se em tosse e engasgamento, dispneia, apneia, enfisema subcutâneo e hematémese (Woten & Balderrama, 2017), pelo que a SNG deve ser removida com cuidado, mas com urgência (Woten & Schub, 2023).
O método de medição nariz - lóbulo da orelha - apêndice xifóide para determinar o comprimento de SNG a inserir tem entrado em desuso por se constatar que muitas vezes não fica bem posicionada, uma vez que esta distância é muito curta, deixando a ponta da SNG ou alguns orifícios laterais no esófago. Deste modo atualmente recomenda-se a medida nariz - lóbulo da orelha - ponto médio entre o apêndice xifóide e o umbigo (Wallace & Steward, 2014). A sonda não deve ser utilizada até confirmação segura do seu posicionamento. As novas evidências comprovam que o método de auscultação (colocação de ar no estômago enquanto ausculta o abdómen com estetoscópio) não é eficaz , pelo que este método tem entrado em desuso (Woten & Balderrama, 2017). Portanto, a verificação do correto posicionamento da SNG pode ser realizada através de radiografia, que é considerado o método mais eficaz, contudo, apresenta riscos associados à exposição à radiação e custos elevados (Woten & Schub, 2023), ou pode ser realizada através da observação do conteúdo aspirado e de avaliação do pH desse conteúdo. À observação, as secreções gástricas devem parecer claras e incolores, amarelas ou verde-claras. As secreções do intestino delgado geralmente apresentam um tom castanho-claro. O resíduo aspirado pode ser colocado numa tira de pH, sendo que os valores inferiores a 4 indicam a presença de ácido gástrico e acima de 6 indicam secreções respiratórias ou do intestino delgado (Woten & Balderrama, 2017). Após correta colocação de SNG, esta deve ser fixada na bochecha ou ao nariz (Woten & Schub, 2023). O adesivo deve ter trocado a cada 2/3 dias, quando estiver sujo ou solto (Walsh & Gresh, 2022) ou quando houver evidência de lesões cutâneas. A pressão da SNG na asa do nariz deve ser evitada, para prevenir úlceras de pressão (Walsh & Breeding, 2023). Quanto à verificação do posicionamento da sonda, as indicações são de o confirmar antes de cada bólus, em casos de alteração na estabilidade hemodinâmica (por exemplo, aumento do trabalho respiratório ou do desconforto) e após acessos de vómito ou tosse vigorosa, pois a ponta distal pode ter-se deslocado (Woten & Balderrama, 2017).
A SNG deve ser substituída respeitando as recomendações do fornecedor (Woten & Balderrama, 2017), sendo que se deve diminuir a realização destes procedimentos, que minimizará a exposição à dor e ao desconforto (Wallace & Steward, 2014). Durante este procedimento doloroso e desconfortável para o bebé, que também envolve stress para a família, pode

promover-se o vínculo, incentivando os pais a confortar e envolver o bebé, se assim pretenderem. Alguns podem preferir não estar presentes por ser um procedimento invasivo (Woten & Schub, 2023). A família deve ser tranquilizada quanto ao facto de que a presença de SNG pode ser ligeiramente desconfortável, mas não é dolorosa, nem é suposto que cause dificuldade respiratória, tosse ou lesões cutâneas. A família poderá ter um papel fundamental ao alertar a equipa se algum desses sinais/sintomas surgir (Woten & Balderrama, 2017).
Quanto à resolução/prevenção de problemas relacionados com a utilização das SNG, elas devem ser lavadas para manter a permeabilidade, antes e após as refeições; antes, depois e entre administração de diferentes medicamentos e, também, após verificar resíduos gástricos (Woten & Balderrama, 2017). Em caso de obstrução da SNG, e caso a tubuladura não se encontre presa nem dobrada, deve-se tentar proceder à aspiração da sonda, começando por aspirar o máximo de conteúdo possível, após esse passo, instilar água morna em movimentos suaves de empurrar/puxar, de forma a tentar mover o que obstrói a SNG. Caso se mantenha obstruída, pode-se deixar a sonda com água morna, conectada à seringa cerca de 20/30 minutos e tentar novamente o mesmo movimento. Se não se resolver, a SNG deve ser trocada (Walsh & Breeding, 2023).
Devem ser tomadas precauções especiais para evitar a confusão de sistemas endovenosos e entéricos. Preferencialmente devem ser utilizados adaptadores, seringas e sistemas próprios para a via entérica, que não acoplem a vias endovenosas ou epidurais (Woten & Schub, 2023).

Cateter venoso periférico (CVP)

Na colocação do CVP, o enfermeiro deve ter em conta aspetos como o estado clínico do cliente, as suas características, os fármacos que serão administrados e o tempo previsto para a terapêutica, de forma a prevenir complicações (Ferreira et al., 2007).
Antes da colocação de um CVP, deve utilizar-se um antisséptico compatível com o material do dispositivo: a clorexidina está associada a uma menor taxa de infeção (O'Grady et al., 2011). A correta estabilização do CVP é fundamental, uma vez que a fricção e o deslocamento da sua posição original pode levar a complicações como extravasamento, infiltração e flebite mecânica (Brown et al., 2021). O tipo de penso usado deve ser estéril e permitir a avaliação do local de inserção, de forma a possibilitar a identificação de sinais inflamatórios, prevenindo a ocorrência de complicações (Centros de Controle e Prevenção de Doenças [CDC], 2011). Nos casos em que o penso se encontre sujo, descolado ou húmido, deve proceder-se à troca do mesmo e ao tratamento do local de inserção do CVP. Caso sejam detetados sinais inflamatórios, o CVP deve ser removido imediatamente (O'Grady et al., 2011).
A otimização do CVP consiste nos cuidados cujo objetivo é a conservação deste acesso funcional, tais como a alteração dos sistemas de infusão, a troca de obturador e a execução de flush com cloreto de sódio 0,9% para manter a permeabilidade do CVP (Goossens, 2015). No que diz respeito a troca de sistemas de infusão, o timing para a troca depende do produto que

está a ser infundido, no entanto preconiza-se a substituição até 96h (salvo exceções como nos componentes sanguíneos ou emulsões lipídicas) (O'Grady et al., 2011).
Como forma de minimizar a infeção preconiza-se a desinfeção do obturador antes e após manipulação do CVP, com álcool 70% ou solução alcoólica de clorexidina (CDC, 2011). A remoção do CVP deve ser realizada na presença de sinais inflamatórios ou a cada 72-96h para reduzir o risco de infeção e flebite (O'Grady et al., 2011).
No caso do D. o CVP foi colocado para a necessidade de realização de analgesia para conforto. Apesar de neste momento já não necessitar e por se encontrar funcionante, ainda não foi removido.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
02-10-2023 13:00	Reflexo de sucção	
02-10-2023 13:00	Sistema respiratório	
02-10-2023 13:00	Deglutição	
02-10-2023 13:00	Eliminação intestinal	
02-10-2023 13:00	Eliminação urinária	
02-10-2023 13:00	Pele e mucosas	
02-10-2023 13:00	Termorregulação	
02-10-2023 13:00	Sono	
02-10-2023 13:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
02-10-2023 13:00	Comportamentos para amamentar	
02-10-2023 13:00	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	
02-10-2023 13:00	Desenvolvimento psicomotor	
02-10-2023 13:00	Desenvolvimento físico	
02-10-2023 13:00	Recém-nascido	
02-10-2023 13:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
02-10-2023 13:00	Sistema cardiovascular	
02-10-2023 13:00	Espiritualidade	

3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Recém-nascido

Considera-se RN, o bebé com menos de um mês de vida, que ainda está a vivenciar a transição da vida uterina para a vida extrauterina (Papalia & Feldman, 2013). Surge como foco de atenção pois pode ser necessário, enquanto profissional de saúde, substituir a mãe/pai na satisfação de algumas necessidades do D.

Reflexo de sucção e Deglutição

Após o nascimento é expectável que o RN apresente um forte reflexo de sucção que lhe permite alimentar-se espontaneamente (Papalia & Feldman, 2013). Os reflexos de sucção e deglutição encontram-se presentes ainda antes do nascimento, por volta das 32-34 semanas apesar de serem descoordenados pelo menos até às 36-37 semanas. Embora se vão desenvolvendo lentamente com o crescimento, no caso dos RN prematuros, podem ser sincronizados, mas ineficazes, levando o RN à exaustão.
A definição do reflexo de sucção surge como "Reflexo: estabelecimento de ligação adequada da criança à mãe, enquanto mama e se alimenta, estabelecendo contacto; compreendendo os sinais da mãe; forma apropriada de agarrar a aréola; sucção e colocação da língua corretas; deglutição audível, num mínimo de cinco a 10 minutos em cada mama, largando espontaneamente quando satisfeito" (ICN, 2019). Ao passo que deglutir surge como "Comer ou beber: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago" (ICN, 2019).
No caso do D. o reflexo de sucção por vezes é ineficaz provocando cansaço e desinteresse.

Sistema respiratório

Imediatamente após o nascimento, a alteração fisiológica mais exigente para o RN é o início da respiração (Hockenberry & Wilson, 2011). Os pulmões dos RN apresentam apenas um décimo das cavidades comparado com os dos adultos, pelo que os problemas respiratórios no bebé são frequentes (Papalia & Feldman, 2013).
Nas unidades de cuidados especiais neonatais os RN encontram-se monitorizados pela instabilidade hemodinâmica inerente à imaturidade. Por exemplo, o tónus muscular pouco desenvolvido, inclusive no cárdia, pode fazer com que o leite do estômago seja facilmente regurgitado para o esófago, o que provoca apneia e bradicardia, existindo, inclusive, risco de aspiração. Outro fator que pode aumentar a dificuldade respiratória é o facto de o estômago dos bebés ter grande capacidade de distensão, levando ao enfartamento (Hockenberry & Wilson, 2011).
No caso do D. a estabilidade dos sinais vitais deve ser monitorizada para ajudar a compreender a tolerância alimentar e também porque apresentou alterações respiratórias ao nascimento.

Eliminação intestinal

Por volta do terceiro dia após o nascimento e início da alimentação, o mecónio (dejeções compostas por líquido amniótico, secreções intestinais e células da mucosa) é substituído pelas fezes de transição que geralmente são castanho-esverdeado ou amarelo acastanhado e menos pastosas que o mecónio (Hockenberry & Wilson, 2011).

Eliminação urinária

É expectável que até aos 5/6 dias de vida o RN tenha tantas fraldas molhadas quantos dias de vida, daí em diante é expectável que apresente 5/6 fraldas molhadas por dia até às duas semanas de vida e daí em diante 6 a 10 fraldas molhadas é o expectável como indicador de adequado aporte hídrico (Hockenberry & Wilson, 2011).

Pele e mucosas

A pele do RN é imatura e a interligação entre as diferentes camadas da pele ainda não está desenvolvida ao nascimento, pelo que o RN é suscetível a flictenas ou perda de epiderme, por exemplo por remoção de adesivos e equipamentos de monitorização. Os produtos cutâneos, tais como os desinfetantes, devem ser usados com precaução e a pele lavada de seguida. Quanto à dermatite da fralda, a pele deve ser mantida limpa e seca e se surgirem sinais iniciais de dermatite, deve ser aplicado creme barreira com óxido de zinco (Hockenberry & Wilson, 2011).

Termorregulação

Depois da respiração, a termorregulação é o fator mais importante à sobrevivência do RN. Os RN perdem muito calor por apresentarem uma baixa camada de gordura e uma superfície corporal elevada relativamente ao seu peso. Por outro lado, os RN também apresentam dificuldade em dispersar o calor, pelo que são sujeitos a hipertermia, se num ambiente sobreaquecido (Hockenberry & Wilson, 2011).
As camadas de gordura desenvolvem-se durante os últimos dois meses de gestação, e permitem ao RN de termo saudável manter temperaturas corporais estáveis (Papalia & Feldman, 2013). Quando é um RN pré-termo, as camadas de gordura ainda não estão tão desenvolvidas, pelo que estão mais suscetíveis às mudanças de temperatura e por isso o RN deve ser mantido num ambiente térmico neutro – aquele que lhe permite manter a temperatura corporal (Hockenberry & Wilson, 2011). A temperatura deve ser monitorizada para compreender se esse ambiente térmico neutro foi atingido.

Sono

O sono surge definido como "Processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos" (ICN, 2019).
Em média, os RN dormem 16 horas por dia, que variam entre 11 e 21 horas. Geralmente os períodos acordados são dedicados à alimentação (Papalia & Feldman, 2013).

O sono adequado é essencial para o crescimento saudável, isto porque a privação de sono pode inibir a secreção de hormona do crescimento e interferir com o normal desenvolvimento do bebé (Hockenberry & Wilson, 2011; Papalia & Feldman, 2013).
Os cuidados ao RN devem ser planeados, tanto quanto possível, de forma a respeitar a sua capacidade de resposta, tendo em conta os períodos de sono e períodos de alerta. Devem ser promovidos longos períodos de sono e a transição entre estados, despertando o RN antes dos cuidados tranquilamente, para acordar o RN deve-se chamar delicadamente o seu nome e colocar a mão sob o seu corpo. As transições bruscas podem influenciar negativamente o sistema de regulação do RN. Após os cuidados deve promover-se novamente um período de sono com interações tranquilas ao RN (Hockenberry & Wilson, 2011).
Os RN prematuros, internados em UCIN, sofrem maior probabilidade de alterações no padrão de sono, quer pela condição de saúde/doença, iluminação constante, ruído ambiental e mesmo pela manipulação frequente do RN que interrompe o ciclo de sono (Levy et al., 2017).

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

A ligação da mãe/pai ao filho aparece descrita como "Ligação entre cuidador e criança: estabelecimento de uma relação afetiva entre mãe/pai e a criança" (ICN, 2019). O processo de ligação mãe/pai-filho em UCIN fica interrompido, uma vez que após o nascimento os RN são muitas vezes retirados de junto dos pais. Esta separação física também envolve uma separação psicológica e emocional (Hockenberry & Wilson, 2011).
Os pais, ao verem os seus filhos rodeados de dispositivos e máquinas, ficam inclusive com medo de lhes tocar (Ncube et al., 2016), ao mesmo tempo que sentem culpa, choque e tristeza por não conseguirem proteger o bebé (Poehlmann et al., 2009). É importante incentivar e envolver os pais nos cuidados ao RN para promover a ligação, deve ser realizado um reforço positivo aos pais, proporcionando-lhes momentos de interação com a criança. O tato é fundamental, devendo-se incentivar que toquem no RN, sem perturbar a sua estabilidade hemodinâmica. É comum presenciar algumas manifestações de ligação mãe/pai- filho efetiva, como são a fascinação, preocupação e interesse pelo bebé. O próprio temperamento do RN faz com que exijam mais ou menos atenção dos pais, apresentando assim mais ou menos oportunidades de contacto, estímulo e, consequentemente, desenvolvimento (Hockenberry & Wilson, 2011).

Comportamentos para amamentar

Uma das causas associadas à interrupção da amamentação é o baixo peso ao nascer, uma vez que a força de sucção e a capacidade de realizar mais mamadas aumenta com a idade gestacional. O internamento em UCIN também prejudica a amamentação, uma vez que causa maior afastamento entre a mãe e a criança (Pereira-Santos et al., 2017). Assim, as dificuldades

no processo de amamentação podem prejudicar o comportamento para amamentar, pelo que é fundamental continuar a avaliá-lo e promovê-lo, reforçando os benefícios da amamentação para a mãe e para o RN.

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

A ligação do filho aos pais é intitulada como vinculação, segundo o ICN (2019), define-se como "Parentalidade: ligação entre a criança e a mãe e/ou o pai; formação de laços afetivos" (ICN, 2019).
O processo de vinculação é um laço que se cria entre o bebé e a figura cuidadora, é complexo e vai-se desenvolvendo conforme as oportunidades de interação (Hockenberry & Wilson, 2011), dependendo de ambas as partes para evoluir. Por exemplo, quando o bebé tenta exprimir uma necessidade e o adulto responde, a ligação a essa pessoa vai aumentando (Papalia & Feldman, 2013).
O processo de vinculação na UCIN, tal como o de ligação mãe/pai-filho, também fica interrompido (Hockenberry & Wilson, 2011).

Desenvolvimento psicomotor

O desenvolvimento psicomotor surge descrito como "Desenvolvimento da criança: processo natural e evolutivo. Integra a coordenação, a comunicação, a socialização e os aspetos da mobilidade. Capacidade para interagir com o meio envolvente através dos comportamentos" (ICN, 2019).
Assim, avaliar o comportamento do RN permite perceber se o desenvolvimento psicomotor está adequado, conforme o que foi enunciado anteriormente no enquadramento teórico.

Desenvolvimento físico

O desenvolvimento físico é um indicador de saúde global em pediatria, como tal, é muito relevante também nas crianças pré-termo (Sherry et al., 2003). Os valores antropométricos de peso, comprimento e perímetro cefálico, são os mais utilizados na avaliação do crescimento do RN (Bhatia, 2013). Durante os primeiros dias de vida, é frequente a perda de cerca de 10% do peso, relacionada, sobretudo, com a perda de líquidos. Geralmente esse peso é recuperado até à segunda semana de vida (Papalia & Feldman, 2013).
Monitorizar os valores antropométricos permite compreender se o bebé está a crescer como o esperado, dentro dos percentis adequados.

Sistema cardiovascular

Quanto à frequência cardíaca, após o nascimento é irregular e os valores de tensão arterial demoram cerca de dez dias a estabilizar (Papalia & Feldman, 2013). Em casos de regurgitamento, o RN também pode sofrer episódios de bradicardia, pelo que é importante monitorizar estes valores.

Espiritualidade

Os pais dos bebés em situações de saúde delicadas, sentem-se muitas vezes frustrados, assustados, culpados e sob muito stress. É frequente questionarem-se sobre a razão pela qual os filhos têm de vivenciar a situação de doença e sentem-se culpados por não o conseguir proteger (Heidari et al., 2022). Por outras palavras, as situações de doença de alguém próximo- neste caso, o filho- podem levar a questões existenciais/espirituais (Catlin et al., 2011). A angústia espiritual surge, então, como diagnóstico de enfermagem, sob a definição "Angústia: rotura com o que a pessoa acredita acerca da vida, questões acerca do sentido da vida, associada ao questionar do sofrimento, separação dos laços religiosos ou culturais, mudança nos sistemas de crenças e valores, sentimentos de intenso sofrimento e zanga contra a divindade" (ICN, 2019).
Sendo um diagnóstico de enfermagem, os enfermeiros podem responder a esta angústia apoiando os pais, incentivando o cuidado ao RN, incluindo objetos familiares na unidade do bebé, devolvendo aos pais o seu propósito e sentimento de parentalidade (Caldeira & Hall., 2012). O cuidado espiritual pode ser uma estratégia que reduza os níveis de stress dos pais, aumentando a sensação de paz interior e promovendo a esperança, uma vez que pode ajudar os pais a desenvolverem estratégias de *coping* (Reihani et al., 2014), por atribuírem um significado às situações. O cuidado espiritual pode melhorar o bem-estar e satisfação dos pais (Heidari et al., 2022).
O cuidado espiritual pode ser prestado através de múltiplas intervenções, das quais são exemplo a escuta ativa - ouvir com atenção; o toque terapêutico; desenvolver uma relação terapêutica e de confiança; promover a esperança; solicitar/encaminhar para apoio religioso ou espiritual (Caldeira & Hall., 2012); reflexão silenciosa; uso do sentido de humor (Kolodiy & Pontífice, 2019), mantendo sempre uma atitude de respeito, preservando a confidencialidade e prestando cuidados que dignifiquem a pessoa (Caldeira & Hall., 2012).

3.6. Conceção de Cuidados

Reflexo de sucção
02-10-2023 13:00
- 02-10-2023 13:00 - Com acanolamento da língua.
- 02-10-2023 13:00 - Com peristaltismo da língua.
- 02-10-2023 13:00 - Sem força de sucção.
- **02-10-2023 13:00 - Reflexo de sucção comprometido** [RESOLVIDO] 03-10-2023 22:00
  - **02-10-2023 13:00 - Determinar evolução do reflexo de sucção** [FIM] 03-10-2023 22:00
    - *02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução do reflexo de sucção [3/3h e SOS] [FIM]* 03-10-2023 22:00
      - 03-10-2023 22:00 - Com acanolamento da língua [MANTEVE].
      - 03-10-2023 22:00 - Com peristaltismo da língua [MANTEVE].
      - 03-10-2023 22:00 - Com força de sucção [MELHOROU].
  - **02-10-2023 13:00 - Promover reflexo de sucção** [FIM] 03-10-2023 22:00
    - *02-10-2023 13:00 - Estimular o reflexo de sucção [SOS] [FIM]* 03-10-2023 22:00
  - **02-10-2023 13:00 - Promover papel parental especial: adesão à estimulação do reflexo de sucção** [FIM] 03-10-2023 22:00
    - 02-10-2023 13:00 - Capacidade da mãe/pai para estimular o reflexo de sucção: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
    - **02-10-2023 13:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para estimular o reflexo de sucção** [RESOLVIDO] 03-10-2023 22:00
      - *02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para estimular o reflexo de sucção [Sem horário] [FIM]* 03-10-2023 22:00
      - *02-10-2023 13:00 - Instruir mãe/pai a estimular o reflexo de sucção [FIM]* 03-10-2023 22:00
      - *02-10-2023 13:00 - Treinar mãe/pai a estimular o reflexo de sucção [FIM]* 03-10-2023 22:00
    - *02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: adesão à estimulação do reflexo de sucção [Sem horário] [FIM]* 03-10-2023 22:00

Sistema respiratório
02-10-2023 13:00
- 02-10-2023 13:00 - Frequência respiratória: 52 ciclos/min.
- 02-10-2023 13:00 - Movimento respiratório simétrico.
- 02-10-2023 13:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.
- 02-10-2023 13:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.
- 02-10-2023 13:00 - Sem adejo nasal.
- 02-10-2023 13:00 - Saturação do oxigénio no sangue
  - 02-10-2023 13:00 - Periférico(a): 99 %.
- 02-10-2023 13:00 - Coloração da mucosa: rosada.

Sistema cardiovascular
02-10-2023 13:00
- 02-10-2023 13:00 - Localização do Pulso
  - 02-10-2023 13:00 - Tórax

02-10-2023 13:00 - Frequência do pulso: 143 pulsações por minuto.
02-10-2023 13:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
02-10-2023 13:00 - Membro inferior Direita(o)
02-10-2023 13:00 - Pressão sanguínea sistólica: 53 mmHg.
02-10-2023 13:00 - Pressão sanguínea diastólica: 36 mmHg.
02-10-2023 13:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea
02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1x turno e SOS]

Deglutição
02-10-2023 13:00
02-10-2023 13:00 - Sem indícios de compromisso da deglutição.

Eliminação intestinal
02-10-2023 13:00
02-10-2023 13:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.
02-10-2023 13:00 - Fezes: em moderada quantidade.
02-10-2023 13:00 - Consistência das fezes: Fezes pastosas ou semilíquidas.
02-10-2023 13:00 - Coloração das fezes: amarelada.
02-10-2023 13:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal
02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [3/3h e SOS]
03-10-2023 22:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].
03-10-2023 22:00 - Fezes: em moderada quantidade.
03-10-2023 22:00 - Consistência das fezes: Fezes pastosas ou semilíquidas.
03-10-2023 22:00 - Coloração das fezes: amarelada.

Eliminação urinária
02-10-2023 13:00
02-10-2023 13:00 - Quantidade de urina: 34 ml.
02-10-2023 13:00 - Cor da urina: amarelo-palha.
02-10-2023 13:00 - Cheiro da urina: "sui generis".
02-10-2023 13:00 - Determinar evolução da eliminação urinária
02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [3/3h e SOS]
03-10-2023 22:00 - Quantidade de urina: 21 ml.
03-10-2023 22:00 - Cor da urina: amarelo-palha.
03-10-2023 22:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

Pele e mucosas
02-10-2023 13:00
02-10-2023 13:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.
02-10-2023 13:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos
02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [1x turno e SOS]
03-10-2023 22:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Termorregulação
02-10-2023 13:00
02-10-2023 13:00 - Temperatura corporal periférica
02-10-2023 13:00 - Região axilar: 36.80 ºC.
02-10-2023 13:00 - Determinar evolução da temperatura corporal
02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1x turno e SOS]

03-10-2023 22:00 - Temperatura corporal periférica
03-10-2023 22:00 - Região axilar: 36.70 ºC.

Sono

02-10-2023 13:00

02-10-2023 13:00 - Dormiu por períodos longos.

02-10-2023 13:00 - Determinar evolução do sono

02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução do sono [Sem horário]

03-10-2023 22:00 - Dormiu por períodos longos.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

02-10-2023 13:00

02-10-2023 13:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

02-10-2023 13:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

02-10-2023 13:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Sem horário]

03-10-2023 22:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador [MANTEVE].

02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [Sem horário]

Comportamentos para amamentar

02-10-2023 13:00

02-10-2023 13:00 - Adota posição confortável para facilitar o mamar.

02-10-2023 13:00 - Não utiliza estratégias para estimular o mamar.

02-10-2023 13:00 - Com manifestações de pega adequada.

02-10-2023 13:00 - Amamentação

02-10-2023 13:00 - Determinar evolução da amamentação

02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar [Sem horário]

03-10-2023 22:00 - Utiliza estratégias para estimular o mamar [MELHOROU].

03-10-2023 22:00 - Com manifestações de pega adequada [MANTEVE].

02-10-2023 13:00 - Promover o amamentar/mamar

02-10-2023 13:00 - Assistir na amamentação [Sem horário]

02-10-2023 13:00 - Promover papel parental desenvolvimental: gestão da amamentação

02-10-2023 13:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre amamentação
02-10-2023 13:00 - facilitador.

02-10-2023 13:00 - Capacidade da mãe para amamentar
02-10-2023 13:00 - facilitadora.

02-10-2023 13:00 - Autoeficácia da mãe para amamentar
02-10-2023 13:00 - facilitadora.

02-10-2023 13:00 - Consciencialização da mãe/pai sobre a relação entre o número de mamadas e a produção de leite: facilitadora.

02-10-2023 13:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à amamentação: não dificultador.

02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: gestão da amamentação [Sem horário]

03-10-2023 22:00 - A mãe/pai adota comportamentos de gestão da

amamentação.

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

02-10-2023 13:00

02-10-2023 13:00 - Comportamentos de vinculação: procura atrair a presença do adulto com choro, sorriso, balbuciar, olhar ou agitando os braços; comportamentos direcionados a qualquer pessoa, porque não consegue distinguir adultos.

02-10-2023 13:00 - Determinar evolução da vinculação

02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução da vinculação [Sem horário]

03-10-2023 22:00 - Comportamentos de vinculação: procura atrair a presença do adulto com choro, sorriso, balbuciar, olhar ou agitando os braços; comportamentos direcionados a qualquer pessoa, porque não consegue distinguir adultos [MANTEVE].

Desenvolvimento psicomotor

02-10-2023 13:00

02-10-2023 13:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

02-10-2023 13:00 - Desenvolvimento infantil

02-10-2023 13:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil

02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [Sem horário]

02-10-2023 13:00 - Promover desenvolvimento infantil

02-10-2023 13:00 - Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil [Sem horário]

Desenvolvimento físico

02-10-2023 13:00

02-10-2023 13:00 - Peso: 2.20 Kg.

02-10-2023 13:00 - Percentil do peso: P(1).

02-10-2023 13:00 - Crescimento

02-10-2023 13:00 - Determinar evolução do crescimento

02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução do crescimento [2/2 dias]

02-10-2023 13:00 - Promover papel parental especial: adesão a estratégias promotoras do crescimento

02-10-2023 13:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre crescimento: facilitador.

Recém-nascido

02-10-2023 13:00

02-10-2023 13:00 - Determinar evolução do coto do cordão umbilical

02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical [1x turno e SOS]

03-10-2023 22:00 - Estado do coto umbilical:em mumificação.

02-10-2023 13:00 - Substituir mãe/pai nas atividades para satisfazer necessidades desenvolvimentais

02-10-2023 13:00 - Alimentar através de biberão [SOS]

02-10-2023 13:00 - Dar banho [2/2 dias e SOS]

02-10-2023 13:00 - Trocar fralda [3/3h e SOS]

02-10-2023 13:00 - Tratar do coto do cordão umbilical [Manhã e SOS]

02-10-2023 13:00 - Vestir/despir [Sem horário]
02-10-2023 13:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [Sem horário]
02-10-2023 13:00 - Implementar medidas de segurança [Sem horário]
02-10-2023 13:00 - Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil [Sem horário]
02-10-2023 13:00 - Alimentar através de sonda gástrica [SOS]

Espiritualidade
02-10-2023 13:00

02-10-2023 13:00 - Promover bem-estar espiritual
02-10-2023 13:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à espiritualidade: Sentimento de culpa e Sensação de perda do papel parental

02-10-2023 13:00 - Angústia Espiritual
02-10-2023 13:00 - Avaliar condição espiritual [Sem horário]
02-10-2023 13:00 - Promover esperança [Sem horário]
02-10-2023 13:00 - Toque terapêutico [Sem horário]
02-10-2023 13:00 - Providenciar apoio espiritual [Sem horário]
02-10-2023 13:00 - Providenciar privacidade para comportamento espiritual [Sem horário]
02-10-2023 13:00 - Avaliar evolução da condição espiritual [Sem horário]

3.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do crescimento
- Pesar (2/2 dias)
- Medir (7/7 dias)
- Medir perímetro cefálico (7/7 dias)

Estimular o reflexo de sucção
- Alimentar a criança quando se encontrar totalmente alerta
- Usar tetina firme e estável, que permita ao D. um maior controlo de fluxo
- Realizar apoio da bochecha e mandíbula: utilizar os dedos (polegar e indicador) para exercer pressão suave - para dentro e para a frente- nas bochechas, e o terceiro dedo para levantar e estabilizar a mandíbula

Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil
- Oferecer diferentes estímulos táteis
- Falar com o bebé

Instruir mãe/pai a estimular o reflexo de sucção
- Explicar e demonstrar à mãe técnicas para manter o bebé alerta (despertar suavemente; acariciar zona do queixo e pescoço do D.; fazer cócegas nos pés do D.; remover peças de roupa, deixando o bebé envolvido numa manta; massajar a cabeça do bebé enquanto alimenta/amamenta)

- Explicar à mãe que a tetina não deve ser manipulada (torcida ou rodada) uma vez que o recém-nascido tem dificuldades em gerir grandes fluxos de leite.
- Explicar à mãe que o biberão não deve ser movimentado de cima para baixo, nem para dentro e para fora da boca
- Explicar e demonstrar à mãe a técnica de apoio de bochecha e mandíbula
- Explicar à mãe a importância de observar os comportamentos do bebé (respiração mais acelerada, perder leite pelos cantos da boca, lábios azulados, diminuição da SpO2, sonolência) que demonstram cansaço ou incapacidade de completar a mamada
- Explicar à mãe que o bebé pré-termo demora mais para se alimentar, o que requer paciência.
- Explicar à mãe que deve proporcionar períodos de pausa durante a mamada, que também podem servir para estimular a eructar
- Explicar à mãe que quando não estiver apto a continuar a mamada, o resto da alimentação deve ser por sonda.
- Explicar à mãe que entre mamadas é importante promover o descanso do bebé

Treinar mãe/pai a estimular o reflexo de sucção

- Supervisionar a mãe a estimular o reflexo de sucção do bebé
- Esclarecer dúvidas
- Elogiar o desempenho da mãe

Implementar medidas de segurança

- Manter laterais do berço elevadas
- Organizar a unidade de cuidados
- Manter pulseira de identificação

Implementar estratégias de promoção do sono

- Minimizar os ruídos
- Ajustar a luminosidade
- Planear a prestação de cuidados, agrupando as atividades no menor número de momentos, para não interromper o sono

Otimizar sonda gástrica

- Trocar o adesivo da sonda a cada 2/3 dias, sempre que estiver sujo ou solto e sempre que houver lesões cutâneas
- Verificar posicionamento da sonda gástrica através da medição de pH do resíduo ou de radiografia, antes de a utilizar, após acessos de tosse, espirros ou vómitos
- Lavar a sonda com água antes e após as refeições e antes e após verificar resíduo gástrico
- Em caso de obstrução de sonda, proceder à sua desobstrução, instilando água morna com movimentos de puxar e empurrar, com o objetivo de mover o que obstrói a sonda
- Se não for possível desobstruir a sonda, trocar a mesma

Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para estimular o reflexo de sucção

- Observar comportamento da mãe: se reconhece e aplica estratégias para estimular o reflexo de sucção

Tratar do coto do cordão umbilical

- Limpar com Cloreto de Sódio 0,9%
- Secar

Instruir mãe/pai a otimizar a sonda gástrica

- Explicar e demonstrar à mãe a verificar posicionamento da sonda gástrica através da observação de conteúdo gástrico: deve ser claro, amarelado ou verde-claro.
- Explicar à mãe que a presença de sonda pode ser desconfortável, mas não é dolorosa
- Explicar à mãe que não é expectável que a presença de sonda cause tosse ou dificuldade respiratória, pelo que deve alarmar imediatamente a equipa de saúde.
- Explicar e demonstrar à mãe que deve lavar a sonda com água antes e após as refeições e antes e após verificar resíduo gástrico
- Explicar à mãe que em caso de obstrução de sonda, deve alertar a equipa de saúde

Treinar mãe/pai a otimizar sonda gástrica

- Supervisionar a mãe a otimizar sonda gástrica
- Esclarecer dúvidas
- Elogiar o desempenho da mãe

Assistir na amamentação

- Estar presente durante a amamentação
- Incentivar amamentação
- Realizar reforço positivo
- Esclarecer dúvidas
- Ajudar nas dificuldades sentidas

Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical

- Vigiar estado de mumificação do coto do cordão umbilical
- Vigiar presença de sinais inflamatórios (dor, calor, rubor, edema, odor fétido e presença de exsudado)

Avaliar evolução do papel parental especial: adesão à estimulação do reflexo de sucção

- Verificar se a mãe implementa estratégias de estimulação do reflexo de sucção

Alimentar através de sonda gástrica

- Verificar resíduo gástrico para avaliar tolerância alimentar
- Proceder à alimentação por gavagem através de sonda gástrica

Avaliar evolução do papel parental especial: adesão a alimentação por sonda gástrica

- Verificar se a mãe alimenta por sonda gástrica

Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para alimentar por sonda gástrica

- Supervisionar mãe a alimentar por sonda gástrica

Instruir mãe/pai para alimentar por sonda gástrica

- Explicar e demonstrar à mãe que antes de utilizar a sonda, deve verificar o seu posicionamento e lavar com água

- Explicar e demonstrar à mãe que a alimentação por sonda deve ser realizada por ação da gravidade: adaptar seringa à sonda, sem o êmbolo e inserir o leite de forma a que ele perfunda lentamente
- Explicar à mãe que deve incentivar o uso de chupeta neste momento para o bebé associar o reflexo de sucção à sensação de saciedade
- Explicar e demonstrar à mãe que deve lavar a sonda com água morna após a utilização

Avaliar evolução da condição espiritual

- Questionar a mãe como se sente
- Relembrar mãe sobre como se sentia anteriormente e comparar com o momento atual

Avaliar condição espiritual

- Questionar a mãe sobre como se sente a nível espiritual

Promover esperança

- Reflexão conjunta sobre a evolução do D.
- Descrever situações positivas
- Estabelecer objetivos realistas com a mãe

Providenciar apoio espiritual

- Escuta ativa
- Reflexão silenciosa
- Uso do sentido de humor
- Incentivar à prestação de cuidados ao D.

3.8. Síntese relativa ao caso

Outros dados relevantes:

Dado necessário mas não suficiente [Disponibilidade para aprender]:

A mãe mostra-se disponível para aprender, estando atenta, colocando questões e através de alguns desabafos ao longo do internamento.

Dado necessário mas não suficiente [Capacidade]:

(Diagnóstico: Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para estimular o reflexo de sucção).

Os pais não sabem estimular a sucção e por isso por vezes acaba por adormecer, não completando a mamada. Não conhece as estratégias nem é capaz de as implementar.

(Diagnóstico: Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para alimentar por sonda gástrica).

A mãe não alimenta por sonda quando o bebé não é capaz de se alimentar espontaneamente.

Indicadores de resultado

Reflexo de sucção comprometido

Que o D. apresente um reflexo de sucção vigoroso

Que o D. seja capaz de mamar ao seio materno

Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para estimular o reflexo de sucção

Que a mãe seja capaz de aplicar estratégias de estimulação do reflexo de sucção

Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para alimentar por sonda gástrica

Que a mãe seja capaz de alimentar por sonda eficazmente

Amamentação

Que a mãe mantenha o comportamento para amamentar

Desenvolvimento infantil

Que o D. apresente desenvolvimento infantil positivo, contínuo e regular

Que o D. apresente comportamento dentro dos parâmetros da normalidade para a sua faixa etária

Crescimento

Que o D. apresente evolução do peso corporal

Angústia Espiritual

Que a mãe do D. não sinta culpa

Que a mãe do D. não apresente sensação de perda do papel parental

Reflexão

No caso que aqui se descreve, a mãe do D. sente culpa por este se encontrar internado e com dificuldades, uma vez que o parto foi induzido por doença da mãe. Apresenta apoio familiar, que considera essencial e positivo. Manifesta sensação de perda do papel parental, com receio de

tomar iniciativa nos cuidados ao bebé por sentir que ele “está entregue ao hospital”. O choro era frequente, bem como a menção aos tempos difíceis que a família ainda teria pela frente. Não demonstrou revolta face à situação, mas angústia e receio: o bebé encontrava-se internado para aquisição de competências alimentares e a mãe queria poder levá-lo para casa antes de iniciar os tratamentos, para lhe poder dedicar esse tempo. Demonstrou necessidade de ficar sozinha com o bebé, enquanto o olhava e tocava. Esse tempo foi providenciado.

Por estes motivos considerei essencial o cuidado espiritual a esta mãe, através da escuta ativa e do uso frequente do sentido de humor, que permitiu diminuir o stress por ela vivenciado. Foi possível desenvolver uma relação terapêutica e de confiança com ela. No final do turno encontrava-se mais esperançosa.

Atendendo à evolução da ontologia e do conhecimento ao longo do ENP, surge a errata do domínio Espiritualidade, de forma a corresponder melhor à verdade:

DOMÍNIO: Espiritualidade
Cliente/indivíduo: mãe/pai
Objetivo: Promover bem-estar espiritual
Dado: Significado atribuído pela mãe/pai à espiritualidade: Sentimento de culpa e Sensação de perda do papel parental
Potencial para melhorar o significado atribuído à espiritualidade
Intervenção: Assistir mãe/pai a analisar o significado dificultador Avaliar evolução do significado atribuído pela mãe/pai à espiritualidade
Indicador de resultado: Que verbalize um novo significado de espiritualidade Que a mãe não sinta culpa Que a mãe não apresente sensação de perda do papel parental

DOMÍNIO: Espiritualidade
Cliente/indivíduo: mãe
Objetivo: Diminuir a angústia espiritual
Dado: Questiona o sofrimento Expressa necessidade de se reconciliar com Deus Alteração do comportamento: tristeza e choro
Angústia Espiritual
Intervenção: Providenciar apoio espiritual (atividades que concretizam a intervenção em "especificação das intervenções") Providenciar privacidade para comportamento espiritual - Solicitar apoio de capelão Toque terapêutico Promover esperança (atividades que concretizam a intervenção em "especificação das intervenções")
Indicador de resultado: Que atinja a integridade espiritual Que diminuam episódios de alterações de comportamento Que expresse reconciliação com Deus

4. CASO CLÍNICO 2 - CONTEXTO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O João (nome fictício) tem sete anos e recorre ao serviço de urgência acompanhado pela mãe, por apresentar zona de tumefação cervical e hematomas dispersos, sem história de trauma associado, com cerca de três semanas de evolução e com agravamento gradual. Apresenta quadro de picos febris há cerca de 24 horas. Está internado no serviço de curta duração (OBS), a aguardar vaga de internamento por suspeita de diagnóstico de leucemia. Fica em pausa alimentar para realização de novos exames de diagnóstico. Inicia quadro de vómitos no serviço de urgência.

4.1. Enquadramento teórico

Leucemia

O cancro em pediatria é raro, porém, nesta faixa etária, é a causa mais frequente de morte por doença (Kaplan, 2019) e a segunda maior causa de morte em idade pediátrica, depois dos acidentes (Whitehead et al., 2016).
A leucemia é a doença oncológica mais frequente em pediatria, sendo responsável por cerca de 30% dos casos de cancro infantil (Kaplan, 2019) e faz parte do grupo de doenças oncológicas das células sanguíneas (doença hematológica) (Johnson & Keogh, 2012). É o resultado de mutações que ocorrem durante a hematopoiese e que provocam a proliferação descontrolada e maturação celular anormal impedindo a produção de células normais (Rose-Inman & Kuehl, 2017). Isto é, existe a proliferação de glóbulos brancos imaturos (blastos), que revelam propriedades neoplásicas semelhantes às dos tumores sólidos. As manifestações clínicas da doença são consequência da substituição de células normais por estas células não funcionais (Hockenberry & Wilson, 2011; Kaplan, 2019).
Numa fase inicial a leucemia caracteriza-se por queixas inespecíficas e sintomas imprecisos (Rose-Inman & Kuehl, 2017), que podem estar relacionados com a diminuição da produção de elementos constituintes do sangue. Manifesta-se por anemia, palidez cutânea e fadiga, pela diminuição de eritrócitos; infeção, pela neutropenia; e hemorragia, hematomas e petéquias, pela diminuição da produção de plaquetas (Hockenberry & Wilson, 2011; Kaplan, 2019). São frequentes os sintomas compatíveis com uma síndrome gripal que não desaparece na totalidade: cefaleias, apatia, irritabilidade, febre, anorexia, mas também, ao invadir a medula óssea (levando ao seu enfraquecimento), pode aumentar a frequência de fraturas, dor óssea, artralgias (Hockenberry & Wilson, 2011) e claudicação (Kaplan, 2019; Rose-Inman & Kuehl, 2017). A linfadenopatia é frequente nas crianças, quando recorrente deve gerar preocupação.

Pode envolver outros órgãos como o baço e o fígado - causando esplenomegalia e hepatomegalia - ou o sistema nervoso central, pelo que se pode ser oportuna a realização de punção lombar para descartar a hipótese (Rose-Inman & Kuehl, 2017). Quando há envolvimento do sistema nervoso central pode haver aumento da pressão intracraniana, e surgem sintomas como cefaleias, vómitos, irritabilidade, convulsão e alteração do estado de consciência -letargia e coma (Hockenberry & Wilson, 2011; Kaplan, 2019).
Existem diferentes tipos de leucemia: a leucemia linfoblástica aguda, responsável por cerca de 80% dos casos, e a leucemia mielóide aguda (Kaplan, 2019). Estas duas diferem no tipo de células envolvido: a leucemia linfoblástica aguda envolve os linfócitos e a leucemia mielóide aguda envolve os granulócitos e monócitos (Johnson & Keogh, 2012).
Com as possibilidades de tratamentos recentes e inovadores, a maior parte das crianças tem uma possibilidade de cura (Kaplan, 2019). O tratamento pode consistir numa série de estratégias combinadas, entre as quais a quimioterapia, o transplante de medula óssea e a radioterapia (Johnson & Keogh, 2012).
Os casos de recaída são recorrentes (Kaplan, 2019) e as consequências pós tratamento, a nível de desenvolvimento neurocognitivo, da saúde mental ou do funcionamento do sistema endócrino (Rose-Inman & Kuehl, 2017).
Em casos de cancro recém diagnosticado, a síndrome de lise tumoral é a complicação mais comum e é uma emergência oncológica por aumentar significativamente a taxa de mortalidade e morbilidade. Ocorre quando há destruição maciça de células cancerígenas e é libertado o seu conteúdo na corrente sanguínea (potássio, fósforo, ácidos nucleicos) em quantidades consideráveis, que o organismo tem dificuldade em excretar. A lise tumoral na maior parte das vezes ocorre após início de tratamentos, mas pode ocorrer de forma espontânea, ainda antes destes se iniciarem e é mais frequente em casos de doença hematológica ou em grandes massas tumorais. A sobrecarga que provoca a nível de excreção pode causar lesão renal aguda, com aumento dos níveis de potássio e de fósforo, causando arritmia cardíaca e morte súbita (Gandra et al., 2017).

Desenvolvimento humano – Idade escolar

De acordo com Hockenberry e Wilson (2011), que apresentam as diferentes teorias que explicam o desenvolvimento infantil nesta faixa etária, para Kohlberg, é nesta idade que as crianças reconhecem as regras, embora não compreendam as razões por trás delas, julgam os comportamentos como “bons ou maus” conforme as consequências dos mesmos e podem interpretar a doença como um castigo por mau comportamento.
Para Erickson, a criança procura alcançar um sentimento de competência pessoal e interpessoal, através da aquisição de competências tecnológicas e sociais. Aumenta o desejo de independência e pode apresentar um sentimento de inferioridade quando não correspondem ao esperado.
Piaget, por sua vez, teoriza o desenvolvimento cognitivo, em que a criança começa a relacionar ações e acontecimento às representações mentais que expressa verbal ou simbolicamente. Começa a conseguir utilizar o processo de pensamento para experimentar eventos e ações, isto

é, conseguem representar as ações mentalmente, sem necessitarem obrigatoriamente de realizar os comportamentos. Ultrapassam o egoísmo característico da idade pré-escolar e conseguem ver as situações através de outros pontos de vista.

A família face ao diagnóstico de cancro em idade pediátrica

O diagnóstico de cancro, pela complexidade da doença e dos seus tratamentos, obriga à realização de ajustes na rotina familiar. Apesar de geralmente haver um membro que se destaca enquanto cuidador da criança doente (a maior parte das vezes, a mãe), estas alterações incluem não só a criança, mas toda a família (Moreira & Angelo, 2008).
A mãe/pai, inicialmente vive o choque perante a notícia e tomam consciência de que é necessário cuidar do filho doente (Guimarães & Enumo, 2015). A mãe, ao assumir o papel de cuidadora, necessita de se redefinir, pois para além de todas as alterações na vida diária provocadas pela doença, passa de ser mãe de uma criança saudável para ser mãe de uma criança com cancro (Moreira & Angelo, 2008).
A parentalidade é, segundo Meleis, uma transição desenvolvimental, que, perante este evento critico, se vive simultaneamente com uma transição de situacional, que ocorre durante um intervalo de tempo e geralmente provoca angústia e confusão, mas termina num período de estabilidade (Meleis et al., 2000). Ou seja, tornar-se mãe de uma criança doente é uma transição que se caracteriza por alterações realizadas no dia-a-dia e pela aquisição de estratégias de coping para lidar com o processo. O diagnóstico de cancro obriga a mãe a, simultaneamente, viver o diagnóstico de doença do filho, ter que lidar com a instabilidade provocada pela doença, mas também a uma reorganização de papeis. O significado que a mãe atribui à doença manifesta-se nas suas ações, reorganizações e decisões (Moreira & Angelo, 2008).
Cada família vive esta transição no seu tempo. Todas as mudanças, dificuldades e sentimentos negativos podem causar perturbações psicológicas, físicas e emocionais à família, que influenciam as atividades de vida diária e os relacionamentos. Perante o diagnóstico de cancro infantil, a família vive emoções como desespero, dúvidas e medos, irritabilidade e tristeza (Oliveira, 2021; Souza et al., 2021). Em algumas famílias surgem emoções positivas, como a resiliência, fortalecimento da fé, otimismo, companheirismo e esperança. As emoções e sentimento que a família vive são transmitidas à criança, que frequentemente vivencia tristeza, medo, ansiedade, curiosidade e incerteza; também sente falta dos irmãos e pais, e sente culpa e raiva (Souza et al., 2021). Na idade escolar, a criança geralmente já tem uma capacidade de compreensão que lhe permite ter conhecimento da sua condição de saúde; acaba por desenvolver um vocabulário rico em termos médicos e pode participar na tomada de decisão relativamente ao processo de saúde/doença. É de ter em consideração que esta condição crónica, com tudo o que lhe está inerente, geralmente leva a uma maturidade precoce da criança (Gomes et al., 2013). Assim, inicia, segundo a teoria de Meleis (2000), uma transição de saúde/doença.
O diagnóstico de cancro infantil também tem implicações nos irmãos saudáveis que se sentem

negligenciados, com receio quanto ao sucesso dos tratamentos e com medo de perder o seu irmão (Souza et al., 2021). Os maiores encargos financeiros que são direcionados para a criança doente, fazem com que haja menos recursos económicos para os irmãos saudáveis (Marques & Araújo, 2018).
O suporte familiar e social; o apoio nos cuidados à criança doente e aos irmãos saudáveis; e a comunicação entre os membros da família são fundamentais para a aquisição de estratégias de coping (Guimarães & Enumo, 2015). A equipa de saúde deve compreender o impacto provocado pela doença para implementar intervenções com o objetivo de ajudar estas famílias (Marques & Araújo, 2018; Oliveira, 2021), cujas necessidade muitas vezes passam por ter alguém que as escute na expressão dos seus sentimentos, receios, preocupações e significados atribuídos à situação (Guimarães & Enumo, 2015).

4.2. Clientes

Cliente

Escolar | Idade: 7 anos | Masculino

Mãe/Pai

01-12-2023 15:00

- 01-12-2023 15:00 - Figura parental principal: mãe.
- 01-12-2023 15:00 - Número de outros filhos: 1.
- 01-12-2023 15:00 - Filho(s) escolar.
- 01-12-2023 15:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.
- 01-12-2023 15:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-12-01 15:00:00	Paracetamol 420mg [SOS] EV	
2023-12-01 15:00:00	Ondansetrom 3mg [SOS] EV	

Início	Medicação	Fim
2023-12-01 15:00:00	Glucose 5%+ Cloreto de sódio 0,9% a 80ml/hora	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Paracetamol 420mg [SOS] EV

O Paracetamol é um analgésico e antipirético
Indicação terapêutica: Indicado para o tratamento de curta duração, da dor moderada, e para tratamento, de curta duração, da febre.
Contraindicações: Está contraindicado em doentes com hipersensibilidade ao paracetamol a qualquer um dos excipientes e em casos de insuficiência hepatocelular grave.
Efeitos indesejáveis: Os mais frequentes são dor e ardor no local de administração.
O início de ação no alívio da dor ocorre entre cinco a dez minutos após início da administração e o efeito máximo é obtido ao fim de uma hora, com duração de efeito entre quatro a seis horas. Enquanto antipirético, induz a redução de temperatura ao fim de meia hora, tendo uma duração de efeito até seis horas.
A semivida do Paracetamol é entre uma hora e meia duas horas.
(Infarmed, 2022)

Ondansetrom 3mg [SOS] EV

O Ondansetrom é um antiemético.
Indicação terapêutica: Prevenção de náuseas e vómitos.
Contraindicações: Em casos de hipersensibilidade ao ondansetrom ou a qualquer outro componente deste medicamento.
Efeitos indesejáveis: Sincope, enxaquecas, obstipação.
(Infarmed, 2023b)

Glucose 5%+ Cloreto de sódio 0,9% a 80ml/hora

É uma solução hipertónica.
Indicação terapêutica: Reidratação; de perda volume de líquidos, e dos iões (sódio e cloreto); fonte calórica.
Contraindicações: Pela presença de glicose, contraindicada em casos de Diabetes mellitus ou intolerância à glicose; hipernatremia e hipercloremia; hipertensão intracraniana.
Efeitos indesejáveis: Náuseas, vómitos, diarreia, cólicas abdominais, taquicardia, hipertensão, falência renal e edema pulmonar.
(Braun, 2023)
Em casos de suspeita /confirmação de síndrome de lise tumoral, iniciar hidratação com glucose

5% + cloreto de sódio 0,9% e não administrar potássio (Kaplan, 2019).

Não existem interações medicamentosas entre a medicação prescrita.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas
01-12-2023 15:00

01-12-2023 15:00 - Regime de nada pela boca

01-12-2023 15:00 - Promover adesão: regime de nada pela boca

01-12-2023 15:00 - Conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

01-12-2023 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca [RESOLVIDO] 01-12-2023 20:00

01-12-2023 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca [Sem horário] [FIM] 01-12-2023 20:00

01-12-2023 20:00 - Conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca: facilitador [MELHOROU].

01-12-2023 15:00 - Ensinar sobre necessidade de manter regime de nada pela boca [Agora] [FIM] 01-12-2023 20:00

01-12-2023 15:00 - Avaliar evolução da adesão ao regime de nada pela boca [Sem horário]

01-12-2023 20:00 - Realiza regime de nada pela boca de acordo com a recomendação.

01-12-2023 15:00 - Promover papel parental especial: adesão ao regime de nada pela boca

01-12-2023 15:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre necessidade de o cliente manter regime de nada pela boca: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

01-12-2023 15:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre necessidade de o cliente manter regime de nada pela boca [RESOLVIDO] 01-12-2023 20:00

01-12-2023 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre a necessidade de o cliente manter regime de nada pela boca [Sem horário] [FIM] 01-12-2023 20:00

01-12-2023 20:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre necessidade de o cliente manter regime de nada pela boca: facilitador [MELHOROU].

01-12-2023 15:00 - Ensinar mãe/pai sobre necessidade de o cliente manter regime de nada pela boca [Agora] [FIM] 01-12-2023 20:00

01-12-2023 15:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: adesão ao regime de nada pela boca [Sem horário]

01-12-2023 20:00 - A mãe/pai adota regime de nada pela boca de acordo com a recomendação.

Sondas, Drenos e Cateteres

01-12-2023 15:00

01-12-2023 15:00 - Cateter venoso periférico

01-12-2023 15:00 - Localização do cateter venoso periférico

01-12-2023 15:00 - Mão Direita(o)

01-12-2023 15:00 - Características do dispositivo: nº22G.

01-12-2023 15:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

01-12-2023 15:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [Sem horário]

01-12-2023 20:00 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: soro.

01-12-2023 15:00 - Assegurar funcionamento do cateter

01-12-2023 15:00 - Otimizar cateter venoso periférico (Mão Direita(o)) [1x turno e SOS]

01-12-2023 15:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

01-12-2023 15:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [1x turno e SOS]

01-12-2023 20:00 - Localização do cateter venoso periférico

01-12-2023 20:00 - Mão Direita(o)

01-12-2023 20:00 - Ausência de dor.

01-12-2023 20:00 - Ausência de calor.

01-12-2023 20:00 - Ausência de rubor.

01-12-2023 20:00 - Ausência de tumefação.

01-12-2023 20:00 - Ausência de exsudado.

01-12-2023 20:00 - Ausência de infiltração.

01-12-2023 15:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

01-12-2023 15:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]

4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Regime de nada pela boca

O jejum é prescrito antes de alguns procedimentos médicos com o objetivo de os tornar mais seguros, caso seja necessária sedação, ou para melhorar a qualidade da imagem obtida. A

prescrição de jejum deve ser fundamentada e a sua prática deve, efetivamente, apresentar benefícios. O início do jejum tem em consideração hora esperada de realização do exame (Rabelo et al., 2009).
O jejum só deve ser implementado quando essencial, uma vez que o jejum prolongado diminui a colaboração da criança durante o procedimento por provocar irritabilidade (Rabelo et al., 2009), fome, sede, ansiedade, em alguns casos, desequilíbrio hidraeletrolítico (Almeida & Sousa, 2017).

Cateter venoso periférico

Na colocação do CVP, o enfermeiro deve ter em conta aspetos como o estado clínico do cliente, as suas características, os fármacos que serão administrados e o tempo previsto para a terapêutica, de forma a prevenir complicações (Ferreira et al., 2007).
Antes da colocação de um CVP, deve utilizar-se um antisséptico compatível com o material do dispositivo: a clorexidina está associada a uma menor taxa de infeção (O'Grady et al., 2011). A correta estabilização do CVP é fundamental, uma vez que a fricção e o deslocamento da sua posição original pode levar a complicações como extravasamento, infiltração e flebite mecânica (Brown et al., 2021). O tipo de penso usado deve ser estéril e permitir a avaliação do local de inserção, de forma a possibilitar a identificação de sinais inflamatórios, prevenindo a ocorrência de complicações (CDC, 2011). Nos casos em que o penso se encontre sujo, descolado ou húmido, deve proceder-se à troca do mesmo e ao tratamento do local de inserção do CVP. Caso sejam detetados sinais inflamatórios, o CVP deve ser removido imediatamente (O'Grady et al., 2011).
A otimização do CVP consiste nos cuidados cujo objetivo é a conservação deste acesso funcional, tais como a alteração dos sistemas de infusão, a troca de obturador e a execução de flush com cloreto de sódio 0,9% para manter a permeabilidade do CVP (Goossens, 2015). No que diz respeito a troca de sistemas de infusão, o timing para a troca depende do produto que está a ser infundido, no entanto preconiza-se a substituição até 96h (salvo exceções como nos componentes sanguíneos ou emulsões lipídicas) (O'Grady et al., 2011).
Como forma de minimizar a infeção preconiza-se a desinfeção do obturador antes e após manipulação do CVP, com álcool 70% ou solução alcoólica de clorexidina (CDC, 2011). A remoção do CVP deve ser realizada na presença de sinais inflamatórios ou a cada 72-96h para reduzir o risco de infeção e flebite (O'Grady et al., 2011).
O uso de acessos venosos periféricos tem como vantagens a acessibilidade e a facilidade de procedimento. Nas crianças de idade esscolar, o medo de enfermeiros, dor e injeções é dos mais frequentes. No SUP, o procedimento de colocação de CVP deixa de ser apenas técnico e passa a envolver também um trabalho emocional da parte dos enfermeiros. Esta vertente emocional inclui ações que funcionam como estratégias de conforto, de entre as quais a distração, o jogo/brincadeiras e a música, mas também ações que demonstrem afeto como o carinho, sorriso, transmissão de confiança, compreensão, empatia e humor. Envolver os pais no processo também é facilitador para as crianças (Diogo et al., 2016).

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
01-12-2023 15:00	Consciência	
01-12-2023 15:00	Termorregulação	
01-12-2023 15:00	Volume de líquidos	
01-12-2023 15:00	Infância escolar	
01-12-2023 15:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
01-12-2023 15:00	Eliminação urinária	
01-12-2023 15:00	Sistema cardiovascular	
01-12-2023 15:00	Digestão	
01-12-2023 15:00	Atitudes terapêuticas	
01-12-2023 15:00	Espiritualidade	

4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Infância escolar

A infância escolar acontece entre os seis e os 12 anos de idade (Hockenberry & Wilson, 2011). A criança nesta idade ainda não tem total autonomia nas atividades de vida diárias. Neste sentido, a infância escolar surge como domínio pois pode ser necessário, enquanto profissional de saúde, substituir ou colaborar com a mãe/pai na satisfação de algumas necessidades no contexto de internamento em unidade de curta duração. O stresse provocado pela hospitalização também pode provocar algum retrocesso na autonomia conquistada, nos comportamentos adequados, nos padrões de alimentação, de eliminação e de sono (Silva & Ramos, 2011).

Consciência

Quando há envolvimento do sistema nervoso central, como já abordado, pode haver aumento da pressão intracraniana, que se manifesta através de cefaleias, vómitos, irritabilidade, convulsão e alteração do estado de consciência (letargia ou coma) (Hockenberry & Wilson, 2011; Kaplan, 2019). O desequilíbrio hidroeletrolítico provocado pela lise tumoral, caso ocorra, também pode provocar convulsão (Gandra et al., 2017).

Termorregulação

A febre é um sintoma frequente de leucemia, e é definida pelo ICN (2019) como "Termorregulação comprometida: elevação anormal da temperatura corporal; alteração do centro termorregulador do termostato interno, associada a um aumento da frequência respiratória, aumento da atividade metabólica, taquicardia com pulso fraco ou cheio e cheio e

com ressalto, agitação, cefaleia ou confusão; a subida rápida da febre é acompanhada por calafrios, tremores, arrepios, pele pálida e seca; a crise ou descida da febre é acompanhada por pele quente e ruborizada e de suor". Perante o diagnóstico de febre, é importante ter a termorregulação como foco de atenção, de forma a vigiar e gerir um novo pico febril, implementando intervenções com objetivo de diminuir a temperatura corporal.

Volume de líquidos

Sinais de desidratação ou oligúria não devem ser subestimados, uma vez que a síndrome de lise tumoral pode, por hiperfosfatemia, hipocalcemia, hiperuricemia, hipercalemia, provocar insuficiência renal aguda (Gandra et al., 2017). A soroterapia prescrita pode provocar falência renal ou edema pulmonar (Braun, 2023), pelo que é importante a monitorização de entradas e saídas de líquidos nestas situações.

Eliminação urinária

Em casos de lise tumoral, pela dificuldade do organismo em excretar os produtos resultantes da destruição de células cancerígenas, pode ocorrer falência renal com oligúria (Gandra et al., 2017), pelo que se deve vigiar a presença de micções e monitorizar-se o volume das mesmas.

Sistema cardiovascular

A leucemia pode manifestar-se com o surgimento de hematomas, como é o caso do João, por esse motivo é importante vigiar. O hematoma é, segundo o ICN (2019), uma "Perda sanguínea: concentração e acumulação de sangue retido dentro dos tecidos, pele ou órgãos, associadas a traumatismo ou hemóstase incompleta após intervenção cirúrgica; massa palpável, dor ao toque, pele dolorosa com coloração azul, esverdeado escuro ou amarela".

Digestão

Durante o internamento na sala de observação, o João inicia quadro de náusea – "Perceção comprometida: sensação de enjoo e de vontade de vomitar; sensação desagradável, vagamente referenciada ao epigastro e abdómen, ofensiva ao paladar ou ao olfato" - e vómito – "expulsar ou trazer de volta alimentos processados ou conteúdo gástrico através do esófago e para fora da boca." (ICN, 2019), que como constatado anteriormente, também são manifestações que ocorrem associados ao diagnóstico de leucemia. É importante perceber a evolução de sintomas e as formas possíveis de intervenção, de forma a diminuí-los.

Espiritualidade

A espiritualidade (neste caso, da mãe) surge como domínio de atenção uma vez que perante o diagnóstico de doença, a espiritualidade pode ser um meio facilitador de desenvolvimento de

estratégias de coping e de redefinição de significados (Fornazari & Ferreira, 2010) atribuídos à vida, à doença e à morte. A espiritualidade contribui, também, para diminuir o stress e promover a esperança (Weaver & Flannelly, 2004).
A mãe do João, perante a suspeita de diagnóstico, vive um momento de Angústia espiritual: "rotura com o que a pessoa acredita acerca da vida, questões acerca do sentido da vida, associada ao questionar do sofrimento, separação dos laços religiosos ou culturais, mudança nos sistemas de crenças e valores, sentimentos de intenso sofrimento e zanga contra a divindade" (ICN, 2019), em que questiona os motivos de Deus e o significado da doença e da vida.

4.6. Conceção de Cuidados

Consciência
01-12-2023 15:00
- 01-12-2023 15:00 - Consciente.
- **01-12-2023 15:00 - Determinar sinais de alteração da consciência**
  - *01-12-2023 15:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [Sem horário]*
    - 01-12-2023 20:00 - Consciente.

Sistema cardiovascular
01-12-2023 15:00
- 01-12-2023 15:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
  - 01-12-2023 15:00 - Membro superior Esquerda(o)
    - 01-12-2023 15:00 - Pressão sanguínea sistólica: 93 mmHg.
    - 01-12-2023 15:00 - Pressão sanguínea diastólica: 55 mmHg.
- 01-12-2023 15:00 - Perda sanguínea
  - 01-12-2023 15:00 - Membro inferior Esquerda(o): Perda sanguínea interna, retida dentro dos tecidos .
  - 01-12-2023 15:00 - Membro inferior Direita(o): Perda sanguínea interna, retida dentro dos tecidos .
  - 01-12-2023 15:00 - Tórax: Perda sanguínea interna, retida dentro dos tecidos .
- **01-12-2023 15:00 - Hematoma**
  - **01-12-2023 15:00 - Determinar evolução do hematoma**
    - *01-12-2023 15:00 - Avaliar evolução do hematoma [1x turno e SOS]*
- **01-12-2023 15:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea**
  - *01-12-2023 15:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1x turno e SOS]*

Digestão
01-12-2023 15:00

01-12-2023 15:00 - Com sensação de enjoo.
01-12-2023 15:00 - Presença de vómito.

01-12-2023 15:00 - Náusea

01-12-2023 15:00 - Gravidade da náusea: moderada.

01-12-2023 15:00 - Determinar evolução da náusea

01-12-2023 15:00 - Avaliar evolução da náusea [Sem horário]

01-12-2023 20:00 - Sem sensação de enjoo [MELHOROU].

01-12-2023 15:00 - Referenciar náusea ao médico [SOS]

01-12-2023 15:00 - Aliviar náusea

01-12-2023 15:00 - Promover autocontrolo: náusea

01-12-2023 15:00 - Conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

01-12-2023 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea [RESOLVIDO] 01-12-2023 20:00

01-12-2023 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea [Sem horário] [FIM] 01-12-2023 20:00

01-12-2023 20:00 - Conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea: facilitador [MELHOROU].

01-12-2023 15:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento [Agora] [FIM] 01-12-2023 20:00

01-12-2023 15:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da náusea [Sem horário]

01-12-2023 20:00 - Adota comportamentos de autocontrolo da náusea.

01-12-2023 15:00 - Promover papel parental especial: gestão da náusea

01-12-2023 15:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias de alívio da náusea: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

01-12-2023 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias de alívio da náusea [Sem horário]

01-12-2023 15:00 - Vomitar

01-12-2023 15:00 - Vómito em moderada quantidade.
01-12-2023 15:00 - Tipo de vómito: alimentar.

01-12-2023 15:00 - Determinar vómitos

01-12-2023 15:00 - Avaliar evolução do vomitar [Sem horário]

01-12-2023 20:00 - Sem vómitos.

01-12-2023 15:00 - Referenciar o vomitar ao médico [SOS]

01-12-2023 15:00 - Diminuir episódios de vómito

01-12-2023 15:00 - Promover papel parental especial: prevenção de complicações do vomitar

01-12-2023 15:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de aspiração: facilitador.

Eliminação urinária

01-12-2023 15:00

01-12-2023 15:00 - Cor da urina: amarelo-palha.
01-12-2023 15:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

01-12-2023 15:00 - Transparência da urina: Límpida.

01-12-2023 15:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

01-12-2023 15:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Sem horário]

01-12-2023 20:00 - Quantidade de urina: 150 ml.

01-12-2023 20:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

01-12-2023 20:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

01-12-2023 20:00 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

Termorregulação

01-12-2023 15:00

01-12-2023 15:00 - Temperatura corporal periférica

01-12-2023 15:00 - Ouvido: 38.30 ºC.

01-12-2023 15:00 - Hipertermia

01-12-2023 15:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

01-12-2023 15:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1x turno e SOS]

01-12-2023 20:00 - Temperatura corporal periférica

01-12-2023 20:00 - Ouvido: 37.20 ºC.

01-12-2023 15:00 - Promover termorregulação

01-12-2023 15:00 - Aplicar dispositivo de arrefecimento [SOS]

01-12-2023 15:00 - Promover papel parental especial: gestão da temperatura corporal

01-12-2023 15:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância da temperatura corporal: facilitador.

01-12-2023 15:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

01-12-2023 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal [Sem horário]

Volume de líquidos

01-12-2023 15:00

01-12-2023 15:00 - Sensação de sede normal.

01-12-2023 15:00 - Peso: 28.00 Kg.

01-12-2023 15:00 - Quantidade de urina: 270 ml.

Infância escolar

01-12-2023 15:00

01-12-2023 15:00 - Infância escolar

01-12-2023 15:00 - Substituir mãe/pai nas atividades para satisfazer necessidades desenvolvimentais

01-12-2023 15:00 - Implementar medidas de segurança [SOS]

Espiritualidade

01-12-2023 15:00

01-12-2023 15:00 - Diminuir angústia espiritual

01-12-2023 15:00 - Expressa falta de significado da vida

01-12-2023 15:00 - Questiona o sofrimento

01-12-2023 15:00 - Apresenta alteração no sistema de crenças relacionado com Deus

01-12-2023 15:00 - Choro inconsolável

01-12-2023 15:00 - Angústia Espiritual

01-12-2023 15:00 - Toque terapêutico [Agora]

01-12-2023 15:00 - Promover esperança [Agora]

01-12-2023 15:00 - Providenciar apoio espiritual [Agora]

01-12-2023 15:00 - Avaliar evolução da condição espiritual [Sem horário]

01-12-2023 15:00 - Promover bem-estar espiritual

01-12-2023 15:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à espiritualidade: Revolta e sensação de abandono relacionado com Deus

01-12-2023 15:00 - Potencial para melhorar o significado atribuído à espiritualidade

01-12-2023 15:00 - Assistir a mãe/pai a analisar significado dificultador [Agora]

01-12-2023 15:00 - Avaliar evolução do significado atribuído pela mãe/pai à espiritualidade [Sem horário]

4.7. Especificação das intervenções

Implementar medidas de segurança

- Manter grades da cama elevadas
- Manter pulseira de identificação
- Organizar a unidade de cuidados

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias de alívio da náusea

- Avaliar disponibilidade da mãe para aprender sobre estratégias de alívio da náusea

Ensinar sobre necessidade de manter regime de nada pela boca

- Explicar ao João que pode ser necessário realizar algum exame no hospital para onde vai ser transferido e que pode ter que estar sem comer para fazer esse exame

Ensinar mãe/pai sobre necessidade de o cliente manter regime de nada pela boca

- Em alguns exames, estar em jejum ajuda a ter um resultado de imagem mais claro
- Nos momentos pré-procedimento, pode ser importante o jejum, de forma a evitar que o João vomite, se for necessária sedação e impedindo assim que vá conteúdo para o pulmão

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal

- Avaliar disponibilidade da mãe para aprender sobre controlo da temperatura corporal

Ensinar sobre estratégias de relaxamento

- A utilização de atividades de distração (jogos, pintar, ver televisão) podem diminuir a náusea
- Inspirar devagar pelo nariz, como se cheirasse uma flor e expirar devagar pela boca, como se soprasse uma vela

Avaliar evolução do significado atribuído pela mãe/pai à espiritualidade

- Questionar à mãe sobre como se sente quanto à sua relação com Deus

Assistir a mãe/pai a analisar significado dificultador
- Explorar os significados atribuídos à espiritualidade
- Ajudar a desconstruir significados atribuídos à espiritualidade, orientando para os significados anteriormente atribuídos, se reconfortantes

Avaliar evolução da condição espiritual
- Questionar à mãe se quer falar sobre o que está a sentir no momento
- Relembrar mãe sobre como se sentia anteriormente e comparar com o momento atual

Promover esperança
- Descrever situações positivas
- Estabelecer objetivos realistas com a mãe

Providenciar apoio espiritual
- Escuta ativa
- Encorajar a falar sobre os seus medos e sentimentos
- Encorajar a recordar memórias felizes
- Reflexão silenciosa
- Uso do sentido de humor

4.8. Síntese relativa ao caso

Outros dados relevantes:

Disponibilidade para aprender:
- Promover papel parental especial: gestão da náusea e Promover papel parental especial: gestão da temperatura corporal : A mãe do João encontra-se numa fase de revolta face ao diagnóstico e não apresenta disponibilidade para aprender nem capacidade de reter informação, de momento.

Dado necessário, mas não suficiente [Disponibilidade para aprender]:
- Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre necessidade de o cliente manter regime de nada pela boca : A mãe questiona e quer compreender os motivos pelos quais o João não se pode alimentar, de forma a ela própria o poder ajudar a compreender a situação e a controlar a fome.
- Potencial para melhorar conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca : O João questiona porquê que não se pode alimentar uma vez que já se sente mais bem-disposto

Dado útil
- Espiritualidade : A mãe do João está revoltada com Deus, porque o pai faleceu no verão e agora tem o filho doente. Questiona o significado da vida e da doença; questiona o motivo

pelo qual isto está a acontecer ao filho dela.

Indicadores de Resultado:

Náusea

- Que o João refira ausência de náusea

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea

- Que o João refira estratégias de alívio da náusea

Hipertermia

- Que o João apresente temperatura corporal inferior a 38ºC

Infância escolar

- Que o João mantenha asseguradas as necessidades inerentes à faixa etária e à condição atual mesmo se na ausência da mãe

Angústia Espiritual

- Que a mãe do João restaure o significado da vida
- Que diminuam episódios de alterações de comportamento da mãe do João
- Que a mãe do João expresse reconciliação com Deus

Potencial para melhorar o significado atribuído à espiritualidade

- Que a mãe verbalize um novo significado de espiritualidade, sem se sentir revoltada e abandonada por Deus

Potencial para melhorar conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca

- Que o João identifique a necessidade de manter o regime de nada pela boca

Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre necessidade de o cliente manter regime de nada pela boca

- Que a mãe do João identifique a necessidade de se manter o regime de nada pela boca

Reflexão

Ao longo do contacto com esta criança/família e desta conceção de cuidados, foi possível refletir sobre a dificuldade na otimização do ambiente físico no contexto de SUP e também na dificuldade na vigilância de cada criança, pelo excesso de movimento e afluência existente no SUP. Estes fatores podem ser dificultadores na deteção antecipada de sinais de alerta e de agravamento do estado de saúde dos clientes.

Durante este processo também foi possível, e fundamental, refletir sobre a importância do cuidado espiritual. No SUP, o estabelecimento de uma relação de confiança família/profissionais de saúde por vezes é difícil, uma vez que a permanência do serviço é muito curta. Ao estar disponível para ouvir e apoiar a família neste momento difícil de diagnóstico, estabeleceu-se uma relação de confiança. A mãe viveu um momento de angústia espiritual, com dificuldade em gerir emoções e sentimentos, dúvidas quanto às razões de Deus e ao sentido da vida. Ao se

deparar com alguém disponível para a ouvir, conseguiu desabafar e chorar, assumindo de seguida uma postura diferente junto do filho, mais segura. Aquando da transferência de serviço, o agradecimento da mãe permitiu perceber que as intervenções de cuidado espiritual aplicadas, embora merecessem continuidade de cuidados, haviam atingido os objetivos e surtiram efeito ganhos em saúde na mãe do João.

5. CASO CLÍNICO 3 - CONTEXTO DO SERVIÇO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A Maria (nome fictício) recorre à USF, trazida pela mãe e pelo pai, para a consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil programada ao primeiro mês de vida. A mãe refere períodos prolongados de choro inconsolável, associados a cólicas.

5.1. Enquadramento teórico

Desenvolvimento infantil

A criança vive períodos de acentuado desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social (DGS, 2013b).
Hockenberry e Wilson (2011) descrevem as teorias do desenvolvimento que explicam as mudanças que ocorrem na criança. Segundo Erickson, para os lactentes é fundamental a existência de relações seguras com os adultos para o desenvolvimento da confiança, pois nesta fase confiam que o adulto vai satisfazer as suas necessidades. Para Piaget, entre o primeiro mês de idade e o quarto mês, o lactente substitui os comportamentos reflexos por comportamentos voluntários e torna-se capaz antecipar a resposta de alguns comportamentos, por exemplo, associam o choro característico de fome à resposta verbal da mãe/pai, como antecipação da alimentação e param de chorar ainda antes de entrarem em contacto com a tetina.
A "vinculação" descreve a criação de laços afetivos a figuras próximas que permitem ao lactente desenvolver sentimentos afeto, segurança e confiança no adulto que assume o papel de figura de vinculação (geralmente, a mãe). Quando a vinculação se desenvolve de forma inadequada, o lactente cresce sem confiar no meio envolvente, que pode resultar em consequências psicossociais até à idade adulta. Vários fatores podem influenciar o estabelecimento de laços afetivos mãe/pai-filho, por exemplo, quando o temperamento do lactente não corresponde à expectativa da mãe/pai, a relação pode ficar prejudicada. O temperamento difícil em lactentes pode aumentar a incidência de depressão materna. Com um mês de idade, o lactente sente-se atraído por rostos humanos, mas prefere os da mãe e do pai. Entre as seis e as oito semanas de vida surge o sorriso social como resposta a estímulos agradáveis. Os jogos e brincadeiras adequadas à idade são importantes no desenvolvimento social da criança, mas é essencial que se brinque com o lactente, para além de lhes dar brinquedos (Hockenberry & Wilson, 2011).

O desenvolvimento psicomotor é dinâmico, continuo e sequencial (DGS, 2013b). É importante que os profissionais de saúde reconheçam a sequência esperada, para avaliar corretamente o crescimento e anormalidades no desenvolvimento psicomotor. Os pais também devem ter conhecimentos sobre esta sequência para que não criem expectativas irrealistas quanto ao seu filho e para o poderem estimular de forma adequada à promoção do desenvolvimento infantil (Hockenberry & Wilson, 2011).

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) serve como guia orientador às consultas de avaliação de desenvolvimento infantil em unidades de cuidados de saúde primários. É abordado o conhecimento dos pais sobre como estimular e promover o desenvolvimento infantil na idade do seu filho e também os cuidados antecipatórios que facultam aos pais os conhecimentos necessários para melhorar a forma como desempenham o papel parental, ao preverem algumas situações/desafios que se aproximam.

Em todas as consultas devem ser abordadas as preocupações dos pais; as intercorrências desde a última consulta; o cumprimento da calendarização das imunizações previstas no plano nacional de vacinação; a avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte envolvente e, no primeiro ano de vida, é fundamental avaliar o estado emocional da mãe pelo risco de desenvolver depressão pós-parto.

É importante que o profissional de saúde reconheça e aplique escalas de avaliação do desenvolvimento psicomotor, como é exemplo a escala de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan, que torna o desenvolvimento mais mensurável (DGS, 2013b).

Algumas atividades recomendadas para a estimulação do desenvolvimento infantil em lactentes com um mês de idade são oferecer objetos brilhantes, levar o lactente a diferentes divisões da casa, falar com o lactente, acariciá-lo, massajar o corpo e escovar o cabelo com escova macia, levar para passeios de carro e embalar o bebé. Os brinquedos mais adequados são os móbiles infantis com som, espelhos inquebráveis, caixas de música e chocalhos, animais de peluche, roupas e mantas macias e brinquedos de sucção (Hockenberry & Wilson, 2011).

Prevenção de acidentes

Os acidentes são a principal causa de morte nas crianças com menos de um ano, atingido o pico de incidência entre os seis e os doze meses. A educação da mãe/pai para a prevenção de acidentes em lactentes, deve ocorrer de acordo com as necessidades desenvolvimentais do seu filho, enquanto cuidados antecipatórios face aos acidentes mais prováveis em cada faixa etária.

O sítio onde o lactente dorme apresenta alguns perigos: pode sufocar com os lençóis e cobertores, caso estejam presos e impeçam os movimentos da criança; dormir em *co-sleeping* pode assumir riscos se os pais rolarem sobre o lactente, sufocando-o; as grades do berço devem ser levantadas para evitar quedas; os babetes e outros fios ou correntes (por exemplo, os

suportes de chupeta) - que não devem medir mais de 30 centímetros - devem ser removidos para dormir, por risco de asfixia. A incidência de quedas aumenta pelos três a cinco meses de idade.
O risco de afogamento em lactentes existe desde que exista água com 2,5 centímetros de profundidade, pelo que nunca deve ficar sozinho no banho. Para prevenir queimaduras, a temperatura da água do banho deve ser sempre avaliada antes do lactente entrar em contacto com ela.
O carro também apresenta alguns perigos. Os pais devem ser desaconselhados a deixar o lactente no carro por muito curto período que seja, porque a criança pode sobreaquecer e em casos graves, pode levar à morte, por não ter capacidade de dispersar o calor. É fundamental a correta utilização dos sistemas de retenção. O lugar mais seguro é no banco de trás, caso não seja uma possibilidade, no banco da frente o airbag deve ser desativado, para, em caso de acidente, não ser ativado tão perto do lactente, provocando-lhe lesões. É considerável o número de quedas e de lactentes que morrem em acidentes de viação por utilização incorreta dos sistemas de retenção (Hockenberry & Wilson, 2011).

O choro excessivo

O choro é um ato reflexo e fisiológico (Branco et al., 2006), que funciona, em conjunto com o olhar e os movimentos corporais, como forma pré-linguística de comunicação (Nunes & Aquino, 2014), através do qual o lactente comunica com o meio envolvente (Ji et al., 2021), expressando as suas necessidades. O adulto que ouve o choro (geralmente pai/mãe), instintivamente, responde tentado satisfazer as necessidades do RN/lactente: alimenta-o e protege-o, assegurando a sua sobrevivência (Scott-Jupp, 2018; Viragova & O'Curry, 2021). Quando o adulto responde ao choro do RN/lactente, suprindo as suas necessidades, também promove o desenvolvimento cognitivo e emocional (Viragova & O'Curry, 2021), pois o RN/lactente compreende que os diferentes tipos de choro têm uma resposta e desenvolvem a capacidade de comunicar (Seabra, 2009).
Os tipos de choro diferem em ritmo e intensidade, e geralmente estão associados a fome, dor, fadiga, aborrecimento, desconforto ou o "choro de final de dia" (Brazelton & Sparrow, 2003) e numa fase inicial é normal os pais apresentarem maior dificuldade na sua interpretação (Seabra, 2009).
O choro é uma das maiores causas de recorrência aos serviços de saúde no RN/lactente (Evanoo, 2007), sendo que o "choro de final de dia" ou "choro excessivo" ocorre em cerca de 20% dos bebés (Adam-Darque et al., 2020) e é definido como o choro que dura mais de três horas/dia, em pelo menos três dias/semana, durante mais do que três semanas consecutivas (Viragova & O'Curry, 2021). Geralmente ocorre ao final do dia ou à noite e resolve-se até aos quatro meses de idade, altura em que o lactente desenvolve mecanismos de autorregulação (Sparrow, 2007).
As causas associadas ao choro excessivo são: cólica abdominal, obstipação intestinal,

necessidade de eructar, refluxo gastroesofágico – mesmo que sem vómito associado, intolerância à lactose (Scott-Jupp, 2018), disfunções do sistema nervoso central ainda em desenvolvimento e hipersensibilidade a estímulos sensoriais – olfativos ou dolorosos (Adam-Darque et al., 2020).

Existem várias estratégias para a redução de choro, como pegar no bebé ao colo, embalar, dar-lhe banho, andar de carro, expor o bebé a "ruídos brancos" (som da máquina de lavar ou rádio não sintonizado). Quando existe manifestações de dor, administrar sacarose/glicose e realizar massagem abdominal também estão associadas a diminuição de choro (Saraiva & Souza, 2021; Scott-Jupp, 2018).

Quando associado à dor da cólica abdominal, o choro é súbito e acompanhado de irritabilidade, contração dos membros inferiores sobre o abdómen (Saraiva & Souza, 2021; Trindade et al., 2019); punhos cerrados; ausência de ganho de peso e distensão abdominal (Saraiva & Souza, 2021).

A cólica abdominal, por sua vez, é associada a excesso de alimentação, alimentação muito rápida com ingestão de consideráveis quantidades de ar, imaturidade do sistema nervoso central, intolerância à lactose, imaturidade e aumento da motilidade intestinal, hiperestimulação e depressão familiar (Trindade et al., 2019). Tende a cessar até aos quatro meses de idade (Scott-Jupp, 2018; Trindade et al., 2019).

Algumas estratégias para diminuir as cólicas e, consequentemente, os períodos de choro, são a massagem abdominal, com movimentos circulares no sentido do ponteiro do relógio; pegar o bebé ao colo; deitá-lo sobre o braço em decúbito ventral e aplicação de compressas ou bolsas térmicas mornas no abdómen, entre três e cinco minutos. A massagem abdominal apresenta múltiplas vantagens: promoção do peristaltismo intestinal; efeito relaxante no lactente, aumentando o seu nível de conforto e a duração de sono e aumenta a interação mãe/pai-filho (Saraiva & Souza, 2018). O método Canguru apesar de não estar comprovado como estratégia de alívio das cólicas, promove o bem-estar do lactente e promove a vinculação com a mãe/pai, que, em consequência dos períodos de choro excessivo, pode estar comprometida (Trindade et al., 2019).

O choro excessivo e a cólica podem implicar a suspensão precoce da amamentação e podem ser extremamente frustrantes para os pais, causando: exaustão, impotência, dúvidas quanto às capacidades parentais, ansiedade e depressão materna (Adam-Darque et al., 2020; Saraiva & Souza, 2021; Viragova & O'Curry, 2021); distúrbios de sono, conflitos familiares (Saraiva & Souza, 2021; Talvik et al., 2008) e diminuição da interação mãe/pai-filho (Seabra, 2009). O choro excessivo está associado a maus-tratos infantis, com maiores taxas de incidência de Síndrome de Shaken Baby[1], a coincidirem com as semanas de maior incidência de choro excessivo (Talvik et al., 2008).

[1]Sindrome de Shaken-Baby (SSB)

O principal fator de risco para a incidência de SSB é o estado psicológico dos pais (Esernio-Jenssen et al., 2011; Talvik et al., 2008).

A SSB é resultado de uma agitação violenta do RN/lactente, que, pela força rotacional, faz o cérebro mover-se e embater no crânio, levando a lesões na cabeça e pescoço (Mian et al.,

2015). É considerada uma das formas mais graves de violência infantil até ao primeiro ano de idade (Goulet et al., 2009) e a principal causa de morte por traumatismo crânio-encefálico em crianças com menos de dois anos (Talvik et al., 2008).
Uma em cada quatro crianças vítimas de SSB acaba por perder a vida e quase todas as outras apresentam sequelas graves, como atrasos no desenvolvimento, disfunção motora grave e convulsões (HHS & CDC, 2010). Suspeita-se que a incidência de casos ligeiros seja muito superior aos diagnosticados, uma vez que os RN/lactentes diagnosticados com SSB geralmente apresentam lesões cerebrais anteriores (Talvik et al., 2008).
As manifestações de SSB são alterações do estado de consciência, alteração do padrão respiratório, sonolência, vómitos, irritabilidade, choro difícil de consolar, recusa alimentar (Carbaugh, 2004), palidez e diminuição da temperatura corporal. Alguns sinais indicativos de SSB são a hemorragia subdural e da retina, mas a criança também pode apresentar lesões esqueléticas (Blumenthal, 2002).
Existem algumas recomendações que podem ser dadas aos pais com o objetivo de diminuir a probabilidade de ocorrência de SSB (HHS & CDC, 2010):
• Relembrar os pais de que o bebé continuar a chorar após terem aplicado várias estratégias para o consolar, não é sinónimo de mau desempenho dos pais;
• Relembrar os pais de estratégias de conforto que podem surtir efeito na diminuição do choro;
• Relembrar os pais que quando sentem que estão no limite de frustração face ao choro do bebé, se devem sentar e acalmar. Podem deitar o bebé no berço e afastar-se um pouco. Podem aproveitar para ligar a alguma figura de apoio (família ou amigos), verificando o bebé a cada 5-10 minutos.
• Relembrar os pais de informar todos os cuidadores do bebé sobre o risco de o abanar e das técnicas para aliviar a frustração e o stress.

5.2. Clientes

Cliente

Lactente | Idade: 1 mês | Feminino

Mãe/Pai

13-11-2023 10:30
13-11-2023 10:30 - Figura parental principal: mãe.
13-11-2023 10:30 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

13-11-2023 10:30 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

5.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
13-11-2023 10:30	Sensações somáticas	
13-11-2023 10:30	Reflexo de sucção	
13-11-2023 10:30	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
13-11-2023 10:30	Comportamentos para amamentar	
13-11-2023 10:30	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	
13-11-2023 10:30	Desenvolvimento psicomotor	
13-11-2023 10:30	Desenvolvimento físico	
13-11-2023 10:30	Lactente	

5.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Lactente
Lactente é a criança que tem entre um mês e os 12 meses de idade (Hockenberry & Wilson, 2011).

Sensações somáticas
Segundo o ICN (2019), a dor é compreendida como "Perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, (. . .) expressão facial característica, alteração do tónus muscular (. . .) inquietação e perda de apetite". Quando nos referimos à cólica, especificamente, é definida como "Dor visceral: desconforto ligeiro a intenso devido ao espasmo da musculatura lisa em órgãos ocos como o intestino, ureteres ou vias biliares".
É importante avaliar a dor no caso da Maria uma vez que ela manifesta dor, por períodos, através da expressão facial; movimentos dos membros; choro; contorcendo-se e sendo difícil de consolar.

Reflexo de sucção
Tendo havido a oportunidade, durante a consulta de desenvolvimento infantil, também se avaliou o reflexo de sucção, que surge no ICN (2019) como "estabelecimento de ligação adequada da criança à mãe, enquanto mama e se alimenta, estabelecendo contacto; compreendendo os sinais da mãe; forma apropriada de agarrar a aréola; sucção e colocação da língua corretas; deglutição audível, num mínimo de cinco a 10 minutos em cada mama, largando espontaneamente quando satisfeito".

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho
Quando falamos em comportamentos de ligação, referimo-nos ao estabelecimento de relações

afetivas (que podem ser no sentido mãe/pai – filho, ou no sentido oposto) (ICN, 2019).
Como vimos, o choro excessivo pode provocar um afastamento dos cuidadores ao lactente, pelo que é importante avaliar e promover estes laços afetivos, que, quando estabelecidos, também diminuem a probabilidade de maus-tratos à lactente.
É importante incentivar, envolver e realizar um reforço positivo aos pais nos cuidados à bebé, para promover esta relação positiva. O próprio temperamento da lactente faz com que exija mais ou menos atenção dos pais, apresentando assim mais ou menos oportunidades de contacto, estímulo e, consequentemente, desenvolvimento (Hockenberry & Wilson, 2011). Neste caso, deve ser incentivado o cuidado à Maria, principalmente por parte da mãe, que por se encontrar frustrada face ao choro excessivo da lactente, atribui grande parte dos cuidados ao pai, assumindo a função da amamentação quase exclusivamente.

Comportamentos para amamentar
Outra das consequências do choro excessivo é a interrupção precoce da amamentação, pelo que é fundamental avaliar e promover o comportamento para amamentar.
A amamentação define-se como "alimentar um lactente oferecendo leite das mamas" (ICN, 2019). A própria amamentação é um momento que favorece a ligação mãe-filho e a vinculação, pelo que deve ser promovida em casos em que existem fatores de risco à interrupção precoce da amamentação e em casos com potencial para melhorar a expressão afetiva da mãe perante a filha, como é este caso.

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai
O processo de vinculação é um laço que se cria entre o bebé e a sua figura cuidadora, é complexo e vai-se desenvolvendo conforme as oportunidades de interação (Hockenberry & Wilson, 2011), dependendo de ambas as partes para evoluir. Por exemplo, quando o bebé tenta exprimir uma necessidade e o adulto responde, a ligação a essa pessoa vai aumentando (Papalia & Feldman, 2013).

Desenvolvimento psicomotor e Desenvolvimento físico
O desenvolvimento psicomotor é contínuo, dinâmico e sequencial, porém, o aparecimento de novas funções e capacidades adquire uma velocidade diferente em cada criança (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Segundo o PNSIJ, a avaliação do desenvolvimento possibilita a identificação precoce das perturbações de crescimento e psicomotoras, permitindo a implementação de intervenções adequadas. Está prevista pelo PNSIJ, a realização de uma consulta de vigilância de saúde infantil ao primeiro mês de idade e a seguinte, aos dois meses de idade (DGS, 2013b).

5.4. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas
13-11-2023 10:30
13-11-2023 10:30 - Manifesta dor.
13-11-2023 10:30 - Dor
13-11-2023 10:30 - Expressão facial: Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando ou introversão ou desinteresse.
13-11-2023 10:30 - Movimento dos membros: Aos pontapés ou pernas esticadas.
13-11-2023 10:30 - Choro/vocalização: Choro persistente ou gritos ou soluços ou queixas frequentes .
13-11-2023 10:30 - Atividade: Contorce-se ou vira-se para trás e para a frente ou tenso.
13-11-2023 10:30 - Consolabilidade: Difícil de consolar ou confortar.
13-11-2023 10:30 - Determinar evolução da dor
13-11-2023 10:30 - Avaliar evolução da dor [Consulta dos dois meses]
13-11-2023 10:30 - Diminuir dor
13-11-2023 10:30 - Executar massagem [Neste contacto]
13-11-2023 10:30 - Administrar solução com glicose [Neste contacto]
13-11-2023 10:30 - Estimular sucção não nutritiva [Neste contacto]
13-11-2023 10:30 - Posicionar para aliviar a dor [Neste contacto]
13-11-2023 10:30 - Promover papel parental especial: gestão da dor
13-11-2023 10:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
13-11-2023 10:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas
13-11-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor do cliente [Consulta dos dois meses]
13-11-2023 10:30 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor [Neste contacto]
13-11-2023 10:30 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da dor [Consulta dos dois meses]
Reflexo de sucção
13-11-2023 10:30
13-11-2023 10:30 - Com acanolamento da língua.
13-11-2023 10:30 - Com peristaltismo da língua.
13-11-2023 10:30 - Com força de sucção.
Comportamentos de ligação mãe/pai-filho
13-11-2023 10:30
13-11-2023 10:30 - Comportamentos de ligação mãe-filho: aceitação materna, com

potencial para melhorar a expressão afetiva.

13-11-2023 10:30 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

13-11-2023 10:30 - Ligação mãe/pai-filho

13-11-2023 10:30 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

13-11-2023 10:30 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Consulta dos dois meses]

13-11-2023 10:30 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [Consulta dos dois meses]

13-11-2023 10:30 - Promover ligação mãe/pai-filho

13-11-2023 10:30 - Planear a participação da mãe/pai nos cuidados [Neste contacto]

13-11-2023 10:30 - Incentivar a amamentação [Neste contacto]

13-11-2023 10:30 - Promover adesão da mãe/pai a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho

13-11-2023 10:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da ligação mãe/pai-filho: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-11-2023 10:30 - Consciencialização da mãe/pai sobre a relação entre a participação nos cuidados e a ligação mãe/pai-filho: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-11-2023 10:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho

13-11-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da ligação mãe/pai-filho [Consulta dos dois meses]

13-11-2023 10:30 - Ensinar mãe/pai sobre ligação mãe/pai-filho [Neste contacto]

13-11-2023 10:30 - Ensinar mãe/pai sobre temperamento [Neste contacto]

13-11-2023 10:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar consciencialização sobre a relação entre a participação nos cuidados e a ligação mãe/pai-filho

13-11-2023 10:30 - Avaliar evolução da consciencialização da mãe/pai sobre a relação entre a participação nos cuidados e a ligação mãe/pai-filho [Consulta dos dois meses]

13-11-2023 10:30 - Contratualizar com a mãe/pai experiência indutora da consciencialização [Neste contacto]

13-11-2023 10:30 - Analisar com mãe/pai a relação entre a participação nos cuidados e a ligação mãe/pai-filho [Neste contacto]

13-11-2023 10:30 - Avaliar evolução da adesão da mãe/pai a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho [Consulta dos dois meses]

Comportamentos para amamentar

13-11-2023 10:30

13-11-2023 10:30 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome.

13-11-2023 10:30 - Adota posição confortável para facilitar o mamar.

13-11-2023 10:30 - Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

13-11-2023 10:30 - Utiliza estratégias para estimular o mamar.

13-11-2023 10:30 - Com manifestações de pega adequada.

13-11-2023 10:30 - Amamentação

13-11-2023 10:30 - Determinar evolução da amamentação

13-11-2023 10:30 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar [Consulta dos dois meses]

13-11-2023 10:30 - Promover o amamentar/mamar

13-11-2023 10:30 - Assistir na amamentação [Neste contacto]

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

13-11-2023 10:30

13-11-2023 10:30 - Comportamentos de vinculação: procura atrair a presença do adulto com choro, sorriso, balbuciar, olhar ou agitando os braços; comportamentos direcionados a qualquer pessoa, porque não consegue distinguir adultos.

13-11-2023 10:30 - Determinar evolução da vinculação

13-11-2023 10:30 - Avaliar evolução da vinculação [Consulta dos dois meses]

Desenvolvimento psicomotor

13-11-2023 10:30

13-11-2023 10:30 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

13-11-2023 10:30 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

13-11-2023 10:30 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

13-11-2023 10:30 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

13-11-2023 10:30 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

13-11-2023 10:30 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme.

13-11-2023 10:30 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil

13-11-2023 10:30 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [Consulta dos dois meses]

13-11-2023 10:30 - Promover desenvolvimento infantil

13-11-2023 10:30 - Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil [Neste contacto]

Desenvolvimento físico

13-11-2023 10:30

13-11-2023 10:30 - Peso: 3.94 Kg.

13-11-2023 10:30 - Percentil do peso: P(25).

13-11-2023 10:30 - Comprimento/Altura: 53.50 cm.

13-11-2023 10:30 - Percentil do comprimento: P(25).

13-11-2023 10:30 - Perímetro cefálico: 36.50 cm.

13-11-2023 10:30 - Percentil do perímetro cefálico: P(25).

13-11-2023 10:30 - Índice de massa corporal: 13.77 Kg/m2.

13-11-2023 10:30 - Percentil do índice de massa corporal: P(15).

13-11-2023 10:30 - Encerramento da fontanela

13-11-2023 10:30 - Posição posterior: sem compromisso.

13-11-2023 10:30 - Posição anterior: sem compromisso.

13-11-2023 10:30 - Determinar evolução do crescimento

13-11-2023 10:30 - Avaliar evolução do crescimento [Consulta dos dois meses]

Lactente

13-11-2023 10:30

13-11-2023 10:30 - Lactente

13-11-2023 10:30 - Promover papel parental desenvolvimental: segurança

13-11-2023 10:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-11-2023 10:30 - Capacidade da mãe/pai para transportar a criança em segurança: facilitadora.

13-11-2023 10:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção da segurança da criança

13-11-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança [Consulta dos dois meses]

13-11-2023 10:30 - Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: shaken baby syndrome [Neste contacto]

13-11-2023 10:30 - Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: transporte [Neste contacto]

13-11-2023 10:30 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: segurança [Consulta dos dois meses]

13-11-2023 10:30 - Promover papel parental desenvolvimental: lidar com o choro

13-11-2023 10:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre choro do lactente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-11-2023 10:30 - Capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do lactente: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-11-2023 10:30 - Autoeficácia da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do lactente: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-11-2023 10:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre choro do lactente

13-11-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre choro do lactente [Consulta dos dois meses]

13-11-2023 10:30 - Ensinar mãe/pai sobre choro [Neste contacto]

13-11-2023 10:30 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para lidar com o choro [Neste contacto]

13-11-2023 10:30 - Ensinar mãe/pai sobre massagem infantil [Neste contacto]

13-11-2023 10:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do lactente

13-11-2023 10:30 - Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do lactente [Consulta dos dois meses]

13-11-2023 10:30 - Instruir a mãe/pai a massajar a criança [Neste contacto]

13-11-2023 10:30 - Treinar mãe/pai a massajar a criança [Neste contacto]

13-11-2023 10:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar autoeficácia para usar estratégias para lidar com o choro do lactente

13-11-2023 10:30 - Avaliar evolução da autoeficácia da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do lactente [Consulta dos dois meses]

13-11-2023 10:30 - Treinar mãe/pai a massajar a criança [Neste contacto]

13-11-2023 10:30 - Elogiar o desempenho da mãe/pai [Neste contacto]

13-11-2023 10:30 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: lidar com o choro [Consulta dos dois meses]

13-11-2023 10:30 - Promover papel parental desenvolvimental: desenvolvimento infantil

13-11-2023 10:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil durante o período de lactente: facilitador.

13-11-2023 10:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-11-2023 10:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente

13-11-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente [Consulta dos dois meses]

13-11-2023 10:30 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente [Neste contacto]

5.5. Especificação das intervenções

Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil

- Conversar com a Maria com voz meiga, durante o exame físico
- Movimentar objetos coloridos perto do rosto da Maria, durante o exame físico

Ensinar mãe/pai sobre ligação mãe/pai-filho

- É importante a criação de laços afetivos entre a mãe/pai e o bebé, e o entre o bebé e a mãe/pai
- Esta ligação afetiva influência o desenvolvimento dos bebés e é fundamental para o desenvolvimento de sensação de segurança e de confiança
- Para a bebé, o estabelecimento de uma ligação afetiva pode provocar bem-estar emocional e aumentar a resiliência na idade adulta
- Quando esses laços não se estabelecem, em adulta pode ter maiores dificuldades emocionais e nas relações interpessoais
- Estratégias para promover a ligação segura:
- 1. Fazer método Canguru com a Maria promove o bem-estar do lactente e promove a ligação afetiva com a mãe/pai

- 2. Proporcionar ambiente seguro e previsível – estabelecer rotinas, oferecer conforto e proteção nos momentos de angústia da Maria
- 3. Promover ambiente físico tranquilo e seguro
- 4. Responder com sensibilidade e rapidez às necessidades da Maria, prestando atenção aos seus sinais e expressões
- Comportamentos a evitar: ignorar as necessidades emocionais da bebé, expressas através do choro

Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: transporte

- Os acidentes são a principal causa de morte nas crianças com menos de um ano
- A bebé nunca deve ficar sozinha no carro, por muito que se preveja ser um curto período, é normal que os pais estejam mais cansados e que se possam esquecer. A bebé pode sobreaquecer e até morrer
- É fundamental utilizar-se os sistemas de retenção em conformidade. Não transportar a criança sem cintos de retenção ou ao colo de alguém
- O lugar mais seguro para transportar no carro é no banco de trás, no sentido contrário ao da marcha, caso não seja possível e caso no banco da frente tenha airbag, este deve ser desativado, para, em caso de acidente, não ser ativado tão perto da bebé, provocando-lhe lesões
- É importante que na cadeira de transporte a bebé utilize sempre o cinto de fixação, porque, por exemplo, se houver um tropeção, pode cair da cadeira. Há vários casos como este relatados

Ensinar mãe/pai sobre choro

- O choro é ato de comunicação, é a forma do bebé expressar as suas necessidades
- Ao início é normal os pais apresentarem alguma dificuldade em distinguir os diferentes tipos de choro, que diferem em ritmo e intensidade, e podem ser provocados por fome, dor, fadiga, aborrecimento, desconforto
- O “choro excessivo”:
- 1. ocorre em alguns bebés e resolve-se espontaneamente até aos quatro meses de idade
- 2. pode estar relacionado com cólicas, obstipação intestinal, necessidade de eructar e disfunções do sistema nervoso central que ainda está em desenvolvimento e por isso a bebé pode ser mais sensível a estímulos sensoriais – olfativos ou dolorosos
- 3. é muito cansativo e frustrante, e às vezes leva os pais a suspenderem a amamentação; sentirem-se exaustos por não dormirem bem; duvidarem das capacidades enquanto pais; terem conflitos familiares; diminuírem a interação com o bebé e em alguns casos pode levar a depressão materna
- 4. em momentos de desespero e frustração está associado a maus-tratos infantis, com abanões ao bebé, na tentativa de que ele se cale
- 5. quando é causado por cólicas, a bebé começa com choro súbito, irritabilidade, contração dos membros inferiores sobre o abdómen e punhos cerrados
- As cólicas podem ser causadas pelo excesso de alimentação, alimentação muito rápida, em que engole muito ar e imaturidade intestinal, e param por volta dos quatro meses de idade

Planear a participação da mãe/pai nos cuidados

- Planear com a mãe que, mesmo na presença do pai, vai assumir alguns cuidados à Maria para além da alimentação (por exemplo, dar banho e executar massagem abdominal)
- Planear com o pai a assistência à mãe, caso necessite, na prestação dos cuidados, deixando-a, contudo, assumi-los

Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente

- Movimentar objetos coloridos e de diferentes formas, a cerca de 20 centímetros da face da Maria
- Produzir sons com brinquedos sonoros (chocalho e caixa de música)
- Observar o comportamento da bebé: como dorme, se alimenta e se auto-conforta
- Conversar com a bebé com voz meiga (diferentes tonalidades), tocar-lhe, embalá-la
- Realizar massagem de relaxamento à Maria (menos de 20 minutos) e escovar o cabelo com escova macia
- Proporcionar ambientes que não sejam hiperestimulantes
- Pode oferecer-se à bebé chocalhos, móbile de berço, espelhos inquebráveis e brinquedos de sucção

Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: shaken baby syndrome

- O principal fator causador de SSB é a frustração dos pais, em resposta aos longos períodos de choro inconsolável dos bebés
- A SSB é causada por uma agitação violenta do bebé, que faz o cérebro mover-se e embater no crânio, levando a lesões na cabeça e pescoço
- Pode provocar lesões muito graves e até morte do bebé. Pode ser mais grave se se atrasar o início do tratamento
- Em momento de maior frustração, devem lembrar-se que já fizeram tudo o que podiam para acalmar a bebé; que podem deixar a bebé num sítio seguro e afastarem-se dela temporariamente; podem pedir ajuda ou desabafar com amigos/família
- Relembrar os pais de partilhar a informação sobre a SSB com outras pessoas que cuidem da Maria

Ensinar mãe/pai sobre massagem infantil

- A massagem abdominal apresenta muitas vantagens: facilita o peristaltismo intestinal e a eliminação intestinal; tem efeito relaxante na bebé; diminui a distensão abdominal; aumenta o nível de conforto do bebé e duração de sono e aumenta a interação mãe/pai-bebé
- Pode ser realizada duas ou três vezes por dia

Instruir a mãe/pai a massajar a criança

- Explicar e demonstrar que a massagem se realiza com movimentos calmos e ritmados, no sentido do trânsito intestinal
- Explicar e demonstrar que se podem deslizar as palmas de ambas as mãos (uma seguida à outra) em movimentos de cima para baixo, no abdómen da bebé
- Explicar e demonstrar que se podem segurar as pernas da bebé, com os joelhos juntos e

pressionar suavemente contra o abdómen. Aliviar a pressão, esticando as pernas da Maria e repetir o movimento
- Explicar e demonstrar que se podem fazer movimentos com os membros inferiores contra o abdómen, de forma independente (movimento de andar de bicicleta)
- Explicar e demonstrar que se podem fazer movimentos circulares no abdómen, à volta do umbigo (no sentido do ponteiro dos relógios)
- Explicar que se podem repetir movimentos para tentar deixar a bebé mais confortável
- Explicar que a massagem pode ser realizada com óleo (por exemplo, de amêndoas doces), ou creme hidratante

Executar massagem
- Deslizar as mãos, uma a seguir à outra, no sentido do trânsito intestinal (ponteiros do relógio)
- Segurar as pernas da Maria e, com os joelhos juntos, pressionar suavemente contra o abdómen. Aliviar a pressão, esticando as pernas da Maria e repetir o movimento.
- Fazer movimentos com os membros inferiores contra o abdómen, de forma independente (movimento de andar de bicicleta)

Ensinar mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor
- Explicar que existem estratégias não farmacológicas de alívio da dor que podem apresentar muito bons resultados
- Ensinar à mãe/pai da Maria algumas técnicas não farmacológicas de alívio da dor como:
- 1. Massagem de relaxamento
- 2. Musicoterapia – música relaxante/ruídos brancos
- 3. A presença de uma figura significativa é importante para o suporte emocional
- 4. Adequar o ambiente físico, com a redução de iluminação e de ruídos

Contratualizar com a mãe/pai experiência indutora da consciencialização
- Contratualizar com a mãe uma participação mais ativa nos cuidados, de forma a estabelecer uma maior ligação com a sua bebé
- Contratualizar realização do método Canguru com a Maria, pelo menos dia sim/dia não

Ensinar mãe/pai sobre estratégias para lidar com o choro
- As estratégias que surtem mais efeito para diminuir o choro são pegar na bebé ao colo, embalar, dar-lhe banho, andar de carro, expor a bebé a “ruídos brancos” (som da máquina de lavar ou rádio não sintonizado)
- Algumas estratégias que ajudam a diminuir as cólicas, e consequentemente, o choro, são: a massagem abdominal; pegar a bebé ao colo; deitá-la sobre o braço em decúbito ventral; aplicar compressas mornas ou bolsas térmicas mornas no abdómen, entre três e cinco minutos
- Quando se sentirem muito irritados/frustrados, é melhor afastarem-se da bebé, mesmo que ela continue a chorar. Deixam-na no berço, com as grades subidas e aproveitam para ligar e desabafar com algum familiar/amigo. De cinco em cinco minutos vão ver se ela está bem. Chorar não lhe vai causar lesões irreversíveis, mas abaná-la num ato de desespero, vai

Ensinar mãe/pai sobre temperamento

- Existem bebés que apresentam um temperamento mais difícil, quando comparado com outros. No entanto, esta fase de choro excessivo não é sinónimo de temperamento difícil. Geralmente ao fim do quarto mês a situação das cólicas resolve-se e a bebé pode ter um temperamento mais fácil

Posicionar para aliviar a dor

- Deitar a Maria em posição ventral sobre o antebraço

5.6. Síntese relativa ao caso

Outros dados relevantes:

Dados úteis:

- A mãe é considerada a cuidadora principal pelo facto de o pai já ter regressado ao trabalho. Quando na presença deste, assume apenas a função de alimentar a Maria, não lhe prestando outros cuidados.
- Conhecimento da mãe/pai sobre sono da criança: facilitador.
- Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança: facilitador.
- Significado atribuído pela mãe/pai à vacinação: não dificultador
- Conhecimento da mãe/pai sobre crescimento da criança: facilitador.
- Conhecimento da mãe/pai sobre medidas de segurança: asfixia – facilitador
- Conhecimento da mãe/pai sobre medidas de segurança: afogamento – facilitador
- Conhecimento da mãe/pai sobre amamentação – facilitador
- Capacidade da mãe para amamentar - facilitadora.
- Autoeficácia da mãe para amamentar - facilitadora.
- Consciencialização da mãe/pai sobre a relação entre o número de mamadas e a produção de leite: facilitadora.
- Significado atribuído pela mãe/pai à amamentação: não dificultador.

Dado necessário, mas não suficiente [Disponibilidade para aprender]:

- O pai mostra-se muito interessado e faz muitas questões relevantes. A mãe, apesar de chorosa, mantém-se atenta e interessada. Refere que agora que está “sozinha” com a Maria, tem que saber como cuidar melhor dela, de forma a protegê-la.
- Os pais referem não conhecer estratégias de alívio da dor para lidar com o choro a ela associado, o que lhe tem causado alguma frustração, principalmente à mãe.
- Os pais referem que se sentem ligados à bebé, mas a mãe reconhece que acaba por se manter mais afastada da Maria por não saber lidar com o choro excessivo.
- Os pais demonstram conhecimento quando abordada a temática da segurança contra

asfixias, especialmente no berço. Mas à saída do consultório de enfermagem, iam sair sem colocar os cintos de segurança à bebé porque não reconhecem como um ato de perigo e assim era mais rápido.
- Os pais referem que não sabem que tipo de interação podem ter perante uma bebé “tão pequena” para promover o seu desenvolvimento.

Dado necessário, mas não suficiente [Capacidade]:

(Diagnóstico: Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do lactente): Os pais não sabem implementar medidas para lidar com o choro por cólica, como a massagem abdominal.

Indicadores de resultado

Lactente
- Que a Maria mantenha desenvolvimento infantil positivo, sem sinais de alarme

Amamentação
- Que a mãe mantenha o comportamento para amamentar

Ligação mãe/pai-filho
- Que a mãe melhore a expressão afetiva em relação à Maria
- Que o pai mantenha ou melhore a expressão afetiva à Maria

Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas
- Que a mãe/pai enumere estratégias não farmacológicas de alívio da dor
- Que a mãe/pai aplique estratégias não farmacológicas de alívio da dor, de forma a perceber quais as que funcionam melhor com a Maria

Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho
- Que a mãe/pai enumere estratégias promotoras da ligação mãe/pai-filha
- Que a mãe/pai aplique estratégias promotoras da ligação mãe/pai-filha, e que reconheça as que surtiram melhores resultados

Potencial da mãe/pai para melhorar consciencialização sobre a relação entre a participação nos cuidados e a ligação mãe/pai-filho
- Que a mãe/pai seja capaz de relacionar a participação nos cuidados à Maria com o estabelecimento de laços afetivos

Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção da segurança da criança
- Que a mãe/pai enumere medidas de prevenção de acidentes no lactente

Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre choro do lactente

- Que a mãe/pai seja capaz de identificar a função do choro
- Que a mãe/pai enumere alguns dos tipos de choro e suas causas

Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do lactente

- Que a mãe/pai seja capaz de adequar as estratégias de alivio de choro, às diferentes causas de choro
- Que a mãe/pai seja capaz de identificar as estratégias que apresentam maior sucesso para lidar com o choro da Maria

Potencial da mãe/pai para melhorar autoeficácia para usar estratégias para lidar com o choro do lactente

- Que a mãe/pai se sinta capaz de adequar as estratégias aos tipos de choro, lidando com a situação de forma a diminuir os períodos de choro

Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente

- Que a mãe/pai seja capaz de enumerar diferentes estratégias de promoção de desenvolvimento infantil, para o lactente

6. CASO CLÍNICO 4 - CONTEXTO DO SERVIÇO DE INTERNAMENTO EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

O Luís (nome fictício), tem 23 meses, 10,3 Kg. Diagnosticado em outubro de 2023 com tumor teratóide/rabdoide supra-tentorial volumoso, não metastático. Foi internado em janeiro por cefaleias, prostração e vómitos, em contexto de progressão tumoral. Foi antecipado o início de radioterapia, que está a realizar diariamente. Apresenta hemiparesia nos membros superior e inferior esquerdo. Irritabilidade por períodos.

6.1. Enquadramento teórico

Antecedentes pessoais:

Quimioterapia endovenosa e intraventricular
(último ciclo terminou a 12/01/2024)
Hemiparesia esquerda
Referenciado à equipa de cuidados paliativos no atual internamento.

Dispositivos:

- CVC de longa duração parcialmente implantado, de uma via, na jugular interna direita;
- Derivação ventrículo-peritoneal;
- Reservatório de Ommaya

Iniciou radioterapia a 12/01/2024

Tumor teratóide/rabdoide

O tumor teratóide rabdóide é um tumor embrionário do sistema nervoso central, de baixa incidência. É o tumor maligno mais frequente em crianças com menos de seis meses de idade (Biswas et al., 2016), compreendendo cerca de 1 a 2% dos tumores cerebrais pediátricos (Biswas et al., 2016; Santos et al., 2022). Geralmente surge em crianças com menos de três anos de idade e, devido ao seu carácter agressivo, apresenta uma baixa sobrevida pós diagnóstico: cerca de seis a 18 meses (Santos et al., 2022). É um tumor de crescimento rápido e

o mau prognóstico agrava quando existem metástases no momento do diagnóstico (Parenrengi et al., 2022); em crianças com menos de dois anos; e quando existe atraso no início do tratamento (Biswas et al., 2016).

Os sintomas dependem da localização e da idade da criança, mas estão geralmente associados à hidrocefalia* e aumento da pressão intracraniana, manifestando-se por cefaleias, vómitos, letargia, irritabilidade e regressão nos marcos de desenvolvimento, mas também, inclinação cefálica, nistagmo, ataxia, paralisia dos nervos cranianos (Biswas et al., 2016; Santos et al., 2022), convulsões e hemiparesia (Reddy, 2005).

As estratégias de tratamento dependem da idade da criança e da extensão tumoral (Parenrengi et al., 2022). Os estudos indicam que o uso de terapias agressivas combinadas (excisão tumoral, quimioterapia e radioterapia), parece apresentar melhores resultados, aumentando as hipóteses de sobrevivência (Alva et al., 2023; Biswas et al., 2016; Santos et al., 2022).

A excisão tumoral permite o alívio rápido de sintomas e reflete-se em melhor prognóstico, no entanto, a idade da criança, o tamanho, localização e infiltração do tumor nos tecidos circundantes dificultam a excisão completa da lesão (Biswas et al., 2016; Parenrengi et al., 2022). A intervenção cirúrgica permite, simultaneamente, a colocação de cateter de derivação ventrículo-peritoneal e de dispositivo de acesso intraventricular, vulgarmente conhecido como reservatório de Ommaya, essencial para a administração de quimioterapia intraventricular (Biswas et al., 2016). O objetivo da quimioterapia intraventricular, complementar à endovenosa, é evitar a necessidade de radioterapia e os efeitos secundários da mesma (Pompe et al., 2015).

O reservatório de Ommaya é um reservatório de silicone, implantado sob a pele do couro cabeludo, com um prolongador inserido no sistema ventricular cerebral e é utilizado para administrar medicamentos diretamente no sistema nervoso central. No caso da quimioterapia, permite a redução de riscos associados por proteger os tecidos saudáveis envolventes e aumenta a eficácia do tratamento (Cárdenas & Aucay, 2023) mas estão, também, descritas complicações como a infeção, hemorragia, edema e problemas funcionais como o extravasamento (Pompe et al., 2015).

A radioterapia, em crianças com menos de três anos, é iniciada com precaução e apreensão (Slavc et al., 2013). Numa fase inicial é comum o declínio da condição de saúde, que atenua com o continuar do tratamento. As reações agudas mais comuns na radioterapia incluem a fadiga – que se pode prolongar até cerca de três meses após o término do tratamento- e a perda de cabelo. Nas crianças, associada à desmielinização transitória, estão descritos efeitos secundários como a sonolência, irritabilidade, anorexia e exacerbação dos sintomas relacionados com a lesão tumoral, estes últimos podem atenuar com a administração de dexametasona (Butler et al., 2006).

Existem sequelas relatadas, como défice cognitivo, diminuição da fluência verbal, défice motor, auditivo e visual, diminuição do crescimento, encefalopatia e necrose por radiação (Slavc et al., 2013; Spiegler et al., 2004).

A sobrevida dos pacientes que receberam radioterapia é maior do que a dos que não

receberam, mas apesar da terapia intensiva, cerca de 50% dos casos acaba em recidiva cerca de seis meses após tratamento e morte (Alva et al., 2023; Biswas et al., 2016).

***Hidrocefalia**

A hidrocefalia é a acumulação de líquido cefalorraquidiano, pelo excesso de produção ou pela diminuição de drenagem. Uma das opções de tratamento, com o objetivo de diminuir a pressão intracraniana, é a colocação de cateter de derivação ventrículo-peritoneal, que consiste num cateter inserido no sistema ventricular, com uma válvula unidirecional que drena o líquido em excesso para a cavidade peritoneal. Podem existir complicações relacionadas com o dispositivo, como infeção do mesmo, disfunção mecânica, hemorragia do sistema nervoso central e crise convulsiva pós-cirúrgica (Cunha et al., 2021).

Desenvolvimento humano - *Toddler*

Recorrendo às teorias do desenvolvimento para melhor compreender o período *Toddler*, segundo Piaget, nesta fase as crianças começam a antecipar as consequências dos seus atos, muitas vezes não precisando de recorrer à ação para prever o que aconteceria em resposta à mesma. Compreendem o uso de símbolos e gestos, e são capazes de imitar e fazer de conta (Papalia & Feldman, 2013). A partir dos dois anos, a linguagem verbal assume um desenvolvimento rápido em que as crianças aprendem muitas palavras e como conjugá-las. Apresentam um discurso egocêntrico, em que falam sem intenção de comunicar, ou socializado, quando há intenção de comunicar, ainda que mantenham o egocentrismo, uma vez que falam maioritariamente sobre si (Hockenberry & Wilson, 2011).
Já segundo Erikson, o desenvolvimento da autonomia prevalece neste período, por conseguinte, a criança procura independência das figuras de vinculação. A linguagem, e com ela, a capacidade de expressar a própria vontade, concede algum poder e independência às crianças a partir dos 18 meses (Papalia & Feldman, 2013). Ainda segundo Erikson, surgem a vergonha e a dúvida, que facultam equilíbrio à criança. Neste período, a criança pretende atingir a independência, mas mantém algumas dúvidas quanto à sua capacidade de obter controlo sobre as suas ações. Aliado a isto, junta-se a vergonha que sente pela necessidade de se manifestar contra a vontade das pessoas ao seu redor e por ter medo de exceder limites na manipulação do meio envolvente (Hockenberry & Wilson, 2011), limites estes que são impostos pelos adultos que lhe são próximos (Papalia & Feldman, 2013).
Quanto à teoria do desenvolvimento moral de Kohlberg, a criança não é capaz de distinguir o correto e o incorreto, pelo que se rege pela punição e obediência, comportando-se de acordo com os limites que lhe são impostos. Por outras palavras, interpreta as ações como sendo boas quando é recompensada, e como sendo más quando é castigada. No que diz respeito ao desenvolvimento social, a criança começa a tolerar melhor o afastamento das figuras próximas e a interagir melhor com estranhos, quando na presença do pai/mãe (Hockenberry & Wilson,

2011). Absorve grande parte do mundo que a envolve, replicando os comportamentos, quer sejam adequados ou não. Por isso, esta é uma fase de desenvolvimento que exige muita atenção por parte dos adultos responsáveis (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A parentalidade em cuidados paliativos pediátricos

A implementação dos cuidados paliativos pediátricos (CPP) pode ter diferentes objetivos para diferentes clientes ou em diferentes momentos: promover o conforto e controlar a dor, prolongar a vida ou para que o cliente possa manter-se em casa, sem necessidade de hospitalização (Classen, 2012). A OMS (2018) define que os objetivos dos CPP são melhorar a qualidade de vida do cliente, gerindo sintomas, mas também apoiar a família na tomada de decisão, morte e luto, diminuindo o seu sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.

Perante a perceção de sofrimento dos filhos, os pais também sofrem (Classen, 2012). Após o evento de crise provocado pelo diagnóstico, os pais deparam-se com outro momento de crise: o início do acompanhamento pelos CPP, em que os pais podem manifestar vários sentimentos em simultâneo, como esperança, desespero, negação, culpa, raiva, medo da morte (Anjos et al., 2021) e dificuldade em conviver com um filho com pouca esperança de vida (Van Pevenage et al., 2013).

Esta nova condição tem implicações graves na família e no contexto familiar, obrigando a longos períodos de internamento, internamentos consecutivos, terapias agressivas, afastamento da família (Anjos et al., 2021) e maiores encargos financeiros (Ferrell et al., 2016). Geralmente são as mães quem se responsabiliza pelos cuidados, passando mais tempo no hospital e, consequentemente, passando por maiores dificuldades como a deterioração dos laços familiares, isolamento social e medo constante (Karakul et al., 2022).

Em CPP, os pais são cuidadores, mas também alvo de cuidados por eles próprios se encontrarem em grave sofrimento (Classen, 2012). Por isso, a equipa de saúde deve avaliar as suas necessidades físicas, psicológicas, organizacionais, educacionais, espirituais e culturais, e estabelecer um plano de cuidados em conformidade. A família deve ser envolvida em todas as etapas do processo, o que lhe concerne uma maior confiança por estar atualizada sobre a condição de saúde da criança e por receberem as instruções necessárias para prestar os melhores cuidados à criança (Karakul et al., 2022).

Como já referido, a integração nos CPP é um momento de crise para a família, que pode recorrer à espiritualidade para lidar melhor com a nova condição. É recorrente vivenciarem períodos de raiva a Deus, perda de fé, culpa, arrependimento, e necessidade de praticar tradições culturais e religiosas. Perante a situação de angústia espiritual dos pais, os enfermeiros devem abordar o assunto das emoções angustiantes e apoiar experiências positivas, religiosas ou não (Ferrell et al., 2016).

6.2. Clientes

Cliente

Toddler | Idade: 1 ano | Masculino

Mãe/Pai

13-01-2024 10:00
- 13-01-2024 10:00 - Figura parental principal: mãe.
- 13-01-2024 10:00 - Número de outros filhos: 0.
- 13-01-2024 10:00 - Papel parental partilhado.
- 13-01-2024 10:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental, especial.
- 13-01-2024 10:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

6.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-13 10:00:00	Levetiracetam 100mg [9h-21h] PO	
2024-01-13 10:00:00	Dexametasona 0,5mg [9h-21h] PO	
2024-01-13 10:00:00	Paracetamol 155 mg [1h-7h-13h-19h] PO	
2024-01-13 10:00:00	Morfina 1mg [SOS 4/4h] EV	
2024-01-13 10:00:00	Hidrato de cloral 300mg [SOS 8/8h] PO	

6.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Paracetamol 155mg [1h - 7h - 13h - 19h] PO

O Paracetamol é um analgésico e antipirético.
Indicação terapêutica: Indicado para o tratamento de curta duração, da dor moderada e da febre.
Efeitos indesejáveis mais frequentes: Sonolência ligeira; náuseas e vómitos.
(Infarmed, 2020)

Morfina 1mg [SOS 4/4h] EV

A Morfina é um analgésico estupefaciente.
Indicação terapêutica: Indicada no alívio da dor intensa.
Efeitos indesejáveis mais frequentes: Náuseas, vómitos, obstipação, sonolência e confusão. Pode ocorrer retenção urinária. Em crianças podem ocorrer convulsões.
(Infarmed, 2023a)

Dexametasona 0,5mg [9h-21h] PO

A Dexametasona é corticosteroide.
Indicação terapêutica: Pode ser utilizada em várias situações, para atingir diferentes efeitos terapêuticos. Nesta situação é utilizada para tratar o edema cerebral, por ter benefícios em tumores cerebrais primitivos ou metastáticos, na redução de sintomas de hipertensão intracraniana.
Interações medicamentosas: Não deve ser utilizada se realizada vacina com vírus vivo.
Precauções especiais: Após terapêutica com duração de alguns dias, deve ser suspensa de forma gradual. A suspensão do tratamento pode causar uma síndrome caracterizada por febre, mialgias, artralgias e mal-estar. Na população pediátrica pode causar diminuição da velocidade de crescimento. Por suprimir o sistema imunitário, aumenta a suscetibilidade a infeções, fazendo com que a varicela e o sarampo, por exemplo, tenham uma evolução potencialmente mais grave e até fatal, pelo que deve evitar-se a exposição. Doentes com elevado índice proliferativo e elevada carga tumoral podem estar sujeitos a maior risco de desenvolver síndrome de lise tumoral.
Efeitos indesejáveis mais frequentes: Retenção de líquidos; aumento de apetite e de peso; desequilíbrios hidroeletrolíticos (sódio); hipertensão; hiperglicemia; edema labial e da língua; convulsões; aumento da suscetibilidade às infeções.
(Infarmed, 2017)

Levetiracetam 100mg [9h-21h] PO

O Levetiracetam é um antipirético.
Indicação terapêutica: Em casos de epilepsia, no tratamento de crises parciais com ou sem generalização secundária, em idade superior a 1 mês.
Efeitos indesejáveis mais frequentes: Em crianças com menos de 4 anos, foram relatados mais frequentemente do que era de esperar, irritabilidade e descoordenação dos movimentos. Também estão descritos vómitos, variações do humor, alterações comportamentais e letargia, cefaleia, fadiga e tonturas, dor abdominal, diarreia e erupções cutâneas.
(Infarmed, 2021)

Hidrato de cloral 300mg [SOS 8/8h] PO

O Hidrato de cloral é um sedativo/hipnótico.

Indicação terapêutica: Insónia grave (diminui o tempo para adormecer e aumenta o período de sono); sedativo pré-cirúrgico ou pré-exames.
Efeitos indesejáveis mais frequentes: Náuseas, vómitos, diarreia, flatulência, cansaço que pode prolongar-se no dia seguinte, vertigens, cefaleia, pesadelos. Pode provocar depressão respiratória.
(MIMS, 2020)

Não existem interações medicamentosas entre a medicação prescrita.

6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas
13-01-2024 10:00

13-01-2024 10:00 - Regime de Isolamento

13-01-2024 10:00 - Características do regime de isolamento: Isolamento de proteção.

13-01-2024 10:00 - Promover papel parental especial: adesão ao regime de isolamento

13-01-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre regime de isolamento: facilitadora.

Sondas, Drenos e Cateteres
13-01-2024 10:00

13-01-2024 10:00 - Cateter central

13-01-2024 10:00 - Localização do cateter central

13-01-2024 10:00 - Veia jugular Direita(o)

13-01-2024 10:00 - Características do dispositivo: Parcialmente implantado.
13-01-2024 10:00 - Ausência de dor.
13-01-2024 10:00 - Ausência de calor.
13-01-2024 10:00 - Ausência de rubor.
13-01-2024 10:00 - Ausência de tumefação.
13-01-2024 10:00 - Ausência de exsudado.

13-01-2024 10:00 - Assegurar funcionamento do cateter

13-01-2024 10:00 - Otimizar cateter central [1x turno e SOS]

13-01-2024 10:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter central

13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter central [1x turno e SOS]

16-01-2024 22:00 - Localização do cateter central

16-01-2024 22:00 - Veia jugular Direita(o)

16-01-2024 22:00 - Ausência de dor.

16-01-2024 22:00 - Ausência de calor.
16-01-2024 22:00 - Ausência de rubor.
16-01-2024 22:00 - Ausência de tumefação.
16-01-2024 22:00 - Ausência de exsudado.

13-01-2024 10:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]

13-01-2024 10:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter central

13-01-2024 10:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter central [7/7 dias e SOS]

13-01-2024 10:00 - Promover papel parental especial: prevenção de complicações relacionadas com o cateter central

13-01-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de complicações do cateter central: facilitador.

6.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Regime de Isolamento - Isolamento de proteção

O isolamento de proteção refere-se a um conjunto de estratégias utilizadas para proteger os clientes com função imunológica mais débil (provocada por tratamentos anteriores como quimioterapia, cirurgia e radioterapia) de possíveis infeções. Um caso de infeção nestes doentes pode aumentar consideravelmente a taxa de mortalidade e morbilidade. Embora as medidas de prevenção de infeção devam ser aplicadas a todos os doentes, devem ser especialmente tidas em atenção em doentes com imunidade fragilizada (Wilson et al., 2019).
Assim sendo, os enfermeiros devem estar sensibilizados para monitorizarem os possíveis sinais de infeção, uma vez que o reconhecimento, diagnóstico e tratamento precoces podem ter um impacto positivo no prognóstico. Na população pediátrica, em que existe parceria de cuidados e regime de acompanhamento dos pais, deve realizar-se a educação para a saúde das famílias, realçando a importância da monitorização de sinais de infeção na criança (Kyi et al., 2014).
Como boas práticas, devem ser implementadas as precauções básicas de controlo de infeção, entre as quais, a correta higiene das mãos, etiqueta respiratória e, quando aplicável, o uso de equipamento de proteção individual. O uso de máscara cirúrgica é uma medida de proteção para o cliente. Deve recorrer-se ao uso de quarto individual, sempre que possível (DGS, 2013a).

Cateter central

O cateter venoso central (CVC) é um acesso venoso que permite a administração de terapêutica endovenosa em veia de maior calibre e exige alguns cuidados extra da equipa de enfermagem.

Os CVC de longa duração permitem a administração de terapia, transplante de células-tronco, nutrição parentérica ou hemoderivados. Em casos de doença oncológica, e tendo em conta a necessidade de tratamentos complexos, a sua colocação parece ser uma opção mais segura. A manipulação destes dispositivos e administração de medicação através dos mesmos são algumas intervenções de enfermagem, pelo que é importante ter em consideração os aspetos relacionados com a manipulação e a prevenção e gestão de complicações (Santos et al., 2022).
No caso do Luís, apresenta um cateter semi-implantado (tunelizado), de uma via, que permite tratamentos de longa duração.
Para uniformizar os cuidados a este dispositivo, de forma a prevenir a infeção, a DGS publicou um "feixe de intervenções": diariamente deve ser avaliada a eventual necessidade de remoção do dispositivo (deve ser removido assim que já não seja necessário ou caso apresente sinais de infeção); antes de manipular o CVC deve ser realizada a higiene das mãos e é indicada também a técnica *no-touch* nos pontos de acesso do CVC; a desinfeção do ponto de acesso ao CVC deve ser realizada com antissético antes de todas as conexões, infusões ou aspirações através do mesmo, para isso deve ser utilizada uma compressa esterilizada com clorexidina a 2% ou álcool a 70% e deve realizar-se fricção durante, pelo menos, 15 segundos deixando secar naturalmente antes da utilização (DGS, 2022). A utilização de clorexidina 2% tem mostrado melhores evidências de prevenção de infeção quando comparada com a utilização de álcool ou iodopovidona (Timsit et al., 2020).
Quanto à realização do penso, deve ser realizada a limpeza do local de inserção e troca do penso sempre que este se encontre sujo ou descolado. Os pensos com compressa, idealmente devem ser trocados a cada 48 horas, já o penso transparente, se em boas condições de integridade, pode-se manter até sete dias. Deve ser utilizada técnica assética e a desinfeção do local de inserção com clorexidina 2% (considerando as indicações do fabricante, caso exista alguma especificidade) (DGS, 2022).
Algumas especificidades relacionadas com a utilização de CVC:

- Não é recomendada a utilização de seringas inferiores a 10 ml, por exercerem muita pressão sobre o mesmo;
- Após transfusões de componentes do sangue, ou de alimentação parentérica, deve realizar-se lavagem com 20 ml de soro fisiológico (Santos et al., 2021);
- A técnica *Push-Pause*, que consiste na administração de 10ml de SF em impulsos deve ser realizada para lavagem do CVC (Chopra et al., 2015);
- Prolongadores, torneiras e sistemas de perfusão devem ser trocados a cada 96h; conforme as instruções farmacêuticas da terapia instituída, ou quando há suspeita de infeção;
- Sistemas de infusão de soluções lipídicas devem ser trocados a cada 12/24h e no caso do propofol, a cada 6/12horas (DGS, 2022);
- Sistemas de administração de hemoderivados devem ser trocados no final de cada perfusão (máximo 4horas), e os sistemas de albumina no máximo de 24/24horas (O'Grady et al., 2011);

- Quando houver indicação para heparinizar o CVC, deve realizar-se a lavagem som SF primeiro (mais de 10 ml);
- Evitar, tanto quanto possível, o uso de torneira (Santos et al., 2021);
- O conector que vem do domicílio nunca deve ser manipulado. Antes de se utilizar o CVC em meio hospitalar, o *bionecteur* deve ser trocado (O'Grady et al., 2011);
- A heparinização do cateter tem a função de manter a sua patência, quando não é esperada a sua utilização dentro de 8 horas. A quantidade de heparina depende do tipo de CVC, respeitando as indicações do fabricante e deve ser removida antes de nova utilização (Loveday et al., 2014).

6.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
13-01-2024 10:00	Consciência	
13-01-2024 10:00	Força muscular	
13-01-2024 10:00	Equilíbrio dinâmico	
13-01-2024 10:00	Sensações somáticas	
13-01-2024 10:00	Perceção corporal	
13-01-2024 10:00	Condução elétrica cerebral	
13-01-2024 10:00	Eliminação intestinal	
13-01-2024 10:00	Eliminação urinária	
13-01-2024 10:00	Sono	
13-01-2024 10:00	Andar	
13-01-2024 10:00	Desenvolvimento psicomotor	
13-01-2024 10:00	Desenvolvimento físico	
13-01-2024 10:00	Período toddler	
13-01-2024 10:00	Atitudes terapêuticas	
13-01-2024 10:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
13-01-2024 10:00	Espiritualidade	
13-01-2024 10:00	Termorregulação	

6.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Período toddler

O período *toddler* decorre entre os 12 e os 36 meses e é nesta idade que as crianças começam a tentar descobrir a influência que podem ter nos adultos, através da palavra "não" e das birras, que são frequentes, espelhando a incapacidade que a criança tem no autocontrolo emocional (Hockenberry & Wilson, 2011). Devem ser interpretas como parte normal do desenvolvimento

infantil, já que são a demonstração da sua necessidade de se autoafirmar, não se devendo descurar da aplicação de medidas assertivas (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2021) para evitar que a situação escale em intensidade e frequência. Os pais devem ajudar a criança a atingir o autocontrole, aplicando estratégias como: garantir consistência de regras entre os cuidadores da criança; atribuir consequências ajustadas ao estádio de desenvolvimento; durante a birra, ignorar o comportamento, a não ser que haja risco de lesão; manter-se perto da criança durante a birra para que se sinta confortável e segura quando acalmar; na ausência de birras, realizar reforço positivo; oferecer opções à criança, em vez de opções como "isto ou aquilo" de forma a que sinta alguma sensação de controle; gerir conflitos, sendo flexível e reduzindo a quantidade dos mesmos; confortar a criança quando esta se acalmar, sem ceder à sua exigência; priorizar as regras, reduzindo o número das mesmas e adequando-as à fase desenvolvimental (Hockenberry & Wilson, 2011); abster-se de castigos físicos, que aumentam a raiva da criança e podem agravar comportamento futuros (Papalia & Feldman, 2013).
Sobretudo, nunca esquecer que o mais importante é que a criança compreenda que o mau comportamento tem consequências, mas que apesar disso, continua a ser amada, pois só assim sentirá segurança (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2021).
Apesar do Luís apresentar birras com frequência, neste turno, o choro era maioritariamente característico de desconforto e acompanhado por sinais de dor.
O período *toddler* surge como foco de atenção pois pode ser necessário, enquanto profissional de saúde, substituir a mãe/pai na satisfação de algumas necessidades do Luís.

Consciência e Condução elétrica cerebral

O Luís tem um tumor cerebral em progressão, pelo que é importante avaliar a existência de sinais e sintomas característicos de hipertensão intracraniana, como a alteração de estado de consciência, cefaleias, irritabilidade (Biswas et al., 2016; Santos et al., 2022) e convulsões (Reddy, 2005).

Força muscular e Perceção corporal

O Luís apresenta hemiparesia "paralisia total ou parcial; perda incompleta ou completa da capacidade de mover partes do corpo (. . .)" (ICN, 2019) dos membros superior e inferior esquerdos.
É incapaz de mover o membro superior esquerdo, mas sem alterações da perceção corporal – desenvolveu estratégias para utilizar o braço esquerdo ou mobilizá-lo com a ajuda do membro contralateral, inclusive com movimentos de fuga.
É importante avaliar a evolução destas condições, pois pode haver alterações pela progressão tumoral e pelo tratamento implementado.

Equilíbrio dinâmico e Andar

O Luís apresenta diminuição da força no membro inferior, que lhe compromete a marcha e o equilíbrio – "Status: segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se" (ICN, 2019).
É importante avaliar a evolução destas condições, pois pode haver alterações pela progressão tumoral e pelo tratamento implementado.

Sensações somáticas

A dor é definida pelo ICN (2019) como "Perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite". É um dos sintomas mais frequentes em oncologia e tem um carácter debilitante. É fundamental que os enfermeiros a avaliem de forma fidedigna, refletindo a sua intensidade, para aplicar o tratamento mais adequado. Nem sempre os métodos farmacológicos são suficientes para diminuir a dor, pelo que podem implementar-se estratégias não farmacológicas como massagem, musicoterapia, arteterapia, reiki e recorrência à espiritualidade (Paes et al., 2021).

Eliminação intestinal e Eliminação urinária

A hospitalização retira a criança do seu ambiente familiar e social e insere-a num ambiente desconhecido, onde muitas vezes é alvo de procedimentos invasivos (Rodrigues et al., 2020). A hospitalização é especialmente perturbadora para as crianças, que ainda apresentam limitados mecanismos de *coping* (Hockenberry & Wilson, 2011).
Frequentemente surgem alterações nos padrões de eliminação, sono e humor, que se refletem em sinais e sintomas como ansiedade, diminuição da capacidade cognitiva, desenvolvimento de fobias e inseguranças, e perda de peso (Rodrigues et al., 2020).
A hospitalização pode provocar alteração nos padrões de eliminação devido ao stress, tornando-se relevante avaliar a eliminação intestinal e urinária do Luís, para identificar situações de possível obstipação ou retenção urinária.

Sono

Quanto ao sono, este é definido pelo ICN (2019) como "Processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado (. . .); não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída;

sensibilidade a estímulos externos." O sono é um processo cujo objetivo é reorganizar as funções corporais e garantir a recuperação física e psíquica. Durante sono dá-se a renovação celular, a produção de hormonas e anticorpos e nas crianças também contribui para o crescimento corporal (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017). Durante o período de sono, são segregadas hormonas como a hormona de crescimento, essencial para o bom desenvolvimento infantil (Cercatti, 2019). Além disso, Salavessa e Vilariça (2009) defendem que durante o sono ocorrem vários processos de autorregulação fundamentais para o desenvolvimento emocional e interações sociais futuras. A privação do sono na criança pode ter efeitos negativos a curto e a longo prazo em diversos domínios, como no desempenho cognitivo e aprendizagem, na regulação emocional e no comportamento, no risco de quedas, de obesidade e hipertensão arterial (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

A hospitalização tem um impacto significativo no sono das crianças. O distúrbio do sono em idades pediátricas associado à hospitalização, inicia-se no primeiro dia de internamento e tem como fatores responsáveis: o barulho, o desconforto, as atividades específicas da prática clínica, a dor, as idas tardias para a cama, o ambiente pouco familiar e as saudades de casa (Meltzer et al., 2012).

Desenvolvimento psicomotor

O desenvolvimento psicomotor contínuo e dinâmico (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Segundo o PNSIJ (DGS, 2013b), a avaliação do desenvolvimento possibilita a identificação precoce das perturbações psicomotoras, permitindo a implementação de intervenções adequadas. Ainda que no contexto de internamento, geralmente, não se recorra a escalas de avaliação do desenvolvimento psicomotor, tal como descrito no programa, o enfermeiro, sobretudo o EEESIP, deve estar atento aos sinais de alarme.

Quando sujeita a internamentos prolongados, a criança perde algumas oportunidades indispensáveis ao seu desenvolvimento psicomotor (Gerali et al., 2011).

Os internamentos podem ter consequências na criança, como perda de controle de esfíncteres, enurese, distúrbios do sono ou da alimentação, regressão no desenvolvimento (voltar a apresentar comportamentos que já não apresentava), aumento da dependência parental e birras frequentes. Para além disso, há menos oportunidades de relação com pares, ou seja, menos ocasiões para a evolução de capacidades sociais, o que pode levar ao desenvolvimento de uma perceção errada do mundo envolvente (Haiat et al., 2003).

Permitir e incentivar momentos para brincar à criança é favorável na diminuição do impacto do internamento, até porque este é um método usado pelas crianças para lidar com situações stress (Rashikj-Canevska, 2018).

O Luís evita o contacto com outras pessoas no contexto de internamento, associado ao medo de procedimentos dolorosos e aos efeitos adversos da terapêutica instituída, como por exemplo o

aumento da irritabilidade. Apresenta assimetria da marcha, que é uma das manifestações da doença, pelo que não é tido no plano de cuidados como sinal de alarme do desenvolvimento psicomotor, uma vez que as intervenções de enfermagem não vão melhorar esta condição.

Desenvolvimento físico

As alterações que surgem frequentemente nos padrões de eliminação, sono e humor, podem refletir-se em perda de peso (Rodrigues et al., 2020). O desenvolvimento físico é um foco de atenção neste contexto, uma vez que os frequentes e prolongados internamentos podem influenciar na perda de peso, que também é um dos efeitos adversos da quimioterapia (Arruda et al., 2009).

Termorregulação

Perante a existência de dispositivos invasivos, é importante avaliar sinais de infeção, como o aumento da temperatura corporal. Segundo o ICN (2019), a termorregulação é o "processo do sistema regulador: controlo da produção e da perda de calor através de mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo; pele e temperatura corporal." e a febre caracteriza-se pela presença de sinais e sintomas como "elevação anormal da temperatura corporal; alteração do centro termorregulador do termostato interno, associada a um aumento da frequência respiratória, aumento da atividade metabólica, taquicardia com pulso fraco ou cheio e cheio e com ressalto, agitação, cefaleia ou confusão; a subida rápida da febre é acompanhada por calafrios, tremores, arrepios, pele pálida e seca; a crise ou descida da febre é acompanhada por pele quente e ruborizada e de suor" (ICN, 2019).

Espiritualidade

O momento de integração nos CPP é frequentemente acompanhado de períodos de raiva relacionados com Deus, perda de fé, sentimentos de culpa, arrependimento, e maior necessidade de praticar tradições culturais e religiosas, ou seja, manifestações de angústia espiritual “rotura com o que a pessoa acredita acerca da vida, questões acerca do sentido da vida, associada ao questionar do sofrimento, separação dos laços religiosos ou culturais, mudança nos sistemas de crenças e valores, sentimentos de intenso sofrimento e zanga contra a divindade” (ICN, 2019). Pelo que é importante ter este como um foco de atenção no cuidado a esta família.

6.6. Conceção de Cuidados

Consciência
13-01-2024 10:00
13-01-2024 10:00 - Consciente.
13-01-2024 10:00 - Determinar sinais de alteração da consciência
13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [Sem horário]
16-01-2024 22:00 - Consciente.

Força muscular
13-01-2024 10:00
13-01-2024 10:00 - Força - contração muscular
13-01-2024 10:00 - Braço Esquerda(o): contração visível ou palpável, mas sem movimento.
13-01-2024 10:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo se eliminada a gravidade.
13-01-2024 10:00 - Paresia
13-01-2024 10:00 - Determinar evolução da força muscular
13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da força - contração muscular [Sem horário]

Equilíbrio dinâmico
13-01-2024 10:00
13-01-2024 10:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao levantar-se, transferir-se ou virar-se.
13-01-2024 10:00 - Equilíbrio dinâmico comprometido
13-01-2024 10:00 - Determinar evolução do equilíbrio dinâmico
13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico [Sem horário]
13-01-2024 10:00 - Promover papel parental especial: prevenção da queda
13-01-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de queda: facilitador.

Sensações somáticas
13-01-2024 10:00
13-01-2024 10:00 - Manifesta dor.
13-01-2024 10:00 - Dor
13-01-2024 10:00 - Expressão facial: Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando ou introversão ou desinteresse.
13-01-2024 10:00 - Movimento dos membros: Pernas inquietas ou agitadas ou tensas.
13-01-2024 10:00 - Choro/vocalização: Choro persistente ou gritos ou soluços ou queixas frequentes .
13-01-2024 10:00 - Atividade: Curvado ou rígido ou com movimentos bruscos.
13-01-2024 10:00 - Consolabilidade: Difícil de consolar ou confortar.
13-01-2024 10:00 - Determinar evolução da dor
13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da dor [Sem horário]

16-01-2024 22:00 - Expressão facial: Nenhuma expressão particular, sorriso [MELHOROU].
16-01-2024 22:00 - Movimento dos membros: Pernas em posição normal ou relaxadas [MELHOROU].
16-01-2024 22:00 - Choro/vocalização: Gemidos ou choramingos ou queixas ocasionais [MELHOROU].
16-01-2024 22:00 - Atividade: Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente [MELHOROU].
16-01-2024 22:00 - Consolabilidade: Tranquilizado por toques ou abraços ou conversas ocasionais ou pode ser distraído [MELHOROU].

13-01-2024 10:00 - Diminuir dor

13-01-2024 10:00 - Gerir analgesia [SOS]

13-01-2024 10:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [SOS]

13-01-2024 10:00 - Promover papel parental especial: gestão da dor

13-01-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-01-2024 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas

[RESOLVIDO] 16-01-2024 22:00

13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor do cliente [Sem horário] [FIM] 16-01-2024 22:00

16-01-2024 22:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].

13-01-2024 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor [Neste turno] [FIM] 16-01-2024 22:00

13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da dor [Sem horário]

16-01-2024 22:00 - A mãe/pai adota comportamentos de gestão da dor.

Perceção corporal

13-01-2024 10:00

13-01-2024 10:00 - Perceção do corpo

13-01-2024 10:00 - Esquerda(o): reconhece como seus o membro inferior e superior.

Condução elétrica cerebral

13-01-2024 10:00

13-01-2024 10:00 - Crise convulsiva

13-01-2024 10:00 - Corpo: Sem crises convulsivas.

13-01-2024 10:00 - Determinar crise convulsiva

13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da convulsão [SOS]

16-01-2024 22:00 - Crise convulsiva

16-01-2024 22:00 - Corpo: Sem crises convulsivas.

13-01-2024 10:00 - Referenciar convulsão ao médico [SOS]

Eliminação intestinal
13-01-2024 10:00
13-01-2024 10:00 - Ausência de dejeções.
13-01-2024 10:00 - Número de defecações por dia: 1.
13-01-2024 10:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal
13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Sem horário]
16-01-2024 22:00 - Ausência de dejeções [MANTEVE].
Eliminação urinária
13-01-2024 10:00
13-01-2024 10:00 - Urina em moderada quantidade.
13-01-2024 10:00 - Cor da urina: amarelo-palha.
13-01-2024 10:00 - Cheiro da urina: "sui generis".
13-01-2024 10:00 - Transparência da urina: Límpida.
13-01-2024 10:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .
13-01-2024 10:00 - Determinar evolução da eliminação urinária
13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Sem horário]
16-01-2024 22:00 - Urina em moderada quantidade.
16-01-2024 22:00 - Cor da urina: amarelo-palha.
16-01-2024 22:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].
16-01-2024 22:00 - Frequência da eliminação urinária: normal [MANTEVE].
Termorregulação
13-01-2024 10:00
13-01-2024 10:00 - Temperatura corporal periférica
13-01-2024 10:00 - Ouvido: 36.30 ºC.
13-01-2024 10:00 - Determinar evolução da temperatura corporal
13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1x turno e SOS]
16-01-2024 22:00 - Temperatura corporal periférica
16-01-2024 22:00 - Ouvido: 36.80 ºC.
Sono
13-01-2024 10:00
13-01-2024 10:00 - Dormiu por períodos curtos.
13-01-2024 10:00 - Sono não reparador, com dificuldade em adormecer e intermitente.
13-01-2024 10:00 - Sono comprometido
13-01-2024 10:00 - Determinar evolução do sono
13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução do sono [Sem horário]
16-01-2024 22:00 - Dormiu por períodos longos.
16-01-2024 22:00 - Sono reparador [MELHOROU].
13-01-2024 10:00 - Referenciar sono comprometido ao médico [SOS]
13-01-2024 10:00 - Melhorar sono
13-01-2024 10:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [Sem horário]
13-01-2024 10:00 - Gerir medicação [SOS]
13-01-2024 10:00 - Promover papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do sono
13-01-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção do sono: necessita

ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-01-2024 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção do sono [RESOLVIDO] 16-01-2024 22:00

13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção do sono [Sem horário] [FIM] 16-01-2024 22:00

16-01-2024 22:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção do sono: facilitador [MELHOROU].

13-01-2024 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre medidas de promoção do sono [Neste turno] [FIM] 16-01-2024 22:00

13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do sono [Sem horário]

16-01-2024 22:00 - A mãe/pai adota parcialmente estratégias promotoras do sono de acordo com a recomendação.

Andar

13-01-2024 10:00

13-01-2024 10:00 - Capaz de mover-se através da marcha

13-01-2024 10:00 - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

13-01-2024 10:00 - Andar comprometido

13-01-2024 10:00 - Determinar evolução do andar

13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução do andar [Sem horário]

Desenvolvimento psicomotor

13-01-2024 10:00

13-01-2024 10:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: com sinais de alarme.

13-01-2024 10:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

13-01-2024 10:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

13-01-2024 10:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

13-01-2024 10:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

13-01-2024 10:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme.

13-01-2024 10:00 - Desenvolvimento infantil

13-01-2024 10:00 - Assimetrias (aos 18 meses).

13-01-2024 10:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil

13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [Sem horário]

Desenvolvimento físico

13-01-2024 10:00

13-01-2024 10:00 - Peso: 10.30 Kg.

13-01-2024 10:00 - Percentil do peso: P(5).

13-01-2024 10:00 - Determinar evolução do crescimento

13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução do crescimento [7/7 dias]

Período toddler

13-01-2024 10:00

13-01-2024 10:00 - Período toddler

13-01-2024 10:00 - Substituir mãe/pai nas atividades para satisfazer

necessidades desenvolvimentais

13-01-2024 10:00 - Trocar fralda [SOS]

13-01-2024 10:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [Sem horário]

13-01-2024 10:00 - Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil [Sem horário]

13-01-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: desenvolvimento infantil

13-01-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil durante o período toddler: facilitador.

13-01-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de Toddler: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-01-2024 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de toddler [RESOLVIDO] 16-01-2024 22:00

13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de toddler [Sem horário] [FIM] 16-01-2024 22:00

16-01-2024 22:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de Toddler: facilitador [MELHOROU].

13-01-2024 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de Toddler [Neste turno] [FIM] 16-01-2024 22:00

Espiritualidade

13-01-2024 10:00

13-01-2024 10:00 - Diminuir a angústia espiritual

13-01-2024 10:00 - Expressa raiva e necessidade de perceber a "vontade de Deus".

13-01-2024 10:00 - Alteração de comportamento: tristeza, choro frequente, e isolamento face à equipa de profissionais de saúde.

13-01-2024 10:00 - Angústia Espiritual

13-01-2024 10:00 - Providenciar apoio espiritual [Sem horário]

13-01-2024 10:00 - Providenciar privacidade para comportamento espiritual [Sem horário]

13-01-2024 10:00 - Toque terapêutico [Sem horário]

13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da condição espiritual [Sem horário]

6.7. Especificação das intervenções

Gerir medicação

- Administrar hidrato de cloral em SOS, se dificuldade em adormecer
- Gerir analgesia, se manifestação de dor

Avaliar evolução do crescimento

- Pesar (7/7 dias)
- Medir (15/15 dias)

Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil

- Estimular a arrumação e imitação de comportamentos
- Ajudar o Luís a pronunciar palavras, pelo estímulo positivo
- Oferecer tintas para o Luís mexer e desenhar
- Dar-lhe a conhecer várias texturas e materiais
- Contar histórias
- Promover o brincar com puzzles
- Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem do Luís

Implementar estratégias de promoção do sono

- Gerir ambiente físico (redução de iluminação e de ruídos)
- Incentivar a criar rotina quanto à hora de deitar
- Evitar brincadeiras agitadas antes da hora de deitar
- Promover a autonomia do Luís, deixando-o adormecer sozinho
- Evitar uso de equipamentos eletrónicos cerca de uma hora antes de deitar
- Não utilizar o quarto como castigo
- Não deitar o Luís com fome mas evitar refeições pesadas duas horas antes de deitar
- Recorrer a objeto de transição (por exemplo, peluche) que ofereça sensação de segurança

Ensinar mãe/pai sobre medidas de promoção do sono

- Explicar à mãe que pode ser feita a gestão de medicação para diminuir a dor/desconforto e para induzir o sono, mas que se devem conjugar estratégias de promoção de sono, que passam pela criação de uma rotina de sono:
- - Criar rotina quanto à hora de deitar: estabelecer ordem de atividades de vida diárias antes de deitar, por exemplo: primeiro tomar banho, depois lavar os dentes, leitura de uma história e deitar
- - Gerir ambiente físico (redução de iluminação e de ruídos)
- - Evitar brincadeiras agitadas antes da hora de deitar
- - Promover a autonomia do Luís, deixando-o idealmente adormecer sozinho
- - Evitar uso de equipamentos eletrónicos cerca de uma hora antes de deitar, pois a luminosidade dos ecrãs é estimulante e inibe a produção de hormonas indutoras de sono
- - Não utilizar o quarto como castigo
- - Não deitar o Luís com fome, mas evitar refeições pesadas duas horas antes de deitar
- - Recorrer a objeto de transição (por exemplo, peluche), que ofereça sensação de segurança

Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de Toddler

- Explicar à mãe que cada criança se desenvolve ao seu ritmo e que no caso do Luís, por ter história de longos períodos de internamento, é aceitável que apresente alguma regressão nos marcos de desenvolvimento.

- Explicar à mãe que a utilização de brincadeiras adequadas à idade é uma estratégia adequada à promoção do desenvolvimento infantil, realizando reforço positivo
- Ensinar à mãe outras estratégias que pode utilizar para promover o desenvolvimento do Luís:
- - Estimular a arrumação e imitação de comportamentos.
- - Ajudar o Luís a pronunciar palavras, realizando estímulo positivo.
- - Oferecer tintas para o Luís mexer e desenhar.
- - Dar-lhe a conhecer várias texturas e materiais.
- - Contar histórias e dar puzzles.
- - Facilitar oportunidade de jogo simbólico.
- - Pedir para ajudar em pequenas tarefas.
- - Dar oportunidade para o Luís manifestar as suas vontades, mantendo limites.
- - Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder a chantagens do Luís.

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção do sono

- Questionar a mãe se ainda se recorda e é capaz de enunciar estratégias de promoção do sono
- Questionar a mãe sobre qual a rotina de sono que melhor funciona com o Luís

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de toddler

- Questionar a mãe se ainda se recorda e é capaz de enunciar estratégias para promover o desenvolvimento infantil

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor do cliente

- Questionar a mãe se ainda se recorda e é capaz de enunciar estratégias não farmacológicas de alívio da dor
- Questionar a mãe sobre quais as estratégias implementadas que melhor funcionam com o Luís

Gerir analgesia

- Administrar analgesia em SOS se manifestações de dor

Ensinar mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor

- Explicar à mãe que após o início da radioterapia é “normal” que o Luís se sinta desconfortável/irritado e que isso se reflita em manifestações de dor.
- Explicar que existem estratégias farmacológicas de alívio da dor, que nem sempre são 100% eficazes e que podem ser conjugadas com estratégias não farmacológicas de alívio da dor que podem apresentar muito bons resultados.
- Ensinar à mãe do Luís algumas técnicas não farmacológicas de alívio da dor como:
- - Massagem de relaxamento
- - Musicoterapia – música relaxante ou alguma música que o Luís tenha preferência, pode funcionar como técnica de distração
- - Arteterapia, através de pinturas, por exemplo, pode funcionar como técnica de distração

- - A presença de uma figura significativa é importante para o suporte emocional do Luís
- - Adequar o ambiente físico, com a redução de iluminação e de ruídos

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor
- Massagem de relaxamento
- Musicoterapia
- Arteterapia (distração)
- Suporte emocional através de presença de figura significativa (no caso, mãe)
- Gerir ambiente físico (redução de iluminação e de ruídos)

Avaliar evolução da condição espiritual
- Questionar à mãe se quer falar sobre o que está a sentir no momento

Providenciar apoio espiritual
- Escuta ativa
- Encorajar a falar sobre os seus medos e sentimentos
- Encorajar a recordar as memórias felizes
- Reflexão silenciosa

Providenciar privacidade para comportamento espiritual
- Solicitar apoio de capelão

6.8. Síntese relativa ao caso

Outros dados relevantes:

Dado necessário, mas não suficiente [Disponibilidade para aprender]:

Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas
Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção do sono

- A mãe questiona sobre possíveis estratégias para diminuir a dor e promover o descanso do Luís nesta fase de maior desconforto e irritabilidade após o início de radioterapia.

Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de toddler

- A mãe refere que tenta utilizar brincadeiras adequadas à idade do Luís, mas não conhece outras estratégias de promoção do desenvolvimento infantil.

Indicadores de Resultado:

Sono comprometido
• Que o Luís consiga dormir por longos períodos, de acordo com o seu habitual (cerca de 9horas no período noturno e 4horas no período diurno).

Período toddler
• Que o Luís mantenha asseguradas as necessidades inerentes à faixa etária e à condição atual mesmo se na ausência da mãe

Desenvolvimento infantil
• Que o Luís mantenha desenvolvimento infantil positivo, sem sinais de alarme

Crescimento
• Que o Luís não apresente diminuição de peso corporal

Angústia Espiritual
• Que a mãe do Luís expresse reconciliação com Deus
• Que a mãe do Luís apresente menos períodos de choro e tristeza
• Que a mãe do Luís se reaproxime da equipa de profissionais de saúde

Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas
• Que a mãe enumere estratégias não farmacológicas de alívio da dor
• Que a mãe aplique estratégias não farmacológicas de alívio da dor, de forma a perceber quais as que funcionam melhor com o Luís

Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção do sono
• Que a mãe enumere estratégias de promoção de sono
• Que a mãe crie uma rotina de sono
• Que a mãe relacione a necessidade de diminuir a dor com a melhor qualidade do sono

Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de toddler
• Que a mãe enumere estratégias de promoção de desenvolvimento infantil
• Que a mãe aplique as estratégias de promoção de desenvolvimento infantil, conforme as preferências do Luís

7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A formação contínua é fundamental no desenvolvimento profissional dos enfermeiros, para que integrem as especificidades dos cuidados e assegurem a prestação de cuidados de qualidade (OE, 2017). Entende-se, por enfermeiro especialista, "aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem" (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744). A atribuição deste título depreende o aperfeiçoamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e é exigido que o profissional reúna um conjunto de competências comuns a todas as áreas de especialidade - expressas pela capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e pelo suporte ao exercício profissional no âmbito da formação, assessoria e investigação - e de competências específicas, inerentes a cada uma das áreas de especialidade reconhecidas, que se expressam pela adequação dos cuidados às necessidades de saúde do grupo-alvo, em resposta aos processos de vida e aos problemas de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Entenda-se que competência profissional em enfermagem é um conceito complexo e dinâmico, que varia conforme os diferentes contextos (Valizadeh et al., 2019). De modo geral corresponde aos níveis esperados de conhecimentos, habilidades/capacidades e atitudes e valores (Oliveira et al., 2016) que sustentam o desempenho de funções de forma profissional, padronizada e com julgamento clínico face às diferentes situações (Valizadeh et al., 2019). Existem vários fatores que podem influenciar o processo de desenvolvimento de competências, como os anos de experiência profissional, o conhecimento teórico, a capacidade de pensamento crítico, o ambiente de trabalho e o stresse associado ao mesmo (Almarwani & Alzahrani, 2023).

Neste contexto e para o desenvolvimento das competências comuns e especificas de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, que se consideram fundamentais à aquisição de título de EEESIP, foi determinante: o aprofundamento do conhecimento teórico, o desenvolvimento da capacidade critico reflexiva fundamentada em evidência científica e o desenvolvimento de capacidades e habilidades clínicas, éticas e deontológicas aquando da realização dos ENP, que decorreram em diferentes contextos, anteriormente referidos, ao longo do MESIP.

Neste capítulo apresenta-se, assim, o processo de aquisição e aperfeiçoamento de competências, com referência às experiências vividas ao longo dos ENP e o seu contributo para o desenvolvimento de competências, tendo por base a melhor evidência analisada.

- **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, espera-se que o enfermeiro especialista detenha competências nas "dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem" (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4744). As competências do enfermeiro especialista organizam-se em quatro domínios de competência: "Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais" (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745).

a) Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro pressupõe que o enfermeiro, no exercício das suas funções, mantenha uma atitude responsável e ética, respeitando e atuando conforme os direitos e interesses dos seus clientes (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996) e no código deontológico dos enfermeiros destacam-se os deveres de respeito pela vida e pela dignidade humana; o cumprimento da atividade com base na dignidade da pessoa humana; o respeito pelos direitos humanos, pelas opções políticas, culturais, morais e religiosas dos clientes e o dever de salvaguardar os direitos das crianças (Lei n.º 156/2015, 2015).

Do enfermeiro especialista, particularmente, espera-se que possua competências: para exercer uma prática profissional que respeite as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, na sua área de especialidade; e para garantir que estes cuidados respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A responsabilidade profissional, ética e legal já é reconhecida como fundamental no exercício do enfermeiro de cuidado gerais. No processo de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, esta tomada de consciência vai-se tornando mais evidente e no decorrer do ENP foi possível a reflexão crítica sobre as melhores práticas e as tomadas de decisão tendo em conta os direitos e as preferências dos clientes.

A prática de cuidados que respeitem os direitos humanos, da criança e sua família em particular, foi uma área de atenção considerada ao longo do MESIP. Em todos os contextos de ENP, prezou-se pelo respeito ao direito de informação, assumindo-se, em conjunto com as enfermeiras tutoras, um papel ativo no fornecimento de informação ajustada ao cliente e de acordo com a responsabilidade da classe profissional. Observaram-se, todavia, situações em que a falta de informação ou informação pouco clara, por parte das equipas de saúde, deram origem a episódios de descontentamento, insegurança e insatisfação, o que dificulta o estabelecimento de uma relação terapêutica. Esta questão é corroborada por Araújo et al.

(2021) que evidencia que a fragilização das famílias na hospitalização, aliada à falta de informação, provoca medo, angústia e stresse, podendo interferir na recuperação da criança/adolescente. A ocorrência destas situações propiciou a reflexão sobre a importância da clareza no momento de partilha de informação relacionada com o estado de saúde, especialmente nos casos de doença grave e nas situações de diagnóstico indeterminado, em que as famílias estão a viver momentos de incerteza e stresse. Para além do mais, o direito à informação surge refletido na carta da criança hospitalizada: "As crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão" (*European Association for Children in Hospital* [EACH], 2016, p.11), e pode ser necessário repeti-la, para assegurar de que foi devidamente compreendida pela criança/adolescente e pela família. A clareza na partilha de informação sobre a condição de saúde do cliente, os objetivos, riscos e alternativas ao tratamento, é fundamental para a obtenção de consentimento informado, um direito dos intervenientes e necessário à realização de procedimentos (EACH, 2016).

Outra dimensão de especial atenção é o respeito pela privacidade dos clientes, "Independentemente da idade ou nível de desenvolvimento, a proteção da privacidade da criança deve ser assegurada em todas as situações" (EACH, 2016, p.25). Frequentemente, as condições de espaço físico e a sobrecarga de trabalho das equipas são um obstáculo à manutenção da confidencialidade e privacidade. No contexto do ENP foi percetível a atenção por parte das equipas de enfermagem em adotar estratégias para ultrapassar esta dificuldade. No SUP foram evidentes as dificuldades considerando a estrutura física do serviço, tendo-se recorrido ao uso de biombos e à sala de enfermagem para realização de procedimentos, de forma a proteger a criança/adolescente da exposição. No que concerne à comunicação de más notícias a adequação do ambiente é fundamental, prezando pela privacidade das famílias (Oliveira & Riera, 2016) e esta foi também uma área de cuidado e de particular atenção. Sob o incentivo das enfermeiras tutoras, foi possível refletir sobre esta vertente, sobre as maiores dificuldades dos diferentes contextos de ENP e sobre estratégias para as ultrapassar.

O respeito pelos valores, práticas e crenças de cada um também evoluiu ao longo deste processo. O ENP permitiu que se conhecessem diferentes realidades e formas de pensamento, preservando-se sempre o respeito por todas "as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa" (Lei n.º 156/2015, 2015, p.8102).

A tomada de decisão baseada nos princípios e normas deontológicas também se mostra fundamental ao enfermeiro especialista. A rápida tomada de decisão, baseada no conhecimento e experiência, exigida por alguns contextos, sofreu uma considerável evolução, com a seleção de respostas apropriadas às diferentes necessidades dos clientes. Surgiram também momentos de discussão, inclusive nas passagens de turno, onde se abordaram os propósitos para uma determinada tomada de decisão, e a sua adequação ao contexto. Estes momentos, que muitas vezes também foram realizados com as enfermeiras tutoras, permitiram uma evolução considerável na segurança da tomada de decisão fundamentada, a par do aprofundamento e

mobilização de conhecimento face às necessidades identificadas.

b) Domínio da melhoria da qualidade

Do enfermeiro especialista espera-se que demonstre competências para assumir um papel dinamizador e de suporte a iniciativas estratégicas institucionais; com vista a desenvolver práticas de qualidade, colaborando em programas de melhoria contínua e para garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No código deontológico, a qualidade dos cuidados assume especial destaque, devendo o enfermeiro, no exercício da sua profissão, adotar medidas que objetivem melhorar a qualidade dos cuidados e do serviço de enfermagem (Lei n.º 156/2015, 2015), sendo, para isso, fundamental a formação contínua que promova o desenvolvimento profissional e, consequentemente, a prestação de cuidados de melhor qualidade (OE, 2017).

A qualidade dos cuidados de saúde é de responsabilidade multiprofissional, dependendo simultaneamente de diferentes classes profissionais, entre as quais, a equipa de enfermagem (OE, 2001), devendo o enfermeiro especialista destacar-se pelo planeamento de programas de melhoria contínua, que evidenciem que esta é uma área da sua atenção.

Com os programas de melhoria contínua da qualidade dos serviços, pretende-se fazer face às novas realidades, através de sistemas organizados que passam por elaboração de procedimentos, análise de resultados e de serviços prestados, cujo objetivo é ultrapassar o nível de qualidade já atingido. Assim, para definir a qualidade nos cuidados de enfermagem é relevante considerar as dimensões relacionadas com a comunicação, apoio emocional, qualidade nos procedimentos técnicos, disponibilidade e o cuidado centrado no cliente e é fundamental o compromisso e dedicação das equipas de enfermagem (Dias, 2014).

Ao longo do ENP módulo I foi possível verificar que a prática de cuidado espiritual nem sempre era considerada nos cuidados de enfermagem e que essa inclusão poderia ser um meio de melhorar a qualidade dos cuidados, pelo que o estudo deste tema, com o objetivo de compreender a sua possível integração nos diferentes contextos de ENP, foi estabelecido como prioridade no projeto elaborado no ENP módulo I. Após se reconhecer a pertinência do tema para a qualidade de cuidados, selecionaram-se as estratégias que serão apresentadas posteriormente, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Ao longo do processo de desenvolvimento de competências, foi possível fazer uma análise critico reflexiva sobre a prática relativa aos cuidados espirituais e identificar estratégias de melhoria a integrar na prática clínica seja nos ENP seja no próprio contexto de trabalho, atingindo um maior desenvolvimento profissional, objetivo principal da realização do MESIP.

A mobilização de conhecimentos e habilidades que garantam a melhoria da qualidade da

prestação de cuidados, também se aplica à promoção de um ambiente de trabalho gerador de segurança e proteção aos clientes.

Esta competência foi aperfeiçoada no ENP em cooperação com as equipas, assistindo na organização do trabalho de forma a distribuir carga de trabalho e diminuir a margem de erro. O erro em enfermagem está frequentemente associado à sobrecarga de trabalho, que, aliado ao inexistente reconhecimento profissional, provoca um descontentamento na classe de enfermagem capaz de prejudicar a qualidade dos cuidados prestados (Costa et al., 2018).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (DGS, 2022) considera que a segurança do doente, para além de prioritária, é uma manifestação clara da qualidade dos cuidados de saúde e que está intimamente relacionada com a comunicação em contexto de trabalho, aprendizagem com os erros, responsabilização e cultura de não culpabilização. É frequente os erros em saúde não serem expostos pelo estigma associado, que provoca uma atitude de punição em vez de educação e aprendizagem com o erro (Costa et al., 2018).

De facto, a comunicação mostrou-se essencial na promoção da qualidade e segurança dos cuidados em vários momentos críticos, como é o caso dos momentos de transição de cuidados, quer entre serviços, quer entre turnos, na passagem de turno (DGS, 2022). Durante o ENP foi possível perceber a quantidade e qualidade de informação essencial à continuidade de cuidados nos diferentes contextos. A clareza e transparência da informação no momento da transferência de serviços ou na passagem de turno, podem ser um fator promotor da segurança do cliente. Esquecer a partilha de informação sobre algum domínio de atenção, ou alguma intercorrência, pode fazer com que o profissional que assume os cuidados não tenha conhecimento e atenda a áreas de atenção relevantes no estado de saúde do cliente.

A passagem de turno tem o objetivo de assegurar a continuidade de cuidados, através da comunicação verbal, em complemento dos registos escritos realizados. Também promove a melhoria da qualidade dos cuidados, por ser um momento de análise e discussão das práticas implementadas, funcionando como formação em serviço (OE, 2017). As passagens de turno assumem especificidades nos diferentes contextos: na UCIN é fundamental passar a informação de como o RN reage aos cuidados, se apresenta instabilidade hemodinâmica durante as manipulações, e também os conhecimentos e capacidades dos pais para prestarem os cuidados ao RN; no SUP, devido à grande quantidade e rotatividade de clientes, é fundamental a organização da passagem de turno para que se partilhem as informações mais importantes e carece, também, de uma maior concentração dos profissionais, pois ao contrário dos outros contextos, estes clientes não estão alocados a diferentes postos, mas sim numa sala de espera, o que torna mais difícil o seu reconhecimento e associação à condição clínica; e no contexto de oncologia pediátrica, devido aos internamentos muitas vezes prolongados, é frequente os enfermeiros estarem atualizados sobre o estado de saúde de cada cliente, pelo que se torna fundamental a passagem de informação de intercorrências, novos tratamentos ou alterações ao

estado de saúde.

A comunicação é essencial e decisiva para a segurança do cliente também em situações de emergência, este foi um cenário que tive oportunidade de testemunhar e participar na UCIN e no SUP. Nestas situações existe muito ruído, inerente ao trabalho (alarmes e manuseio de equipamento, grande movimento de pessoal, indicações verbais de passos a seguir e discussão do caso em equipa multidisciplinar), pelo que é fundamental evitar interferências na comunicação. Apesar da situação envolver stresse para toda a equipa, é prioritário manter a clareza na comunicação, reforçar e confirmar as informações verbais, de forma a evitar o erro. Salas et al. (2007) relataram como dificultadores à comunicação na sala de emergência as múltiplas tarefas em simultâneo e como facilitador a formação e treino de capacidades comunicativas em situações de elevado stresse e carga de trabalho.

Nesta competência do enfermeiro especialista incluem-se os critérios de avaliação "Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo" e "Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais", que são fundamentais ao cuidado espiritual abordado neste relatório mas que serão desenvolvidas *a posteriori*, nas competências especificas do EEESIP.

c) Domínio da gestão dos cuidados

É esperado que o enfermeiro especialista possua competências para gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e articulando com a restante equipa de saúde; e para adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações especificas, garantindo a qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Nos contextos de ENP, apesar de existir uma enfermeira gestora que assumia as funções de gestão, existia um enfermeiro por turno que assumia a função de líder de equipa, trabalhando em colaboração com a enfermeira gestora e assumindo funções de gestão de recursos humanos e materiais durante o turno. Este enfermeiro era o responsável pela distribuição dos cuidados, em função da carga de trabalho e reorganização desta distribuição, em caso de necessidade.

As enfermeiras tutoras no ENP assumiam a função de líder de equipa, o que favoreceu a compreensão da importância desse papel e da sua articulação na gestão de recursos. A proximidade com este elemento permitiu reflexões sobre a gestão de uma equipa (por exemplo, quando necessário reorganizar a distribuição de clientes) e de recursos físicos e materiais (por exemplo, quando necessário pedir ou emprestar materiais a outros serviços) e contribuiu para o desenvolvimento de conhecimentos e competências nesta área. No SUP e na UCC verificou-se uma grande proximidade destas enfermeiras com as equipas médicas, para compreenderem a

evolução e planeamento dos cuidados de cada cliente, reorganizando-se o trabalho das equipas de enfermagem em função disso.

Nos diferentes contextos foi possível colaborar em algumas decisões da equipa de saúde, inclusive em situações de emergência, reconhecendo as funções dos diferentes membros das equipas e reconhecendo, também, a necessidade de referenciar alguns clientes para outros profissionais de saúde. Essencialmente na UCIN, negociou-se diariamente com as equipas médicas a prestação de cuidados, de forma a agrupá-los, em função do bem-estar do RN, promovendo a melhoria da qualidade de cuidados. A função do enfermeiro é essencial e tornou-se muito evidente na gestão de cuidados ao cliente. Em alguns turnos em que ocorreram situações de maior stresse, foi também possível incentivar um ambiente positivo, fundamental para manter um ambiente de trabalho favorável, recorrendo muitas vezes ao humor como estratégia.

Ter enfermeiras tutoras com competência para a gestão das equipas, que organizavam e reorganizavam a distribuição do trabalho pelos membros da equipe em função de critérios como a carga de trabalho e experiência profissional, propiciou a reflexão sobre a importância desta problemática para a segurança do cliente, favorecendo a prestação de cuidados de melhor qualidade. Esta observação crítica e reflexiva permitiu uma evolução significativa no sentido crítico e nas competências de enfermeiro especialista.

d) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O enfermeiro especialista deve possuir competências para desenvolver o autoconhecimento e assertividade, e para fundamentar a prática clínica em evidência científica atualizada (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A realização do MESIP, e especialmente dos ENP, foi favorável ao desenvolvimento de aprendizagens profissionais em várias áreas de estudo. Para o aprofundamento dos conhecimentos teóricos, realizou-se um estudo orientado, em resposta às necessidades identificadas ao longo de todo o percurso académico. O recurso a livros técnico científicos, a par da pesquisa em bases de dados científicas permitiram fundamentar a prática clínica na mais recente evidência. As problemáticas privilegiadas foram relacionadas com patologias, tratamentos e os cuidados e as práticas de enfermagem com que me defrontei nos ENP, e também a temática da espiritualidade e cuidado espiritual, como descrito na introdução. Os resultados do estudo foram, frequentemente, discutidos com as enfermeiras tutoras e outros membros da equipa de enfermagem, de forma a confrontar e refletir sobre os modelos expostos e os modelos em uso.

A adequação e mobilização do conhecimento, conjuntamente com as equipas de enfermagem teve em atenção o contexto. Na UCC, perante a necessidade identificada pela equipa de intervir

na população no âmbito do choro do RN/lactente, foi aprofundado o estudo sobre o tema e a problemática da SSB, uma vez que o choro excessivo é o principal motivo para levar os pais a um estado de frustração e exaustão que os faz abanar o bebé, provocando estas lesões características (Esernio-Jenssen et al., 2011), após realizada a sugestão à enfermeira tutora, a sua inclusão foi considerada pertinente e aceite pela equipa.

Na UCIN confrontou-se a evidência, que comprova que a instilação de cloreto de sódio 0.9% estéril para facilitar a aspiração de secreções tem riscos acrescidos, uma vez que a maior parte não é aspirado de volta, mantendo-se na árvore brônquica, o que contribui para a colonização bacteriana e compromisso das trocas gasosas (Blakeman et al., 2022; Silva et al., 2018), com a prática, em que havia instalação de pequenas quantidades de cloreto de sódio 0.9% para facilitar a aspiração de secreções. Após partilha de conhecimentos com alguns membros da equipa, esta prática foi reduzida. Noutros contextos foram discutidos casos clínicos, intervenções de enfermagem autónomas e interdependes, o seu desfecho e estratégias de melhoria, tendo inclusive sido realizada pesquisa de evidência atual em conjunto com as enfermeiras tutoras, sempre com vista às melhores práticas e consequentemente maiores ganhos em saúde.

No ENP foi realizado um poster (anexo I), para exibir nas salas de trabalho de enfermagem, onde se apresenta brevemente a problemática da angústia espiritual e o modelo de ASSET, uma vez que segundo Ellis e Narayanasamy (2009), esta exposição encoraja os enfermeiros a refletir sobre o assunto, cumprindo o objetivo do modelo: promover a consciencialização dos enfermeiros sobre os cuidados espirituais e a problemática da angústia espiritual. Assim, este poster foi afixado nas salas de trabalho de enfermagem dos diferentes contextos e serviu de ponto de partida à discussão sobre o tema com a equipas, para além de manter o registo e continuar a servir de recurso à reflexão sobre o tema. No SUP e no serviço de oncologia pediátrica surgiu a oportunidade de realizar reuniões reflexivas com as equipas, durante as passagens de turno. Segundo Kamaara et al. (2019), a formação em serviço para os profissionais de saúde, sobre a importância do cuidado espiritual, melhora a qualidade dos cuidados por propiciar a intervenção em todas as dimensões da saúde da pessoa, assim, estas reuniões tiveram como objetivo promover a consciencialização dos enfermeiros para a importância do cuidado espiritual nas conceções de cuidados de enfermagem. Uma vez que as sessões foram realizadas durante a passagem de turno, o tempo foi limitado a, no máximo, 20 minutos e por isso foram selecionadas apenas algumas das questões do modelo de ASSET para refletir em conjunto.

Este poster também foi fundamental para dar resposta à problemática do cuidado espiritual na UCC, onde a realização de uma reunião reflexiva não pareceu pertinente, por não se adequar ao contexto e à área de atuação da equipa de enfermagem. O tema foi, ainda assim, discutido em contexto de reflexão, com a enfermeira tutora. A exibição do poster nos diferentes contextos demostrou ter atingido os objetivos, uma vez que levantou questões e reflexões por parte de

membros das equipas de enfermagem, que foram posteriormente discutidas.

Nas reuniões e momentos de reflexão, realizados no decorrer do ENP, sobre os cuidados espirituais implementados, as principais questões abordadas foram "1. Quais os sinais de angústia que os pais apresentam com mais frequência?"; "2. Quais as intervenções de cuidado espiritual implementadas?" e "3. Quais os maiores entraves à prestação de cuidado espiritual?". Foi possível concluir que:

1. Os sinais de angústia espiritual mais frequentemente identificados foram: o sentimento de culpa "porque fizeram alguma coisa errada na gravidez" ou porque "detetaram tarde os sintomas"; a zanga com a divindade, sendo uma das questões mais frequentemente escutadas "porquê que Deus está a fazer isto comigo/com o meu filho?"; o medo; o isolamento, tanto da família como dos profissionais de saúde; e a culpabilização dos cuidados de saúde e receio face à qualidade dos mesmos. Os momentos em que as famílias apresentavam mais sinais de angústia espiritual face a um diagnóstico novo de doença; durante a realização de exames, quando ainda não havia diagnóstico; nos casos graves e quando não havia mais nenhum tratamento médico a oferecer.

   Estas conclusões vão de encontro à evidência, que descreve como momentos mais críticos à angústia espiritual: os momentos de transição, as admissões hospitalares, o regresso a casa e os momentos de tomada de decisão do tratamento a realizar. Considera-se fundamental as equipas estarem alertas a estes momentos, em que a família está mais suscetível, de forma a apoiarem-nas antecipadamente (Roze des Ordons et al., 2020).

2. As intervenções que a equipas referiram implementar com mais frequência foram: promover a esperança; promover a partilha de memória positivas; escuta ativa; promover o contacto das famílias com outras em situação semelhante para poderem partilhar experiências e enfatizaram a importância das elevadas competências da comunicação nesta vertente de cuidados.

   Estes resultados coincidem com os descritos, para Roze des Ordons et al. (2020) e Rassouli et al. (2019) é fundamental a intervenção espiritual, o estabelecimento prévio de uma relação terapêutica com as famílias, sendo, para isso, essencial as competências da comunicação. Também Ferrell et al. (2016) referem a importância das competências comunicacionais, inclusive da capacidade de escutar, das equipas de saúde, quer no diagnóstico de necessidades espirituais, quer na capacidade de intervir. Consideram que perguntar o que preocupa o cliente, pode ser uma forma eficaz de iniciar o cuidado espiritual. Também é fundamental que os enfermeiros compreendam que nem sempre vão ter soluções para os problemas dos clientes, mas que ouvi-los e estar presente para eles pode ser uma crucial fonte de apoio (Minton et al., 2017).

3. As equipas referiram como dificuldades sentidas e principais entraves à inclusão desta

vertente dos cuidados: a falta de tempo e disponibilidade, o facto de ser um assunto sensível e muitas vezes considerado tabu e também ser alvo de juízo de valor por parte dos colegas que não priorizam esta vertente dos cuidados.

Na evidência científica recente descreve-se como principal barreira aos cuidados espirituais a falta de conhecimento das equipas de saúde sobre este assunto, o que condiciona a sua confiança. Contudo, após avaliadas as perceções das famílias foi possível concluir que ainda que sem formação na área, os profissionais conseguem implementar cuidados espirituais baseados na compaixão pela pessoa doente e suas famílias (Roze des Ordons et al., 2020). Já Rassouli et al. (2019) e Rushton (2014) descrevem como principais entraves ao cuidado espiritual a falta de tempo, os baixos rácios de enfermagem e o receio em abordar esta área de cuidados, por falta de formação.

Também foi possível concluir que estas intervenções carecem de tempo, que não é contabilizado no tempo de cuidados prestados. Na generalidade, a abordagem da temática foi bem recebida pelas equipas e considerada pertinente aos contextos de trabalho e à melhor qualidade dos cuidados de enfermagem. Referiram que a abordagem deste tema, nestes modos, era muito benéfica para a sensibilização para a temática e que iam realizar um esforço para considerar esta vertente dos cuidados mais vezes, principalmente nos momentos identificados como mais suscetíveis.

A realização destes momentos foi importante para compreender a abordagem das diferentes equipas nesta área de cuidados, mas também foi uma mais-valia ao desenvolvimento de competências, especialmente enquanto facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho, pois permitiu perceber como é possível intervir perante as diferentes equipas e como é que estas intervenções podem ser otimizadas.

Esta competência foi desenvolvida ao longo de todo o ENP e ficou claro que poderá sempre ser melhorada através da procura contínua por novos conhecimentos que melhorem a prática de enfermagem e apresentem ganhos em saúde.

- **Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

O EEESIP tem como área de intervenção específica a

> “avaliação e 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 deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar 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 (. . .) a resposta na complexidade em áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar" (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19192)

pelo que se espera que detenha as seguintes competências "Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem" (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19192). O EEESIP presta cuidados específicos, no âmbito da pediatria, essencialmente centrados na família e com especial destaque para a interação e processos comunicacionais, nos diferentes contextos em que desempenha as suas funções (OE, 2017).

1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

Esta competência revela que o alvo de cuidado do EEESIP é o binómio criança/adolescente – família, considerando a normal dependência da criança e o normal desenvolvimento da sua autonomia, pelo que é dever do profissional adequar os cuidados (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Os enfermeiros que prestam cuidados em serviços de pediatria devem atender às diferentes necessidades de cada família, apresentando um serviço humanizado que facilite à criança/adolescente e família a superação de emoções negativas como as saudades, a solidão e o medo (Figueiredo et al., 2022).

O desenvolvimento desta competência pressupõe que o EEESIP

> "implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; 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" (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193).

Assim, prevê-se que o EEESIP tenha como preocupação alcançar a maior satisfação da criança/adolescente considerando para isso a família como contexto e implementando intervenções que tenham por base uma comunicação efetiva, que envolva a família e criança/adolescente nos cuidados. A parceria de cuidados deve ter em vista o envolvimento, capacitação e negociação de cuidados com os clientes (OE, 2017).

Como exposto anteriormente, no contexto de pediatria, o enfermeiro desenvolve os cuidados em parceria com os pais, tendo por base a fundamentação do modelo de Anne Casey. Em todos

os contextos de ENP foi privilegiada e incentivada a prestação de cuidados em parceria com a família e com a criança/adolescente, partindo-se do princípio que a promoção do melhor desenvolvimento da criança/adolescente tem por base a prestação de cuidados envolvidos em proteção e amor, que ninguém está mais capacitado a prestar do que a própria família. A negociação da participação de todos os elementos na prestação de cuidados (fosse numa mudança de fralda de RN ou na preparação de uma perfusão de alimentação parentérica) permitiu incluir as famílias, fazendo com que se sentissem parte integrante e fundamental do processo de recuperação ou de tomada de decisão em saúde da criança/adolescente. Esta revela-se também como uma oportunidade de reconhecer os conhecimentos, capacidades e limitações dos diferentes membros, capacitando-os para a prestação de melhores cuidados com os objetivos de promover a independência dos cuidados de saúde, antecipar o momento de regresso a casa e obter ganhos em saúde.

As inúmeras oportunidades de contacto com famílias e crianças/adolescentes permitiram evoluir na capacidade de comunicar adequada à idade e estádio de desenvolvimento da criança. A comunicação também evoluiu no sentido de se adaptar às capacidades de compreensão das famílias. Houve oportunidades de contacto com famílias com maior capacidade de compreensão, em que a linguagem complexa podia ser utilizada e era facilmente compreendida. Noutras famílias houve necessidade de simplificar a linguagem e, por vezes, necessidade de repetição dos conteúdos, para que as famílias os compreendessem. Foi possível constatar que é essencial averiguar com as famílias o que elas compreenderam daquilo que lhes foi dito.

A demonstração de empatia foi uma atitude de considerável alcance no estabelecimento de relações terapêuticas com os diferentes elementos da família, inclusive com os adolescentes doentes. O adolescente vive uma fase de marcado desenvolvimento físico e cognitivo e uma situação de doença/hospitalização pode levar a perturbações emocionais e trauma. O adolescente pode enfrentar um conflito interno e, em consequência, apresentar maiores necessidades dos cuidados de enfermagem (Santos et al., 2018) que são mais facilmente implementados se forem estabelecidas relações terapêuticas e de confiança que permitam a comunicação expressiva de emoções e, assim, a avaliação de necessidades por parte das equipas de saúde.

Neste percurso evidenciou-se a necessidade de desenvolvimento de competências de gestão de conflitos, por meio da comunicação, que facilitassem o estabelecimento de uma relação positiva com os clientes. A comunicação é determinante na promoção de uma relação positiva cliente-equipa de enfermagem. Esta proximidade facilita o trabalho do enfermeiro, dando-lhe a oportunidade de interagir e compreender as reações, emoções e expectativas dos clientes, adaptando a sua intervenção de forma mais humanizada (Silva & Souza, 2022). Esta foi uma competência desenvolvida ao longo do ENP, principalmente no SUP, onde o stresse e os tempos de espera provocam, com alguma frequência, situações de conflito dos familiares com os

membros da equipa de saúde. Ao refletir sobre esta problemática, foi possível concluir que, perante as situações de tensão por parte dos familiares para com as equipas de saúde do SUP, provocadas pelo elevado tempo de espera, a possibilidade de estabelecer uma relação de confiança e, quiçá, terapêutica pode ficar comprometida. Nestas situações é fundamental que a equipa demonstre empatia perante o medo e stresse dos clientes, explicando os motivos da demora no atendimento e prevendo o tempo de espera para que a família se consiga preparar (Diogo et al., 2016). De facto, quando implementada esta intervenção, as famílias geralmente compreendiam os circuitos, regras e o estabelecimento de prioridades.

A clareza na comunicação é fundamental à capacitação da criança/adolescente e aos membros da família que lhe irão prestar cuidados. Para alcançar sucesso nas intervenções de capacitação é imprescindível encorajar os pais a permanecer junto do seu filho e que a equipa apoie os pais no desempenho do papel de cuidadores, partilhando informações e competências, acompanhando-os no processo de desenvolvimento de capacidades até que se sintam capazes de desenvolver as intervenções autonomamente e oferecendo suporte emocional sempre que necessário (EACH, 2016).

No âmbito da assistência à criança e à família, foram realizadas sessões de promoção de saúde no contexto da saúde escolar em conjunto com a enfermeira tutora, com o objetivo de maximizar a saúde dos clientes. Estas sessões foram realizadas a crianças de diferentes idades – sobre o *bullying* a adolescentes com cerca de 11-13 anos; sobre ergonomia e o peso das mochilas a crianças/adolescentes com cerca de 9 – 11 anos e sobre a saúde oral a crianças com 7 – 9 anos. Foi possível participar e colaborar na elaboração de vários PSI com o planeamento de intervenções cujo objetivo foi promover a inclusão de criança/adolescentes com NSE. As NSE referem-se às "alterações das funções ou estruturas do corpo (ex: doença crónica, deficiência, perturbações do desenvolvimento, perturbações emocionais e do comportamento, entre outras), que têm impacto no desempenho escolar, necessitam de identificação e remoção de barreiras a vários níveis: aprendizagem, atitudes, comunicação, relacionamento interpessoal e social, autonomia, espaço físico e meio socioeconómico" (DGS, 2015b, p.43).

Para dar resposta às NSE das crianças/adolescentes, identificaram-se necessidades e planearam-se intervenções, em conjunto com as famílias, no sentido de capacitar a comunidade escolar para intervir nestes casos. Assim, algumas temáticas trabalhadas com a comunidade escolar foram o controlo de hemorragia, com recurso a apósitos de alginato de cálcio, para uma adolescente com malformação arteriovenosa na orelha; reação anafilática e uso de auto-injetor de adrenalina, num infantário, para uma *toddler* com alergia a frutos secos e aplicação de solução bucal de midazolam, para uma criança com epilepsia.

Estas experiências permitiram encarar novas realidades, perceber o acompanhamento disponibilizado a estas crianças/adolescentes e compreender as desigualdades de que são alvo, melhorando a assistência a estas crianças/adolescentes e suas famílias.

Neste percurso foi possível conhecer novas patologias, aprofundar conhecimentos sobre algumas já conhecidas, mas em diferentes contextos e também comparar e prever diferentes formas de tratamento, inclusive em diferentes estádios da mesma doença, o que foi muito evidente na oncologia pediátrica.

Durante o ENP não ocorreram situações de abusos ou maus-tratos infantis, contudo, foi possível atuar na prevenção destes episódios, quer durante as sessões de promoção da saúde relativas ao bullying que contaram com mais de 150 alunos, quer durante a sessão realizada às mães sobre o choro do bebé, em que se abordou a prevenção de SSB. O choro é uma das maiores causas de recorrência aos serviços de saúde no RN/lactente (Evanoo, 2007) e é uma das principais causas de desespero que leva os pais a abanarem os filhos, provocando-lhes lesões graves e características destas situações. Cabe aos profissionais de saúde a prevenção destas situações, através do aconselhamento aos pais para manter a qualidade de vida dos pais e do bebé, diminuindo a sua frustração e, consequentemente, a probabilidade de maus-tratos infantis (Saraiva & Souza, 2021; Scott-Jupp, 2018; Talvik et al., 2008). Assim, foi realizada uma sessão *online* a 11 puérperas, onde foi abordado o padrão normal de choro dos bebés, a tendência para cessar espontaneamente e como os períodos de choro, ainda que excessivos, não provocam danos ao RN. Também se abordou a SSB, os fatores de risco, consequências e estratégias de prevenção. As clientes presentes apresentaram algumas dúvidas que foram esclarecidas, nenhuma delas conhecia esta condição, a sua gravidade, nem como a prevenir.

2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

Esta competência remete-se à capacidade do EEESIP de mobilizar recursos para cuidar dos clientes em situações de saúde especialmente complexas (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

No desenvolvimento desta competência, o EEESIP

> "Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados; Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados; 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 na evidência; Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade" (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193).

O ENP foi fundamental como espaço de aprendizagem e desenvolvimento de conhecimentos para a rápida identificação de focos de instabilidade nos clientes. Foi possível intervir em duas situações de emergência – uma na UCIN e uma no SUP. A profissão de enfermagem é

considerada, por alguns, uma profissão de elevado stresse, que se acentua perante as situações de emergência, essencialmente em contexto onde os recursos humanos e materiais são insuficientes (Batista & Bianchi, 2006).

Na situação de emergência do SUP, foi prestada assistência um adolescente com hemofilia em choque hipovolémico, consequência de ter sido vítima de um ataque de um cão. A resposta a casos de doença rara, ainda no SUP, também ocorreu no atendimento a uma criança com Síndrome de *Treacher Collins*, uma doença genética que afeta um em cada 50.000 nados-vivos (Marszałek-Kruk et al., 2021), no contexto de oncologia pediátrica, no caso do neuroblatoma e do tumor de Wilms e de malformações como a atrésia esofágica e tetralogia de *Fallot*, na UCIN.

A definição de doença rara varia entre países e regiões e atendendo à baixa incidência, e consequente desconhecimento de casos, é frequente a dificuldade e atraso no diagnóstico. Prevê-se que existam cerca de 7000 doenças raras (Haendel et al., 2020). Por este motivo esta é uma área de especial atenção para ser possível assegurar a melhor assistência a estas crianças/adolescentes, ainda que seja inverosímil conhecer todas as patologias e as suas especificidades.

Perante situações de dor, aprofundaram-se e consolidaram-se conhecimentos sobre estratégias farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor, adequadas às diferentes idades e fases de desenvolvimento. A preocupação com a problemática da dor surge refletida na carta da criança hospitalizada "Todas as crianças, incluindo bebés prematuros e de termo, têm direito a um alívio da dor adequado e devem ser protegidas contra o desconforto" (EACH, 2016, p.14).

A dor é uma experiência desagradável, que envolve uma componente sensorial e uma componente emocional e está presente na maior parte das situações de doença; o seu controlo é da responsabilidade dos profissionais de saúde, tal como a responsabilidade de a monitorizar através do uso de uma escala e de realizar registos que evidenciem a sua evolução (DGS, 2003). Esta problemática assume um maior impacto na população pediátrica, principalmente no RN e lactente, uma vez que tendencialmente se submedica esta população. A dor é um desafio em pediatria porque a gestão da dor é variável conforme a idade da criança/adolescente, e as próprias manifestações de dor variam consideravelmente. Em crianças mais pequenas pode-se tornar necessária a avaliação de parâmetros fisiológicos para interpretar o nível de dor e necessidade de intervenção (DGS, 2001).

Tendo estas especificidades em consideração, a analgesia foi gerida e por vezes solicitada a sua prescrição quando a criança manifestava dor. A intervenção em situações de dor vai além da utilização de fármacos e as estratégias não farmacológicas estão comprovadas como benéficas no controlo da dor de forma isolada ou em conjunto com estratégias farmacológicas (OE, 2013). Foram utilizadas estratégias como: promoção da adoção de técnicas simples de relaxamento; informação prévia aos procedimentos; técnicas de distração; uso de soluções açucaradas; o uso de quente/frio; massagem no local de dor; o posicionamento e o incentivo à presença de uma

figura de vinculação que transmitisse segurança. Por vezes estas estratégias surtiram efeito, outras vezes foi necessário o uso de analgesia.

A utilização de diferentes estratégias de alívio da dor permitiu o aprofundamento de aprendizagens sobre a adequação de estratégias aos contextos. Por exemplo, quando necessária punção no serviço de oncologia, era frequente a utilização de analgésico tópico, que, pela demora no tempo de pico de ação, não é uma estratégia aplicável de forma rotineira no SUP, pela necessidade de rapidez nos procedimentos para tornar possível a resposta a todas as situações. Contudo, neste serviço, em crianças mais velhas e adolescentes, as técnicas de distração tiveram sucesso, sendo que, muitas vezes os clientes nem se aperceberam do momento da punção, por estarem a falar sobre um tema do seu agrado.

A compreensão de que os processos e variáveis presentes na dor são complexos e diferenciados, sendo por isso essencial para uma abordagem holística da dor. É importante tentar compreender as estratégias que surtirão melhor efeito em cada cliente, de forma a diminuir a experiência de dor e realizar uma tomada de decisão adequada e efetiva.

Também ocorreram momentos de análise critico reflexiva com as enfermeiras tutoras, no sentido de perceber a evolução da dor enquanto alvo de cuidados. Por exemplo, foi importante refletir sobre a gestão da dor na UCIN. A experiência das enfermeiras relativamente à dor no RN é corroborada pela literatura: a atualização de conhecimentos permitiu implementar estratégias de controlo da dor no RN após se perceber que este é capaz de sentir dor. A desconstrução da ideia de que devido à imaturidade do sistema nervoso central o RN não sentia dor é recente (Santos et al., 2012), sendo hoje totalmente desacreditada na UCIN e o seu controlo é uma prioridade nos cuidados de enfermagem.

Ainda na UCIN colaborou-se com a equipa multidisciplinar na preparação do batismo, pedido pelos pais, de um RN pré-termo em condição paliativa. Neste contexto, mantiveram-se os cuidados ao RN, que permitem uma morte digna. Uma equipa de saúde com formação para intervir em situações de especial complexidade é fundamental para responder adequadamente às necessidades dos clientes nestes momentos. Na carta dos direitos da criança hospitalizada acentua-se que

> “quando uma criança está prestes a morrer, deve ser prestado todo o apoio, cuidado e assistência à criança e à sua família. A equipa deve ter formação para lidar com situações de luto. A informação sobre a morte da criança deve ser dada de forma empática, sensível, pessoalmente e em privado” (EACH, 2016, p.22).

Foi importante, neste contexto, compreender o conceito de morte digna em pediatria. Cholbi et al. (2019) definem que morte digna para os profissionais de enfermagem é quando há a oportunidade de preparar a criança e a família para esse momento; quando há tomadas de decisão em consenso entre os profissionais e os familiares, sendo para isso fundamental a

existência de uma relação de confiança; são respeitadas as crenças e costumes e é promovido um ambiente seguro e tranquilo. Os mesmos autores definem intervenções interdependentes a implementar como as estratégias farmacológicas de alívio da dor e oxigenoterapia, mas também decisões de enfermagem, independentes, como a redução da manipulação à criança, o encorajamento da presença de familiares e de bens pessoais/significativos. Estas intervenções fortalecem a família para o momento da despedida e promovem a aceitação da morte (Cholbi et al., 2019). Na situação vivenciada, reduziram-se as manipulações ao RN e incentivou-se a presença da família e inclusão de elementos familiares e, neste caso, também religiosos, no posto do RN. A família foi acompanhada de perto para poder partilhar as suas emoções e sentimentos. Foi interessante e enriquecedor presenciar e entender como a família estabeleceu relações próximas com as equipas de saúde, em especial com os elementos que estiveram mais presentes nesta fase.

Nos contextos de cuidados diferenciados houve múltiplas oportunidades de prestar cuidados de cariz espiritual às famílias, que foram essenciais para o desenvolvimento de competências na área do cuidado espiritual. As necessidades espirituais de algumas famílias foram avaliadas – principalmente em contextos de doença grave, crónica, instabilidade e integração na equipa de cuidados paliativos - e desenvolveram-se estratégias de comunicação essenciais à melhoria da qualidade de cuidados. O facto de ser um elemento extra aos cuidados, permitiu que fosse dedicado mais tempo às famílias em angústia espiritual. De facto, a sobrecarga de trabalho e as dotações das equipas de enfermagem nem sempre permitem que se dedique às famílias, o tempo que elas precisam para que se desenvolvam relações de confiança e para que abordem o tema da espiritualidade, tantas vezes considerado tabu, que vai ao encontro de Nascimento et al., (2016) que referem que o sucesso do cuidado espiritual é comprometido pela falta de tempo dos profissionais o que dificulta que se estabeleçam relações terapêuticas. Através de intervenções como a escuta ativa, toque terapêutico e reflexão silenciosa, foi possível compreender os desafios internos que os pais viviam perante a gravidade da doença e as dúvidas quanto ao que o futuro espera. As intervenções de cuidado espiritual também passam frequentemente pela promoção da esperança, que é fundamental nos cuidados de saúde e que pode prevenir a angústia espiritual e o isolamento dos clientes. Pode expressar-se através da promoção do pensamento positivo, partilha de testemunhos de esperança e incentivo à recordação de momentos felizes (OE, 2011).

Nesta tentativa de assegurar a satisfação das necessidades espirituais dos pais e das crianças/adolescentes, alcançou-se também uma satisfação pessoal, ao se consciencializar de que se fez a diferença para a família em sofrimento. Perceber que uma família fica pacificada ao reconhecer, num turno, um profissional de enfermagem que lhes dedicou tempo e que compreende as suas dúvidas, medos e os tem em consideração, é, sem dúvida, muito compensatório e não deixa dúvidas de que as competências de enfermeiro especialista e, particularmente, de EEESIP, relacionadas com o cuidado espiritual foram atingidas, conforme

proposto no projeto elaborado no ENP módulo I.

3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Por fim, também se considera fundamental a capacidade do EEESIP responder às necessidades específicas de cada fase de desenvolvimento, de forma a maximizar o potencial de desenvolvimento do seu cliente (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

O desenvolvimento infantil é uma parte fundamental do desenvolvimento humano, uma vez que a criança/adolescente se molda à herança genética e ao ambiente em que vive. Para promover o seu desenvolvimento e saúde, é fundamental compreender as suas peculiaridades (Souza & Veríssimo, 2015).

No desenvolvimento desta competência, o EEESIP

> "promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais; comunica com a criança e família de forma apropriada ao estádio de desenvolvimento e à cultura e promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde" (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194).

O conhecimento teórico sobre o crescimento e desenvolvimento da criança e adolescente, nos diferentes estádios de desenvolvimento, foi oportunamente aprofundado no MESIP. Estes conhecimentos foram mobilizados aquando da avaliação do desenvolvimento da criança/adolescente, tanto em contexto de cuidados de saúde primários como nos cuidados diferenciados.

Conhecer o normal desenvolvimento da criança permitiu antecipar as seguintes etapas de desenvolvimento e as capacidades a adquirir pelas crianças/adolescentes e preparar antecipadamente os pais para os futuros desafios. Por exemplo, ensinar e capacitar os pais para a adoção de medidas de prevenção de acidentes, face às caraterísticas desenvolvimentais da etapa seguinte, e consciencializá-los da importância que estas medidas terão para a segurança da criança/adolescente é fundamental para que se preparem com antecedência e consigam desenvolver estratégias ao nível da prevenção. Estes cuidados, denominados de cuidados antecipatórios, são definidos como

> "fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais (. . .) os conhecimentos necessários ao melhor desempenho no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde" (DGS, 2013b, p.7).

No ENP, principalmente no contexto de internamento em UCIN, mas também no SUP, avaliou-se o desenvolvimento da parentalidade e implementaram-se intervenções de promoção da vinculação. A avaliação da parentalidade requer a identificação de informação e validação de capacidades parentais que permitam implementar cuidados em parceria, que facilitem a aquisição de estratégias de organização familiar e adaptação às novas condições com que as famílias se deparam (OE, 2015). Negociaram-se, então, cuidados em parceria, tendo em consideração a estabilidade do RN e promoveu-se a prática do método canguru e a amamentação/aleitamento materno, com apoio às mães e esclarecimento de dúvidas.

A avaliação do desenvolvimento da parentalidade também foi importante em contexto de doença: o planeamento de programas de ensino, instrução e treino é alvo da atuação dos profissionais de enfermagem, que assistem, supervisionam e incentivam o exercício do papel parental (OE, 2015). Estas intervenções são fundamentais na promoção do papel parental especial, com o objetivo de capacitar a criança e os pais/familiares próximos para prestarem cuidados com obtenção de ganhos em saúde.

Os adolescentes foram alvo de cuidados especiais, pela especificidade desta fase de desenvolvimento. Nos cuidados ao adolescente a comunicação foi fundamental para o desenvolvimento de uma relação terapêutica, onde se promoveu a expressão de emoções, com respeito pelas suas crenças. Na UCC, por exemplo, foi possível acompanhar o caso de uma adolescente com Diabetes *Mellitus* tipo 1, que apresentava um compromisso da autogestão do regime dietético para conseguir incluir-se no seu grupo de colegas durante as refeições, apesar de saber os riscos das suas escolhas. Em casos como este, foi negociada a mudança comportamental, com vista à adoção de comportamentos saudáveis, e responsabilizaram-se os adolescentes pelas suas tomadas de decisão em saúde.

Estas atitudes por parte dos adolescentes estão de acordo com o descrito, de que os cenários social e familiar tanto se podem mostrar fundamentais na promoção da saúde, como um risco para a saúde, quando estas convivências representam a prática de hábitos pouco saudáveis (Almeida et al., 2023). Face a isto, "é fundamental o acompanhamento e o empoderamento desses adolescentes para desenvolverem hábitos saudáveis, sendo o enfermeiro, o profissional capacitado para desenvolver tais ações" (Almeida et al., 2023, p. 26177).

Posto isto, o conteúdo teórico lecionado no MESIP e o ENP, foram fundamentais ao desenvolvimento desta competência que implica tantas intervenções independentes dos profissionais de enfermagem na área de avaliação de desenvolvimento e de capacitação dos pais das crianças e dos adolescentes, com o objetivo de promover a tomada de decisão consciente e fundamentada e obter, assim, ganhos em saúde.

8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Ao longo do percurso do MESIP, especialmente do ENP e da elaboração deste relatório, foi possível compreender e consolidar alguns conceitos, as relações entre eles e a sua importância para melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Permitiu uma maior compreensão e integração da teoria das transições e do modelo de parceria de cuidados e também das diferentes etapas do desenvolvimento infantil, das tarefas inerentes a cada uma delas e do papel fundamental do enfermeiro na promoção da literacia em saúde.

Para a aquisição de competências foi deveras importante a realização do ENP nos diferentes contextos, que permitiram uma maior variedade de experiências e de abordagens à criança/adolescente.

A realização das conceções de cuidados, na plataforma e4nursing, com os diferentes casos, nos diferentes contextos, permitiu a demonstração de conhecimentos e habilidades desenvolvidos ao longo do MESIP e também a aquisição de novos conhecimentos, baseados na mais atual evidência científica, sendo que este processo se mostrou fundamental na melhor organização do planeamento de cuidados e assumiu um papel preponderante na melhoria e aquisição de competência de EEESIP.

Em resposta ao objetivo primordial da realização deste relatório - demonstrar o processo de desenvolvimento de competências essências à aquisição do título de enfermeiro especialista e, particularmente, de EEESIP – realizou-se uma análise critico-reflexiva das atividades realizadas e do seu contributo neste processo.

As atividades realizadas em cada um dos contextos de ENP permitiram a aquisição e aperfeiçoamento de competências de EEESIP, relacionadas com a assistência à criança/adolescente – família, maximizando a sua saúde; ao cuidado a crianças/adolescentes em condição de especial complexidade e também à prestação de cuidados em resposta às necessidades desenvolvimentais das crianças/adolescentes. Possibilitou também aprimorar competências comuns de enfermeiro especialista, relacionadas com a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados e o desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

Das atividades realizadas, a pesquisa inicial pela temática, ainda durante o ENP módulo I, permitiu aprofundar e consolidar novos conhecimentos sobre a temática em estudo e permitiu, também, uma análise crítica dos cuidados espirituais implementados, a nível profissional, e de como poderiam ser melhorados, tendo sido realizado um esforço para melhorar a qualidade dos

cuidados espirituais prestados e das competências comunicacionais.

Durante o MESIP, e particularmente do ENP, foi possível perceber o impacto que o cuidado espiritual tinha nos pais de crianças em situação de fragilidade: com novo diagnóstico de doença, doença grave ou agravamento da condição clínica, tendo sido esse um dos principais motivos a suscitar interesse nesta temática. Foi possível refletir sobre as intervenções implementadas e sobre as maiores dificuldades pessoais, que se mostraram ser a falta de conhecimentos e receio de que a priorização desta vertente dos cuidados fosse alvo de julgamentos por parte dos colegas. De facto, ao longo do percurso houve vários momentos de dúvidas pessoais quanto à pertinência de abordar esta temática em contexto de MESIP e ainda que por vezes tenha sido debatido o assunto com enfermeiros que não o consideraram como área de intervenção de um EEESIP, na maior parte das vezes, a temática foi valorizada, aceite e considerada pertinente à prestação de cuidados de qualidade à criança/adolescente e família.

Ficou evidente a importância de competências de comunicação eficazes que permitiram identificar e responder às necessidades espirituais dos clientes, criando um espaço na comunicação para abordar os temas da espiritualidade, sentimentos de culpa, de tristeza e raiva a Deus, prestando cuidados de melhor qualidade. A oportunidade de ouvir as histórias das famílias, de criar relações terapêuticas com elas e de lhes oferecer apoio foi importante para a compreender a suas emoções angustiantes, como raiva e culpa, mas também o perdão, reconciliação com Deus e a esperança.

Quanto à decisão da realização de reuniões reflexivas, mais uma vez, levantaram-se algumas dúvidas e receios quanto à aceitação que esta temática, neste registo, teria nas equipas de enfermagem, embora mais uma vez as dúvidas não fossem fundamentadas e estas reuniões tenham sido muito bem recebidas e com as equipas de enfermagem a participar entusiasticamente nas discussões criadas.

Os resultados das reuniões reflexivas permitiram concluir que os momentos em que as famílias apresentam mais sinais de angústia espiritual são nos processos de transição e que os sinais mais manifestados são os sentimentos de culpa e de zanga com a divindade. Também foi possível concluir que apesar de frequentemente os profissionais implementarem algumas intervenções de cuidado espiritual, não associam a essa vertente dos cuidados à pessoa enquanto ser holístico. E por fim, foi possível concluir que algumas das maiores dificuldades à implementação destas intervenções são a falta de tempo, associada aos baixos rácios de enfermagem e de formação. É frequente, em momentos de especial angústia, os profissionais não saberem “o que dizer”, pelo que que é fundamental a formação continua das equipas de enfermagem, especialmente na área das competências comunicacionais. Também é frequente que os profissionais atribuam esta área de cuidados a outros profissionais, como os líderes religiosos e psicólogos, contudo, os enfermeiros são os profissionais que passam mais tempo à cabeceira do cliente, o que lhes permite a criação de relações terapêuticas essenciais à

abordagem da espiritualidade com as famílias.

Uma área que também seria interessante abordar é o significado da espiritualidade para a criança, que em grande parte dos estudos não é considerado.

O desenvolvimento de competências de EEESIP adquirido ao longo do MESIP será imprescindível à melhoria dos cuidados prestados a nível profissional, embora se assuma que o desenvolvimento de competências é permanente. Tal como refere Valizadeh et al. (2019, p5.) "A competência profissional desenvolve-se e é alcançada ao longo do tempo. Na verdade, a aquisição de competências é um processo e não um ponto final".

9. BIBLIOGRAFIA

Abdoljabbari, M., Sheikhzakaryaee, N., & Atashzadeh- Shoorideh, F. (2018). Taking Refuge in Spirituality, a Main Strategy of Parents of Children with Cancer: a Qualitative Study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention , 19*(9), 2575–2580. https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.9.2575

Adama, E., Adua, E., Bayes, S., & Mörelius, E. (2021). Support needs of parents in neonatal intensive care unit: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing, 31*(5-6), 532–547. https://doi.org/10.1111/jocn.15972

Adam-Darque, A., Freitas, L., Grouiller, F., Sauser, J., Lazeyras, F., Van De Ville, D., Pollien, P., Garcia-Rodenas, C., Bergonzelli, G., Hüppi, P., & Leuchter, R. (2020). Shedding light on excessive crying in babies. *Pediatric Research, 89*, 1239–1244. https://doi.org/10.1038/s41390-020-1048-6

Administração Central do Sistema de Saúde (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências.* https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf

Administração Central do Sistema de Saúde (2017). *Recomendações Técnicas para Serviços de Neonatologia.* https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Neonatologia_11_2017.pdf

Administração Central do Sistema de Saúde (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf

Alemdar, D., Özdemir, F., & Tüfekci, F. (2018). The Effect of Spiritual Care on Stress Levels of Mothers in NICU. *Western journal of nursing research, 40*(7), 997–1011. https://doi.org/10.1177/0193945916686775

Almarwani, A., & Alzahrani, N. (2023). Factors Affecting the Development of Clinical Nurses' Competency: A Systematic Review. *Nurse Education in Practice, 73*, 1–10. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103826

Almeida, I., Júnior, E., Marques, J., & Queiroz, M. (2023). Comportamentos saudáveis na adolescência e seus impactos na promoção da saúde: revisão integrativa. *Contribuições para Las Ciencias Sociales, 16* (11), 26167–26180. https://doi.org/10.55905/revconv.16n.11-083

Almeida, R., & Sousa, M. (2017). Tempo de jejum para exames e as implicações no estado nutricional de pacientes hospitalizados. *Nutrição Clínica Y Dietética Hospitalária, 37* (3), 124–130. https://doi.org/10.12873/373rocha

Alva, E., Rubens, J., Chi, S., Rosenberg, T., Reddy, A., Raabe, E., & Margol, A. (2023). Progresso recente e novas abordagens para o tratamento do tumor rabdóide teratóide atípico. *Neoplasia, 37*, 1–10. https://doi.org/10.1016/j.neo.2023.100880

American Academy of Pediatrics Committee on Fetus And Newborn (2012). Levels of neonatal care. *Pediatrics, 130*(3), 587–597. https://doi.org/10.1542/peds.2012-1999

Anjos, C., Silva, R., Pereira, E., Sampaio, C., Silva, M., & Carneiro, E. (2021). Families experiencing palliative care for hospitalized children with cancer: an integrative review. *Revista Enfermagem Da Universidade Do Estado Do Rio de Janeiro, 29*, 1–8. https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.51932

Araújo, G., Sousa, E., Damasceno, C., Neta, M., Sousa, K., & Sales, M. (2021). O estresse da hospitalização na infância na perspectiva do enfermeiro. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem, 11* (33), 186–194. https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.33.186-194

Arruda, I., Paula, J., & Silva, R. (2009). Efeitos adversos da quimioterapia antineoplásica em crianças: o conhecimento dos acompanhantes. *Cogitare Enfermagem, 14* (3). https://doi.org/10.5380/ce.v14i3.16186

Arutyunyan, T., Odetola, F., Swieringa, R., & Niedner, M. (2018). Religion and Spiritual Care in Pediatric Intensive Care Unit: Parental Attitudes Regarding Physician Spiritual and Religious Inquiry. *The American journal of hospice & palliative care, 35*(1), 28–33. https://doi.org/10.1177/1049909116682016

Aviso n.º 3918/2021 da Ordem dos Enfermeiros (2021). *Diário da República: 2.ª Série, n.º 43.* https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/03/043000000/0026000265.pdf

Backhaus, R., Verbeek, H., van Rossum, E., Capezuti, E., & Hamers, J. (2015). Future distinguishing competencies of baccalaureate-educated registered nurses in nursing homes. *Geriatric Nursing, 36*(6), 438–444. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.06.012

Batista, K. e Bianchi, E. (2006). Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 14* (4), 534–539. https://www.scielo.br/j/rlae/a/QLpvKywXXWWvszYG59nwPGt/?format=pdf&lang=pt

Beheshtipour, N., Nasirpour, P., Yektatalab, S., Karimi, M., & Zare, N. (2016). The Effect of Educational-Spiritual Intervention on The Burnout of The Parents of School Age Children with Cancer: A Randomized Controlled Clinical Trial. *International journal of community based nursing and midwifery, 4*(1), 90–97. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4709819/pdf/IJCBNM-4-90.pdf

Bellieni, C. V., Sisto, R., Cordelli, D. M., & Buonocore, G. (2004). Cry features reflect pain intensity in term newborns: an alarm threshold. *Pediatric research, 55*(1), 142–146. https://doi.org/10.1203/01.PDR.0000099793.99608.CB

Benini, F., Papadatou, D., Bernadá, M., Craig, F., De Zen, L., Downing, J., Drake, R., Friedrichsdorf, S., Garros, D., Giacomelli, L., Lacerda, A., Lazzarin, P., Marceglia, S., Marston, J., Muckaden, M. A., Papa, S., Parravicini, E., Pellegatta, F., & Wolfe, J. (2022). International Standards for Pediatric Palliative Care: From IMPaCCT to GO-PPaCS. *Journal of pain and symptom management, 63*(5), e529–e543. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.031

Berkman, N., Davis, T. & Mccormack, L. (2010). Health Literacy: What is it? *Journal of Health Communication, 15*, 9 -19. https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985

Bhatia J. (2013). Growth curves: how to best measure growth of the preterm infant. *The Journal of pediatrics, 162*(3 Suppl), S2–S6. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.11.047

Biswas, A., Kashyap, L., Kakkar, A., Sarkar, C., & Julka, P. K. (2016). Atypical teratoid/rhabdoid tumors: challenges and search for solutions. *Cancer management and research, 8,* 115–125. https://doi.org/10.2147/CMAR.S83472

Blakeman, T., Scott, J., Yoder, M., Capellari, E., & Strickland, S. (2022). AARC Clinical Practice Guidelines: Artificial Airway Suctioning. *Respiratory Care, 67*(2), 258–271. https://doi.org/10.4187/respcare.09548

Blumenthal, I. (2002). Shaken baby syndrome. *Postgraduate medical journal, 78*(926), 732–735. https://doi.org/10.1136/pmj.78.926.732

Borjalilu, S., Shahidi, S., Mazaheri, M., & Emami, A. (2016). Spiritual Care Training for Mothers of Children with Cancer: Effects on Quality of Care and Mental Health of Caregivers. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 17*(2), 545–552. https://doi.org/10.7314/apjcp.2016.17.2.545

Bornet, M., Rochat, E., Dürst, A., Fustinoni, S., Büla, C., von Gunten, A., & Monod, S. (2015). Instruments to Assess Depressive Symptoms and Spiritual Distress Investigate Different Dimensions. *Clinical Gerontologist, 39*(2), 104–116. https://doi.org/10.1080/07317115.2015.1120255

Branco, A., Fekete, S., & Rugolo, L. (2006). O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido: uma revisão. *Revista Paulista de Pediatria, 24*(3), 270–274. https://www.redalyc.org/pdf/4060/406038917013.pdf

Braun (2023). *Glicose a 5% em Cloreto de Sódio a 0,9%: Bula do Paciente.* https://docs.google.com/gview?url=https://uploads.consultaremedios.com.br/drug_leaflet/Bula-Glicose-a-5-Cloreto-de-Sodio-a-09-B-Braun-Paciente-Consulta-Remedios.pdf?1703170580&embedded=true

Brelsford, G., & Doheny, K. (2015). Religious and Spiritual Journeys: Brief Reflections from Mothers and Fathers in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *Pastoral Psychology, 65*(1), 79–87. https://doi.org/10.1007/s11089-015-0673-1

Brown, J., Caple, C., Seeber-Combs, C. & Hanson, D. (2021). Preventing IV Therapy Complications. *CINAHL Nursing Guide.* https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T705644&site=nup-live&scope=site

Büssing, A., Waßermann, U., Hvidt, N., Längler, A., & Thiel, M. (2018). Spiritual needs of mothers with sick new born or premature infants—A cross sectional survey among German mothers. *Women and Birth, 31*(2), e89–e98. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.08.002

Butler, J., Rapp, S., & Shaw, E. (2006). Managing the cognitive effects of brain tumor radiation therapy. *Current treatment options in oncology, 7*(6), 517–523. https://doi.org/10.1007/s11864-006-0026-5

Caldeira, S., & Hall, J. (2012). Spiritual leadership and spiritual care in neonatology. *Journal of nursing management, 20*(8), 1069–1075. https://doi.org/10.1111/jonm.12034

Caldeira, S., & Timmins, F. (2017). Implementing spiritual care interventions. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987), 31*(34), 54–60. https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10313

Caldeira, S., Castelo Branco, Z., & Vieira, M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência, 3*(5). http://www.index-f.com/referencia/2011pdf/35-145.pdf

Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R., & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa, 1*(37), 1–4. http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424151624_APP_Vol_37_N1_OR_Dia_Dia_Urgencia_Pediatrica.pdf

Carbaugh, S. (2004). Understanding shaken baby syndrome. *Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses, 4*(2), 105–17. https://doi.org/10.1016/j.adnc.2004.01.004

Cárdenas, J., & Aucay, J. (2023). Craniopharyngioma and the Importance of the Ommaya Reservoir for its Treatment. *Migration Letters, 20*(S9), 1272–1296. https://doi.org/10.59670/ml.v20iS9.5082

Carpenito-Moyet, L. (2012). *Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica.* Artmed

Casey A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of advanced nursing, 22*(6), 1058–1062. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x

Catlin, E., Guillemin, J., Thiel, M., Hammond, S., Wang, M., & O'Donnell, J. (2001). Spiritual and religious components of patient care in the neonatal intensive care unit: sacred themes in a secular setting. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association, 21*(7), 426–430. https://doi.org/10.1038/sj.jp.7210600

Centers for Disease Control and Prevention (2011). *Background Information: Strategies for Prevention of Catheter-Related Infections in Adult and Pediatric Patients.* https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/bsi/background/prevention-strategies.html

Cercatti, M. (2018). *A Frequência da Utilização de Videojogos e sua Influência na Qualidade do Sono de Crianças em Idade Escolar.* Dissertação de Mestrado, Universidade Autónoma de Lisboa. http://hdl.handle.net/11144/3899

Chagas, M., Norton, L. & Batista, R. (2006). Reflexões sobre oncologia pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa, 2*(37), 22-24. http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/36/20121219154724_artigo_de_opiniao_XXII.pdf

Chan M. (2009). Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. *Journal of clinical nursing, 19*(15-16), 2128–2136. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02690.x

Chivukula, U., Kota, S., & Nandinee, D. (2018). Burden experience of caregivers of acute lymphoblastic leukemia: Impact of coping and spirituality. *Indian Journal of Palliative Care, 24*(2), 189–195. https://doi.org/10.4103/ijpc.ijpc_209_17

Chochinov H. (2006). Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA: a cancer journal for clinicians, 56*(2), 84–105. https://doi.org/10.3322/canjclin.56.2.84

Cholbi, N., Oliveira, I., Carmo, S., Morais, R., Martinez, E., & Nascimento, L. (2019). As ações de enfermagem frente ao direito à morte digna da criança hospitalizada. *Escola Anna Nery, 23*(3), 1–10. https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0356

Chopra, V., Flanders, S., Saint, S., Woller, S., O'Grady, N., Safdar, N., Trerotola, S., Saran, R., Moureau, N., Wiseman, S., Pittiruti, M., Akl, E., Lee, A., Courey, A., Swaminathan, L., LeDonne, J., Becker, C., Krein, S. e Bernstein, S. (2015). O Guia de Adequação de Michigan para Cateteres Intravenosos (MAGIC): Resultados de um Painel Multiespecializado Usando o Método de Adequação RAND/UCLA. *Annals of Internal Medicine, 163* (6), 1–48. https://doi.org/10.7326/m15-0744

Classen C. (2012). Pediatric palliative care - The role of the patient's family. *World journal of clinical pediatrics, 1*(3), 13–19. https://doi.org/10.5409/wjcp.v1.i3.13

Costa, C., Normann, K., Tanaka, A. e Cicolella, D. (2018). A influência da sobrecarga de trabalho do enfermeiro na qualidade da assistência. *Revista UNINGÁ, 55* (4), 110–120. https://revista.uninga.br/uninga/article/download/2403/1796/7519

Cunha, M., Colecha, L., Rafagnin, L., Moraes, V., & Miyazaki, R. (2021). Complicações da Derivação Ventrículo-Peritoneal em Pacientes Pediátricos. *Revista Neurociências, 29*, 1–19. https://doi.org/10.34024/rnc.2021.v29.12128

Decreto-Lei n.º 104/98 do Ministério da Saúde (1998). *Diário da República: 1.ª Série, n.º 93.* https://files.diariodarepublica.pt/1s/1998/04/093a00/17391757.pdf

Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde (1996). *Diário da República: 1.ª Série, n.º 205.* https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf

Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da saúde (2008). *Diário da república: 1º série, n.º 38.* https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.%C2%BA-282008.-DR-38-SE%CC%81RIE-I-de-2008-02-22.pdf

Decreto-Lei n.º 298/2007 do Ministério da Saúde (2007). *Diário da República: 1.ª Série, n.º 161.* https://files.diariodarepublica.pt/1s/2007/08/16100/0558705596.pdf

Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros (2022). *Diário da República: 1.ª Série, n.º 150*. https://files.diariodarepublica.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf

Dehkhoda, A., Bahmani, B., Dadkhah, A., Naghiyaee, M., Alimohamadi, F., & Goudarzipour, K. (2013). Spiritually-Oriented Cognitive Therapy in Reduction of Depression Symptoms in Mothers of Children with Cancer. *Iranian Rehabilitation Journal, 11*(17). https://www.researchgate.net/publication/315713995_Spiritually-Oriented_Cognitive_Therapy_in_Reduction_of_Depression_Symptoms_in_Mothers_of_Children_with_Cancer/fulltext/60a632d592851cb49fe0039d/Spiritually-Oriented-Cognitive-Therapy-in-Reduction-of-Depression-Symptoms-in-Mothers-of-Children-with-Cancer.pdf?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19

Deliberação n.º DE-SNS 060/2023 do Serviço Nacional de Saúde. (2023). https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/06/Deliberacao-SU-Pediatria.LVT_.pdf

Despacho Normativo n.º 10143/2009 do Ministério da Saúde. (2009). *Diário da República: 2ª Série, n.º 74*. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2009/04/074000000/1543815440.pdf

Dias, L. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no hospital prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. *Revista Clínica Do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, 2*(1), 39–40. https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1529/1/Sistema%20de%20Melhoria%20Cont%C3%ADnua%20da%20Qualidade%20dos%20Cuidados%20de%20Enfermagem.pdf

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem, 20*(2), 26–47. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23729/1/Doc2_26_47.pdf

Direção-Geral da Saúde (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Plano_Nacional_de_Luta_Contra_a_Dor.pdf~

Direção-Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Direção-Geral da Saúde (2013a). *Precauções Básicas do Controle da Infecção (PBCI).* https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infeccao-pbci.pdf

Direção-Geral da Saúde (2013b). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil.* Ministério da saúde. https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx

Direção-Geral da Saúde (2015a). *Norma 002/2015: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata.* https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA002_2015.pdf

Direção-Geral da saúde (2015b). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Direção-Geral da saúde.* https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf

Direção-Geral da Saúde (2022). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 – 2026.* https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx

Direção-Geral da saúde. (2022). *"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central.* https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf

Dolan, J., Hill, D., Palmer, L., & Feudtner, C. (2022). Addressing spiritual distress in pediatric oncology. *Pediatric blood & cancer, 69*(3), e29552. https://doi.org/10.1002/pbc.29552

Edwards, M., Kotecha, S., & Kotecha, S. (2013). Respiratory distress of the term newborn infant. *Paediatric respiratory reviews, 14*(1), 29–37. https://doi.org/10.1016/j.prrv.2012.02.002

Ekas, N., Tidman, L., & Timmons, L. (2019). Religiosity/Spirituality and Mental Health Outcomes in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder: The Mediating Role of Positive Thinking. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 49*(11), 4547–4558. https://doi.org/10.1007/s10803-019-04165-z

Ellett L. (2004). What is known about methods of correctly placing gastric tubes in adults and children. *Gastroenterology nursing: the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates, 27*(6), 253–261. https://doi.org/10.1097/00001610-200411000-00002

Ellis, H., & Narayanasamy, A. (2009). An investigation into the role of spirituality in nursing. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing), 18*(14), 886–890. https://doi.org/10.12968/bjon.2009.18.14.43358

Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). (2024 março 6). *Conheça O Projeto E4nursing.Pt.* http://i-d.esenf.pt/artigo-182/?doing_wp_cron=1710034548.1745688915252685546875

Esernio-Jenssen, D., Tai, J., & Kodsi, S. (2011). Abusive head trauma in children: a comparison of male and female perpetrators. *Pediatrics, 127*(4), 649–657. https://doi.org/10.1542/peds.2010-1770

European Association for Children in Hospital (2016). Anotações à Carta da Criança Hospitalizada. https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/02/Anotacoes_2017_compressed.pdf

Evanoo G. (2007). Infant crying: a clinical conundrum. *Journal of pediatric health care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners, 21*(5), 333–338. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2007.06.014

Farrell M. (1992). Partnership in care: paediatric nursing model. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing), 1*(4), 175–176. https://doi.org/10.12968/bjon.1992.1.4.175

Ferreira, L., Pedreira, M., & Diccini, S. (2007). Flebite no pre e pos-operatorio de pacientes neurocirurgicos. *Acta Paulista de Enfermagem, 20*(1), 30-36. https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000100006

Ferrell, B., Wittenberg, E., Battista, V., & Walker, G. (2016). Exploring the spiritual needs of families with seriously ill children. *International journal of palliative nursing, 22*(8), 388–394. https://doi.org/10.12968/ijpn.2016.22.8.388

Figueiredo, T., Gomes, G., Ribeiro, J., Gomes, L., Oliveira, S., & Ribeiro, D. (2022). Cuidado de enfermagem à crianças e familiares durante internação em Unidade Pediátrica – Relato de experiência. *Research, Society and Development, 11*(14), 1–11. https://doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36055

Fornazari, S., & Ferreira, R. (2010). Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psicologia: Teoria E Pesquisa, 26*(2), 265–272. https://doi.org/10.1590/s0102-37722010000200008

Freitas, A., Moreira, A., Tomé, S., & Cardoso, R. (2016). Motivos de recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica. *Nascer E Crescer: Revista de Pediatria Do Centro Hospitalar Do Porto, 25*(3),

136–140. https://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v25.i3.10075

Gallagher, S., Phillips, A., Lee, H., & Carroll, D. (2014). The Association Between Spirituality and Depression in Parents Caring for Children with Developmental Disabilities: Social Support and/or Last Resort. *Journal of Religion and Health, 54*(1), 358–370. https://doi.org/10.1007/s10943-014-9839-x

Gandra, C., Starling, M., Gomes, N., & Carvalho, R. (2017). Síndrome da Lise Tumoral: Revisão da Literatura. *Revista Médica de Minas Gerais, 26*, 1–7. https://doi.org/10.5935/2238-3182.20160134

Gerali, M., Servitzoglou, M., Paikopoulou, D., Theodosopoulou, H., Madianos, M., & Vasilatou-Kosmidis, H. (2011). Psychological problems in children with cancer in the initial period of treatment. *Cancer nursing, 34*(4), 269–276. https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181fa5698

Giske, T., & Cone, P. (2015). Discerning the healing path--how nurses assist patient spirituality in diverse health care settings. *Journal of clinical nursing, 24*(19-20), 2926–2935. https://doi.org/10.1111/jocn.12907

Gomes, I., Lima, K., Rodrigues, L., Lima, R., & Collet, N. (2013). Do diagnóstico à sobrevivência do câncer infantil: perspectiva de crianças. *Texto & Contexto - Enfermagem, 22*(3), 671–679. https://doi.org/10.1590/s0104-07072013000300013

Goossens, G. (2015). Flushing and Locking of Venous Catheters: Available Evidence and Evidence Deficit. *Nursing research and practice*, 2015. https://doi.org/10.1155/2015/985686

Goulet, C., Frappier, J., Fortin, S., Déziel, L., Lampron, A., & Boulanger, M. (2009). Development and evaluation of a shaken baby syndrome prevention program. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN, 38*(1), 7–21. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00301.x

Greenstreet W. (2006). From spirituality to coping strategy: making sense of chronic illness. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing), 15*(17), 938–942. https://doi.org/10.12968/bjon.2006.15.17.21909

Guimarães, C., & Enumo, S. (2015). Impacto Familiar nas Diferentes Fases da Leucemia Infantil. *Revista Psicologia - Teoria E Prática, 17*(3), 66–78. https://doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v17n3p66-78

Haendel, M., Vasilevsky, N., Unni, D., Bologa, C., Harris, N., Rehm, H., Hamosh, A., Baynam, G., Groza, T., McMurry, J., Dawkins, H., Rath, A., Thaxon, C., Bocci, G., Joachimiak, M., Köhler, S., Robinson, P., Mungall, C., & Oprea, T. (2020). *How many rare diseases are there? Nature Reviews Drug Discovery, 19*(2), 77–78. https://doi.org/10.1038/d41573-019-00180-y

Haiat, H., Bar-Mor, G., & Shochat, M. (2003). The world of the child: a world of play even in the

hospital. *Journal of pediatric nursing, 18*(3), 209–214. https://doi.org/10.1053/jpdn.2003.28

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Famíliá: Teoria, Prática e Investigação.* Lusodidacta

Heidari, H., Mehrnoush, N., & Karimollahi, M. (2022). Provision of spiritual care in the neonatal intensive care unit in Iran in healthcare providers' perspective: a qualitative study. *Iranian Journal of Neonatology., 13*(2), 60–64. https://doi.org/10.22038/ijn.2022.58324.2105

Hirschmann, H., Fux, L., Podusel, J., Schindler, K., Kundi, M., Rotter, M., Wewalka, G., & EURIDIKI – European Interdisciplinary Committee for Infection Prophylaxis (2001). The influence of hand hygiene prior to insertion of peripheral venous catheters on the frequency of complications. *The Journal of hospital infection, 49*(3), 199–203. https://doi.org/10.1053/jhin.2001.1077

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). *Wong – Enfermagem da criança e do adolescente.* Lusociência.

Hoffman, J. (2005). A case of shaken baby syndrome after discharge from the newborn intensive care unit. *Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses, 5*(3), 135–146. https://doi.org/10.1016/j.adnc.2005.02.007

Infarmed. (2017). *Resumo das características do medicamento: Dexametasona.* https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml

Infarmed. (2019). *Resumo das características do medicamento: Colecalciferol.* https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml

Infarmed. (2020). *Resumo das características do medicamento: Paracetamol.* https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml

Infarmed. (2021). *Resumo das características do medicamento: Levetiracetam.* https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml

Infarmed. (2022). *Resumo das características do medicamento: Paracetamol.* https://cdn.shopk.it/usercontent/plataforma-de-pedidos/media/files/59b778f-110119-paracetamol-10mgml.pdf

Infarmed. (2023a). *Resumo das características do medicamento: Morfina.* https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml

Infarmed. (2023b). *Resumo das características do medicamento: Ondansetrom.* https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml;jsessionid=13GOPwqoEE7ca_r7GxWW6-iajsBYVuQhco-6qwPD.fo2

International Council of Nurses (ICN) (2019). *ICNP Browser*. https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser

Ji, C., Mudiyanselage, T., Gao, Y., & Pan, Y. (2021). A review of infant cry analysis and classification. *EURASIP Journal on Audio, Speech, and Music Processing, 2021*(1), 1–17. https://doi.org/10.1186/s13636-021-00197-5

Johnson, J. & Keogh, J. (2012). *Enfermagem pediátrica desmistificada.* Lusodidacta

Kamaara, E., Nyongesa, P., Ayanga, H., Choge-Kerama, E., Chelagat, D., Koech, J., Mraja, M., Chemorion, E., Mothaly, J., Kiyiapi, L., Katwa, J., Odunga, J., & Lemons, J. (2019). Hospital-based Spiritual Care for Mothers of Neonates at RMBH in Eldoret, Kenya: A Situational Analysis. *Health and Social Care Chaplaincy, 7*(2), 145–167. https://doi.org/10.1558/hscc.37265

Kandasamy, A., Chaturvedi, S., & Desai, G. (2011). Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian journal of cancer, 48*(1), 55–59. https://doi.org/10.4103/0019-509X.75828

Kaplan J. (2019). Leukemia in Children. *Pediatrics in review, 40*(7), 319–331. https://doi.org/10.1542/pir.2018-0192

Karaca, A., & Şener, D. (2019). Spirituality as a coping method for mothers of children with developmental disabilities. *International Journal of Developmental Disabilities, 0*(0), 1–9. https://doi.org/10.1080/20473869.2019.1603730

Karakul, A., Kıratlı, D., Ardahan Akgül, E., & Çelik, T. (2022). The experiences of parents of children in pediatric palliative care: A qualitative study. *Journal of pediatric nursing, 67,* 107–115. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.08.015

Kawa, M., Kayama, M., Maeyama, E., Iba, N., Murata, H., Imamura, Y., Koyama, T., & Mizuno, M. (2003). Distress of inpatients with terminal cancer in Japanese palliative care units: from the viewpoint of spirituality. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 11*(7), 481–490. https://doi.org/10.1007/s00520-003-0460-x

Koenig H. (2006). The spiritual history. *Southern medical journal, 99*(10), 1159–1160. https://doi.org/10.1097/01.smj.0000242751.31841.35

Koenig H. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN psychiatry, 2012*, 278730. https://doi.org/10.5402/2012/278730

Kolodiy, T., & Pontífice, P. (2019). A dimensão espiritual nos cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e sua família: Revisão integrativa. *Servir, 60*(1-2), 47–58. https://revistas.rcaap.pt/servir/article/download/24493/18168/94721

Kyi, C., Hellmann, M., Wolchok, J., Chapman, P., & Postow, M. (2014). Opportunistic infections in patients treated with immunotherapy for cancer. *Journal for ImmunoTherapy of Cancer, 2*(19), 1–3. https://doi.org/10.1186/2051-1426-2-19

LaGasse, L., Neal, A., & Lester, B. (2005). Assessment of infant cry: Acoustic cry analysis and parental perception. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 11*(1), 83–93. https://doi.org/10.1002/mrdd.20050

Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República (2015). *Diário da República: 1.ª Série, n.º 181.* https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf

Levy, J., Hassan, F., Plegue, M. A., Sokoloff, M. D., Kushwaha, J., Chervin, R., Barks, J., & Shellhaas, R. (2017). Impact of hands-on care on infant sleep in the neonatal intensive care unit. *Pediatric pulmonology, 52*(1), 84–90. https://doi.org/10.1002/ppul.23513

Lima, E. & Ribeiro, N. (2009) – A família cuidando do filho dependente de ventilação mecânica no domicílio. *Ciência, Cuidado e Saúde. 8;* p.110-116. https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9726/5539

Locke J. (2006). Parental selection of vocal behavior: Crying, cooing, babbling, and the evolution of language. *Human nature (Hawthorne, N.Y.), 17*(2), 155–168. https://doi.org/10.1007/s12110-006-1015-x

Loewenstein, K., Barroso, J., & Phillips, S. (2019). The Experiences of Parents in the Neonatal Intensive Care Unit: An Integrative Review of Qualitative Studies Within the Transactional Model of Stress and Coping. *The Journal of perinatal & neonatal nursing, 33*(4), 340–349. https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000436

Loveday, H., Wilson, J., Pratt, R., Golsorkhi, M., Tingle, A., Bak, A., Browne, J., Prieto, J., Wilcox, M., & UK Department of Health (2014). epic3: national evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. *The Journal of hospital infection, 86* Suppl 1, S1–S70. https://doi.org/10.1016/S0195-6701(13)60012-2

Lupo, P., & Spector, L. (2020). Cancer Progress and Priorities: Childhood Cancer. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention: a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology, 29*(6), 1081–1094. https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-19-0941

Madrigal, V., Carroll, K., Faerber, J., Walter, J., Morrison, W., & Feudtner, C. (2016). Parental Sources of Support and Guidance When Making Difficult Decisions in the Pediatric Intensive Care Unit. *The Journal of Pediatrics, 169*, 221–226. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.10.061

Maki, D., Alvarado, C., & Ringer, M. (1991). Prospective randomised trial of povidone-iodine, alcohol, and chlorhexidine for prevention of infection associated with central venous and arterial catheters. *The Lancet, 338*(8763), 339-343. https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)90479-9

Manrique-Rodriguez, S., Heras-Hidalgo, I., Pernia-Lopez, M., Herranz-Alonso, A., Del Rio Pisabarro, M., Suarez-Mier, M., Cubero-Perez, M., Viera-Rodriguez, V., Cortes-Rey, N., Lafuente-Cabrero, E., Martinez-Ortega, M., Bermejo-Lopez, E., Diez-Saenz, C., Lopez-Sanchez, P., Gaspar-

Carreno, M., Achau-Munoz, R., Marquez-Peiro, J., Valera-Rubio, M., Domingo-Chiva, E., Aquerreta-Gonzalez, I., ... Sanjurjo-Saez, M. (2021). Standardization and Chemical Characterization of Intravenous Therapy in Adult Patients: A Step Further in Medication Safety. *Drugs in R&D, 21*(1), 39–64. https://doi.org/10.1007/s40268-020-00329-w

Marques, G., Araújo, B., & Sá, L. (2018). O impacto do câncer em irmãos saudáveis. *Revista Brasileira de Enfermagem, 71*(4), 2109–2114. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0449

Marszałek-Kruk, B. A., Wójcicki, P., Dowgierd, K., & Śmigiel, R. (2021). Treacher Collins Syndrome: Genetics, Clinical Features and Management. *Genes, 12*(9), 1 - 12. https://doi.org/10.3390/genes12091392

Martins, H., & Caldeira, S. (2021). Disclosing and discussing the role of spirituality in the transition theory of Afaf Meleis. *Nursing philosophy: an international journal for healthcare professionals, 22*(2), e12348. https://doi.org/10.1111/nup.12348

Matschke, J., Herrmann, B., Sperhake, J., Körber, F., Bajanowski, T., & Glatzel, M. (2009). Shaken baby syndrome: a common variant of non-accidental head injury in infants. *Deutsches Arzteblatt international, 106*(13), 211–217. https://doi.org/10.3238/arztebl.2009.0211

McCord, G., Gilchrist, V., Grossman, S., King, B., McCormick, K., Oprandi, A., Schrop, S., Selius, B., Smucker, D., Weldy, D., Amorn, M., Carter, M., Deak, A., Hefzy, H., & Srivastava, M. (2004). Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Annals of family medicine, 2*(4), 356–361. https://doi.org/10.1370/afm.71

McGrady, M., Mara, C., Geiger-Behm, K., Ragsdale, J., Davies, S., Schwartz, L., Phipps, S., & Pai, H. (2021). Psychometric evaluation of the brief RCOPE and relationships with psychological functioning among caregivers of children undergoing hematopoietic stem cell transplant. *Psycho-Oncology, 30*(9), 1457–1465. https://doi.org/10.1002/pon.5705

McSherry W. (2000). Education issues surrounding the teaching of spirituality. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987), 14*(42), 40–43. https://doi.org/10.7748/ns2000.07.14.42.40.c2875

McSherry W. (2006). The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. *Journal of clinical nursing, 15*(7), 905–917. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01648.x

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice.* Springer publishing company.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science, 23*(1), 12–28. https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006

Meltzer, L., Davis, K., & Mindell, J. (2012). Patient and parent sleep in a children's hospital. *Pediatric Nursing, 38*(2), 64–72. http://www.pediatricnursing.net/ce/2014/article38026471.pdf

Metheny, N., Stewart, J., Nuetzel, G., Oliver, D., & Clouse, R. (2005). Effect of Feeding-Tube Properties on Residual Volume Measurements in Tube-Fed Patients. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 29*(3), 192–197. https://doi.org/10.1177/0148607105029003192

Mian, M., Shah, J., Dalpiaz, A., Schwamb, R., Miao, Y., Warren, K., & Khan, S. (2015). Shaken Baby Syndrome: a review. *Fetal and pediatric pathology, 34*(3), 169–175. https://doi.org/10.3109/15513815.2014.999394

Miehl, N. (2005). Shaken baby syndrome. *Journal of forensic nursing, 1*(3), 111–117. https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2005.tb00027.x

MIMS, (2020). *Chloral hydrate mixture: Consumer Medicine Information.* https://www.nps.org.au/assets/medicines/319e28e7-1d13-4b2b-858e-a53300feb82e.pdf

Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Vol. II - Orientações estratégicas.* Direção-Geral da Saúde. https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Vol2-Plano-nacional-de-saude-2004-2010.pdf

Minton, M., Isaacson, M., Varilek, B., Stadick, J., & O'Connell-Persaud, S. (2017). A willingness to go there: Nurses and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing, 27*(1-2), 173–181. https://doi.org/10.1111/jocn.13867

Monteiro, A. & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. *In Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem.* Lidel.

Monteiro, D., Siqueira, A., Pellegrini, T., & Rodrigues, B. (2022). A criança em unidade de oncologia pediátrica: aspectos do cuidar. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças, 23*(3), 695–709. https://doi.org/10.15309/22psd230309

Moreira, P., & Ângelo, M. (2008). Tornar-se mãe de criança com câncer: construindo a parentalidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16*(3), 355–361. https://doi.org/10.1590/s0104-11692008000300004

Mueller, P., Plevak, D., & Rummans, T. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clinic proceedings, 76*(12), 1225–1235. https://doi.org/10.4065/76.12.1225

Myaneh, Z., Abdollahi, F., Harikandeie, S., & Kamipoor, Z. (2023). Chlorhexidine or povidone-iodine and alcohol: A pilot study for evaluating the incidence of phlebitis in neonates. *Journal of Neonatal Nursing, 29*(1). https://doi.org/10.1016/j.jnn.2022.03.003

Naimi, E., Babuei, A., Moslemirad, M., Rezaei, K., & Eilami, O. (2019). The Effect of Spirituality Intervention on the Anxiety Parents of Hospitalized Newborns in a Neonatal Department. *Journal*

of Religion and Health, 60(1), 354–361. https://doi.org/10.1007/s10943-018-00753-y

Narayanasamy A. (1999). ASSET: a model for actioning spirituality and spiritual care education and training in nursing. *Nurse education today, 19*(4), 274–285. https://doi.org/10.1054/nedt.1999.0637

Narayanasamy A. (2006). The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. *Journal of clinical nursing, 15*(7), 840–851. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01616.x

Nascimento, L., Alvarenga, W., Caldeira, S., Mica, T., Oliveira, F., Pan, R., Santos, T., Carvalho, E., & Vieira, M. (2016). Spiritual Care: The Nurses' Experiences in the Pediatric Intensive Care Unit. *Religions, 7*(3), 1–11. https://doi.org/10.3390/rel7030027

Nascimento, L., Furquim, P., Rigotti, A., Luiz, F., Bortoli, P., & Gianoti, S. (2006). A utilização do lazer como estratégia para integração de familiares/acompanhantes em Enfermaria de Pediatria. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 10*(3). 580-585. https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000300031

Ncube, R., Barlow, H., & Mayers, P. (2016). A life uncertain - My baby's vulnerability: Mothers' lived experience of connection with their preterm infants in a Botswana neonatal intensive care unit. *Curationis, 39*(1), e1–e9. https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1575

Neal, P. & Brannagan, M. (2023). Verifying Nasogastric Tube Placement in Pediatric Patients. *CINAHL Nursing Guide.* https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T913838&site=nup-live&scope=site

Nemati, S., Rassouli, M., ilkhani, M., & Baghestani, A. (2017). The Spiritual Challenges Faced by Family Caregivers of Patients With Cancer. *Holistic Nursing Practice, 31*(2), 110–117. https://doi.org/10.1097/hnp.0000000000000198

Neves, J., Mendes, D., & Santos, W. (2017). *Enfermagem em oncologia pediátrica: fatores de excelência na assistência integralizada.* https://www.senaaires.com.br/wp-content/uploads/2017/05/ENFERMAGEM-EM-ONCOLOGIA-PEDI%C3%81TRICA-FATORES-DE-EXCEL%C3%8ANCIA-NA-ASSIST%C3%8ANCIA-INTEGRALIZADA.pdf

Nikseresht, F., Rassouli, M., Torabi, F., Farzinfard, F., Mansouri, S., & Ilkhani, M. (2016). The Effect of Spiritual Care on Mental Health in Mothers of Children With Cancer. *Holistic Nursing Practice, 30*(6), 330–337. https://doi.org/10.1097/hnp.0000000000000175

Nunes, L., & Aquino, F. (2014). Habilidade de Comunicação Intencional de Bebês: O Que Pensam as Mães? *Psicologia: Teoria E Pesquisa, 30*(4), 363–372. https://www.scielo.br/j/ptp/a/cq5XWqZ4yVyZT8fK3cv5KxF/?format=pdf&lang=pt

Nyqvist, K., Häggkvist, A., Hansen, M., Kylberg, E., Frandsen, A., Maastrup, R., Ezeonodo, A., Hannula, L., Haiek, L., & Baby-Friendly Hospital Initiative Expert Group (2013). Expansion of the baby-friendly hospital initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations. *Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association, 29*(3), 300–309. https://doi.org/10.1177/0890334413489775

O'Connor, S., Brenner, M., & Coyne, I. (2019). Family-centred care of children and young people in the acute hospital setting: A concept analysis. *Journal of clinical nursing, 28*(17-18), 3353–3367. https://doi.org/10.1111/jocn.14913

O'Grady, N., Alexander, M., Burns, L., Dellinger, E., Garland, J., Heard, S., Lipsett, P., Masur, H., Mermel, L., Pearson, M., Raad, I., Randolph, A., Rupp, M., Saint, S., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (2011). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America, 52*(9), e162–e193. https://doi.org/10.1093/cid/cir257

Oliveira, C., & Riera, R. (2016). Comunicando mais notícias: o protocolo SPIKES. *Diagnóstico E Tratamento, 21*(3), 106–108. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf

Oliveira, L. (2021). Câncer infantil: o impacto do diagnóstico para crianças e familiares. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências E Educação, 7*(5), 635–644. https://doi.org/10.51891/rease.v7i5.1223

Oliveira, L., Queirós, P., & Castro, F. (2016). A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. , 1*(2), 143–157. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume III.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticaceesip_vol_iii.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática: estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.* Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Ordem dos enfermeiros (2017). *Parecer n.º 61/2017: Atribuição de tempo para a passagem de turno.* https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_61_AtribuicaoTempoPassagemTurno.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2020, janeiro 22). *Ordem avança para a melhoria dos Sistemas de Informação em Enfermagem.* https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-avan%C3%A7a-para-a-melhoria-dos-sistemas-de-informa%C3%A7%C3%A3o-em-enfermagem/

Organização Mundial de Saúde (2016). *Promoting health in the SDGs.* Organização Mundial de Saúde. https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1090104/retrieve

Organização Mundial de Saúde (2018) *Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: a WHO guide for health care planners, implementers and managers.* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274561/9789241514453-eng.pdf

Paes, T., Silva-Rodrigues, F., & Ávila, L. (2021). Métodos Não Farmacológicos para o Manejo da Dor em Oncologia Pediátrica: Evidências da Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia, 67*(2). https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2021v67n2.1027

Papalia, D. & Feldman, R. (2013). *Desenvolvimento Humano.* Editora Artmed. https://www.obbiotec.com.br/wp-content/uploads/2022/04/OBJ-livro-Desenvolvimento-Humano.pdf

Parenrengi, M. A., Permana, G. I., Suryaningtyas, W., & Fauziah, D. (2022). The aggressive progression of primary intracranial atypical teratoid/rhabdoid tumor after surgical resection: A case report. *International journal of surgery case reports, 91,* 106790. https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.106790

Pereira-Santos, M., Santana, M., Oliveira, D., Filho, R., Lisboa, C., Almeida, L., Gomes, D., Queiroz, V., Demétrio, F., & Oliveira, A. M. (2017). Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 17*(1), 69–78. https://doi.org/10.1590/1806-93042017000100004

Peters, M., Godfrey, C., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International journal of evidence-based healthcare, 13*(3), 141–146. https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050

Petersen, C. (2019). Spiritual Care: Minimizing the Vulnerability of Parents Whose Children With

Cancer Face the End of Life. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 37*(2), 105–115. https://doi.org/10.1177/1043454219887509

Petronilho, F. (2007). *Preparação do Regresso a Casa.* Formasau, Coimbra.

Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. (2007). Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina, 21*(2), 47–53. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9183/2/84786.pdf

Poehlmann, J., Schwichtenberg, A., Bolt, D., & Dilworth-Bart, J. (2009). Predictors of depressive symptom trajectories in mothers of preterm or low birth weight infants. *Journal of family psychology: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43), 23*(5), 690–704. https://doi.org/10.1037/a0016117

Pompe, R., von Bueren, A., Mynarek, M., von Hoff, K., Friedrich, C., Kwiecien, R., Treulieb, W., Lindow, C., Deinlein, F., Fleischhack, G., Kuehl, J., & Rutkowski, S. (2015). Intraventricular methotrexate as part of primary therapy for children with infant and/or metastatic medulloblastoma: Feasibility, acute toxicity and evidence for efficacy. *European journal of cancer.51*(17), 2634–2642. https://doi.org/10.1016/j.ejca.2015.08.009

Portaria n.º 194/2014 do Ministério da Saúde (2014). *Diário da República: 1.ª Série, n.º 188.* https://files.diariodarepublica.pt/1s/2014/09/18800/0510305108.pdf

Puchalski, C., Vitillo, R., Hull, S., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of palliative medicine, 17*(6), 642–656. https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427

Rabelo, L., Florêncio, I., Pirauá, I., Albuquerque, S., Neto, J., & Silva, E. (2009). Crianças moderadas de jejum antes da ultrassonografia abdominal? *Radiologia Brasileira, 42* (6), 349–352. https://doi.org/10.1590/s0100-39842009000600006

Rafael, M., Portela, S., Sousa, P., & Fernandes, A. (2017). Utilização do serviço de urgência pediátrica: a experiência de um centro português. *Scientia Médica, 27*(1), 1–8. https://doi.org/10.15448/1980-6108.2017.1.24919

Raju, T., Higgins, R., Stark, A., & Leveno, K. (2006). Optimizing care and outcome for late-preterm (near-term) infants: a summary of the workshop sponsored by the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatrics, 118*(3), 1207–1214. https://doi.org/10.1542/peds.2006-0018

Ramos, A., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem.* Lidel.

Rashikj-Canevska, O. (2018). The Impact of Hospitalization on Psychophysical Development and Everyday Activities in Children. *The Annual of the Faculty of Philosophy in Skopje, 71*, 465–470.

https://doi.org/10.37510/godzbo1871465rc

Rassouli, M., Farahani, A., Salmani, N., Mojen, L., Sajjadi, M., Heidarzadeh, M., Masoudifar, Z., & Khademi, F. (2019). Evaluation of Health.care Providers' Perception of Spiritual Care and the Obstacles to Its Implementation. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 6*(2), 122–129. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_69_18

Reddy A. (2005). Atypical teratoid/rhabdoid tumors of the central nervous system. *Journal of neuro-oncology, 75*(3), 309–313. https://doi.org/10.1007/s11060-005-6762-8

Rego, A. (2008). O processo de avaliação dos níveis de bem-estar espiritual: um contributo para a sua validação. *Cadernos De Saúde, 1*(2), 199-204. https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2008.2781

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República: II série, n.º 26.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf

Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Diário da República: II série, n.º 133.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf

Reihani, T., Sekhavat Poor, Z., Heidarzadeh, M., Mosavi, S., & Mazlom, S. (2014). The Effect of Spiritual Self-Care Training on Feeling of Comfort in Mothers of Hospitalized Preterm Infants. *Journal of Midwifery and Reproductive Health, 2*(2), 112–119. https://doi.org/10.22038/jmrh.2014.2261

Reuter, S., Moser, C., & Baack, M. (2014). Respiratory distress in the newborn. *Pediatrics in review, 35*(10), 417–429. https://doi.org/10.1542/pir.35-10-417

Rodrigues, J., Fernandes, S. & Marques, G. (2020). Preocupações e necessidades dos pais de crianças hospitalizadas. *Saúde Soc. São Paulo, 29*(2). https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190395

Rose-Inman, H., & Kuehl, D. (2014). Acute leukemia. *Emergency medicine clinics of North America, 32*(3), 579–596. https://doi.org/10.1016/j.emc.2014.04.004

Roveshty, M., Farahani, A., Memaryan, N., & Rassouli, M. (2020). Effect of Spiritual Care on Hope and Self-Transcendence of Mothers of Premature Neonates Hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit. *Iranian Journal of Neonatology IJN, 11*(4), 106–113. https://doi.org/10.22038/ijn.2020.42178.1700

Roze des Ordons, A., Stelfox, H., Sinuff, T., Grindrod-Millar, K., Smiechowski, J., & Sinclair, S. (2020). Spiritual Distress in Family Members of Critically Ill Patients: Perceptions and Experiences. *Journal of Palliative Medicine, 23*(2), 198–210. https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0235

Rushton, L. (2014). What are the barriers to spiritual care in a hospital setting? *British Journal of*

Nursing, 23(7), 370–374. https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.7.370

Salas, E., Rosen, M., & King, H. (2007). Managing teams managing crises: principles of teamwork to improve patient safety in the Emergency Room and beyond. *Theoretical Issues in Ergonomics Science, 8*(5), 381–394. https://doi.org/10.1080/14639220701317764

Salavessa, M. & Vilariça, P. (2009). Problemas de Sono em Idade Pediátrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 25*, 584-91. https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.1067

Santo, A., Tanguay, K. & Purden, M. (2007) - The experience of families with the home care of children after spinal fusion surgery. *Journal of Orthopaedic Nursing. 11;* 204–212. https://doi.org/10.1016/j.joon.2007.08.015

Santos, A. (2000). Sobre o choro: Análise de perspectivas teóricas. *Análise Psicológica, 3*(18), 325–334. https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/5842/1/2000_3_325.pdf

Santos, A. (2011). NIDCAP: Uma filosofia de cuidados... *Nascer E Crescer, 20*(1), 26–31. https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/705/1/v20n1a06.pdf

Santos, A., Santos, C., Girão, M., Lopes, C., Claro, I., Gonçalves, S., Silva, S., & Barreira, E. (2022). Acesso venoso central de inserção periférica e totalmente aprimorado. *Onco.News, 44*, 6–11. https://doi.org/https//doi.org/10.31877/on.2022.44.01

Santos, C., Girão, M., Lopes, C., Santos, A., Claro, I., Gonçalves, S., Silva, S., & Barreira, E. (2021). Recomendação de boas práticas ACESSOS VASCULARES CENTRAIS. *Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa* https://www.aeop.pt/ficheiros/AVC.Doc.Final_.pdf

Santos, L., Pereira, M., Santos, L., & Santana, R. (2012). Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem, 65*(1), 27–33. https://www.scielo.br/j/reben/a/NhcrGnnjwhYFGdb8zjLRXzK/?format=pdf&lang=pt

Santos, M., Almeida, I., Reis, N., Leite, D., Gomes, H., & Costa, A. (2018). A Percepção da Hospitalização pelos Adolescentes: Contribuições para o Cuidado de Enfermagem. *Cuidado é Fundamental, 10*(3), 663–668. https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.663-668

Santos, M., Queiroz, L., Freire, G., Lemos, T., Rodrigues, R., Mattos, V., & Mozzer, L. (2022). Relato de caso: Tumor Teratoide rabdoide atípico em criança de 2 anos. *Estudos em Ciências da Saúde, 3*(3), 1575–1583. https://doi.org/10.54022/shsv3n3-023

Santos, S. (2012). *As Necessidades dos Pais da Criança Hospitalizada.* Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Instituto Politécnico da Guarda. https://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/1319/1/E%20SIP%20-20As%20Necessidades%20dos%20Pais%20da%20Crian%C3%A7a%20Hospitalizada%20-%20S%C3%ADlvia%20Maria%20Gaiola%20dos%20Santos.pdf

Saraiva, A., Silva, L., & Souza, S. (2021). Orientações de enfermagem no cuidado ao lactente

com choro excessivo: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem, 15*, 1–10. https://doi.org/10.25248/reaenf.e8846.2021

Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image-the journal of nursing scholarship, 26*(2), 119–127. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x

Scott-Jupp, R. (2018). Why do babies cry? *Archives of Disease in Childhood, 0*, 1–3. https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-313597

Seabra, J. (2009). *O choro do bebé.* O Portal dos Psicólogos. https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0503.pdf

Segundo, W., Barros, R., Camelo, N., Martins, A., Ramos, H., & Almeida, C. (2018). A importância das unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) e de cuidados intermediários neonatais (UCIN) para recém-nascidos prematuros. *Revista de Ciências Da Saúde Nova Esperança, 16*(2), 85–90. https://doi.org/10.17695/issn.2317-7160.v16n2a2018p85-90

Shah, N., & Singh, T. (2021). The promising role of the logbook and portfolio in the new competency driven medical curriculum in India. *South-East Asian Journal of Medical Education, 15*(1), 18–25. https://doi.org/10.4038/seajme.v15i1.269

Shahdadi, H., & Mahmoudirad, G. (2022). The emergence of spiritual self-care in parents with disabled children. *International Journal of Children's Spirituality, 27*(3-4), 1–19. https://doi.org/10.1080/1364436x.2022.2093169

Sheikhzakaryaee, N., Atashzadeh-Shoorideh, F., Ahmadi, F., & Fani, M. (2018). Psychological Limbo as a Barrier to Spiritual Care for Parents of Children with Cancer: A Qualitative Study. *Spiritual Care for Parents of Children with Cancer, 19*(4), 1063–1068. https://doi.org/10.22034/apjcp.2018.19.4.1063

Sherry, B., Mei, Z., Grummer-Strawn, L., & Dietz, W. (2003). Evaluation of and recommendations for growth references for very low birth weight (< or =1500 grams) infants in the United States. *Pediatrics, 111*(4 Pt 1), 750–758. https://doi.org/10.1542/peds.111.4.750

Silva, B., & Souza, D. (2022). A comunicação entre a enfermagem e os pacientes em uma unidade de terapia intensiva: dilemas e conflitos. *REVISA, 11*(2), 138–148. https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n2.p138a148

Silva, R. & Ramos, F. (2011). O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. *Revista Gaúcha de Enfermagem. 32*(2). 309-315. https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200014

Silva, V., Sampaio, G., Guedes, N., Kusahara, D., Avena, M., & Rocha, P. (2018). Consenso de Aspiração de Crianças com Tubo Endotraqueal da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (SOBEP) – 2018. *Revista Da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, 18*(2), 109–115.

https://doi.org/10.31508/1676-3793201800017

Simão, T., Chaves, E., & Iunes, D. (2015). Angústia espiritual: a busca por novas evidências. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 7*(2), 2591–2602. https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2591-2602

SIOPE & JKF (2009). *Padrões Europeus de Cuidados às Crianças com Cancro.* https://siope.eu/media/wp-content/uploads/2013/09/European_Standards_Portuguese.pdf

Slavc, I., Chocholous, M., Leiss, U., Haberler, C., Peyrl, A., Azizi, A., Dieckmann, K., Woehrer, A., Peters, C., Widhalm, G., Dorfer, C., & Czech, T. (2014). Atypical teratoid rhabdoid tumor: improved long-term survival with an intensive multimodal therapy and delayed radiotherapy. The Medical University of Vienna Experience 1992-2012. *Cancer medicine, 3*(1), 91–100. https://doi.org/10.1002/cam4.161

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2017). *Recomendações SPSSPP: Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados.* https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2021). Birras e desobediência na infância – dicas para pais. *Criança E Família - Sociedade Portuguesa de Pediatria.* http://criancaefamilia.spp.pt/comportamentos-e-parentalidade/birras-e-desobedi%C3%AAncia-na-inf%C3%A2ncia-%E2%80%93-dicas-para-pais.aspx

Sousa, P. (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados.* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa. Repositório da Universidade Católica Portuguesa http://hdl.handle.net/10400.14/13972

Souza, J., & Veríssimo, M. (2015). Child development: analysis of a new concept. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 23*(6), 1097–1104. https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654

Souza, J., Campos, J., Santos Neto, F., Araújo, M., & Sousa, M. (2021). Câncer infantil e impactos emocionais para a família: Uma revisão da literatura. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, 10*(10), 1–13. https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.17931

Souza, M., Silva, M., & Carvalho, R. (2010). *Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, 8*(1), 102–106. https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt

Spiegler, B., Bouffet, E., Greenberg, M., Rutka, J., & Mabbott, D. (2004). Change in neurocognitive functioning after treatment with cranial radiation in childhood. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology, 22*(4), 706–713. https://doi.org/10.1200/JCO.2004.05.186

Taib, F., Beng, K., & Chan, L. (2021). The Challenges, Coping Mechanisms, and the Needs of the Inhospital Parents Caring for Children with Life-limiting Neurological Disorders: A Qualitative Study. *Indian Journal of Palliative Care, 27*(4), 483–489. https://doi.org/10.25259/ijpc_3_21

Talvik, I., Alexander, R., & Talvik, T. (2008). Shaken baby syndrome and a baby's cry. *Acta Paediatrica, 97*(6), 782–785. https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00778.x

Tang S. (2006). Concordance of quality-of-life assessments between terminally ill cancer patients and their primary family caregivers in Taiwan. *Cancer nursing, 29*(1), 49–57. https://doi.org/10.1097/00002820-200601000-00009

Thornton, A. (2002). Percebendo benefícios na experiência do câncer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 9*(2), 153–165. https://doi.org/10.1023/a:1014996127535

Timsit, J., Baleine, J., Bernard, L., Calvino-Gunther, S., Darmon, M., Dellamonica, J., Desruennes, E., Leone, M., Lepape, A., Leroy, O., Lucet, J., Merchaoui, Z., Mimoz, O., Misset, B., Parienti, J., Quenot, J., Roch, A., Schmidt, M., Slama, M., Souweine, B., ... Maxime, V. (2020). Expert consensus-based clinical practice guidelines management of intravascular catheters in the intensive care unit. *Annals of intensive care, 10*(1), 118. https://doi.org/10.1186/s13613-020-00713-4

Trindade, C., Lopes, J., Borges, P., & Bessa, C. (2019). Cólica abdominal no recém-nascido e lactente: Estratégias de alívio. *Revista Ibero-Americana de Saúde E Envelhecimento, 5*(2), 1861–1873.
https://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/372/582

U.S. Department of Health and Human Services (HHS) & Centers for Disease Control and Prevention (2010). *A Journalist's Guide to Shaken Baby Syndrome: A Preventable Tragedy.* https://stacks.cdc.gov/view/cdc/5865/cdc_5865_DS1.pdf

Vaillancourt, R., & Cameron J. (2020). Health literacy for children and families. *British journal of clinical pharmacology, 88*(10), 4328-4336. https://doi.org/10.1111/bcp.14948

Vale, F., Pinto, F., Oliveira, R., Martins, C., & Lopes, S. (2021). Referenciação dos Cuidados de Saúde Primários ao Serviço de Urgência de Pediatria de um Hospital Nível II: Que Realidade? *Gazeta Médica, 8*(3), 179–186. https://gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/download/425/324

Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Eskandari, M., & Alizadeh, S. (2019). Professional Competence in Nursing: A Hybrid Concept Analysis. *Medical - Surgical Nursing Journal, 8*(2), 1–8. https://doi.org/10.5812/msnj.90580

van Leeuwen, R., & Cusveller, B. (2004). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing, 48*(3), 234–246. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03192.x

Van Pevenage, C., Van Pevenage, I., Geuzaine, C., Schell, M., Lambotte, I., & Delvenne, V. (2013). Les besoins des parents confrontés aux soins palliatifs et au décès de leur enfant - étude exploratoire. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de L'Adolescence, 61*(7-8), 433–440. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.09.006

Velosa, T., Caldeira, S., & Capelas, M. (2017). Depression and Spiritual Distress in Adult Palliative Patients: A Cross-Sectional Study. *Religions, 8*(8), 156. https://doi.org/10.3390/rel8080156

Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Revista Saúde NPEPS, 6*(2), 278–295. https://doi.org/10.30681/252610105480

Viragova, M., & O'Curry, S. (2021). Understanding persistent crying in infancy. *Paediatrics and Child Health, 31*(3), 116–121. https://doi.org/10.1016/j.paed.2020.12.004

Wallace, T., & Steward, D. (2014). Gastric Tube Use and Care in the NICU. *Newborn and Infant Nursing Reviews, 14*(3), 103–108. https://doi.org/10.1053/j.nainr.2014.06.011

Walsh, K. & Breeding, A. (2023). Troubleshooting Nasogastric Tube Issues. *CINAHL Nursing Guide.* https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T704480&site=nup-live&scope=site

Walsh, K. & Gresh, C. (2022). Caring for Patients With a Nasogastric Tube. *CINAHL Nursing Guide.* https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T703562&site=nup-live&scope=site

Wang, M., Dorer, D., Fleming, M., & Catlin, E. (2004). Clinical outcomes of near-term infants. *Pediatrics, 114*(2), 372–376. https://doi.org/10.1542/peds.114.2.372

Weaver, A., & Flannelly, K. (2004). The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers. *Southern Medical Journal, 97*(12), 1210-1214. https://doi.org/10.1097/01.SMJ.0000146492.27650.1C

Wermke, K., Mende, W., Manfredi, C., & Bruscaglioni, P. (2002). Developmental aspects of infant's cry melody and formants. *Medical engineering & physics, 24*(7-8), 501–514. https://doi.org/10.1016/s1350-4533(02)00061-9

Whitehead, T., Metayer, C., Wiemels, J., Singer, A., & Miller, M. (2016). Childhood Leukemia and Primary Prevention. *Current problems in pediatric and adolescent health care, 46*(10), 317–352. https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.08.004

Wilson, B., Ahmed, F., Crannell, C., Crego, W., Erb, C., Foster, J., Hammer, M., Moez, H., Neff, I., Peterson, M., Smith, G., Watkins, J., Wood, S., & Zitella, L. (2019). P*revention of Infection:*

General | ONS. www.ons.org. https://www.ons.org/pep/prevention-infection-general?display=pepnavigator&sort_by=created&items_per_page=50

Woten, M. & Balderrama, D. (2017). Nasogastric Tube: an Overview. *CINAHL Nursing Guide.* https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T707902&site=nup-live&scope=site

Woten, M. & Schub, E. (2023). Inserting a Nasogastric Tube in Pediatric Patients. *CINAHL Nursing Guide.* https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T913835&site=nup-live&scope=site

Wright, L. & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias - Um guia para Avaliação e Intervenção na Família.* EditoraRoca

Zhan, L., He, Y., Liu, Q., Pei, M., Yu, L. e Liu, X. (2022). Avanços na aplicação da teoria da transição de Meleis na área de enfermagem. *Comunicações de Enfermagem, 6*, 1–5. https://doi.org/10.53388/in2022016

10. ANEXOS

Anexo I

O Cuidado Espiritual em Enfermagem

O que é o Cuidado Espiritual?

Cuidar da pessoa enquanto Ser Holístico: sem dissociar as dimensões física, psicológica e espiritual.

Em situações de doença e *stress* alguns clientes podem ser reconfortados através do cuidado espiritual, que lhes permite gerar sentimentos de esperança e reconforto e estabelecer melhores estratégias de *coping.*

Porque deve ser um foco de atenção?

Em situações de doença, o cliente e a família (ex.: criança e pais) vivem uma situação de crise (*stress*, medo e angústia) que pode levantar questões espirituais **(Angústia Espiritual)**.

Dolan et al., 2022; Kolodiy & Pontífice, 2019

Quais os sinais?

Questões relacionadas com o significado da vida, sofrimento e morte;

Ausência de significado e propósito de vida;

Afastamento emocional de si próprio;

Afastamento das pessoas mais próximas;

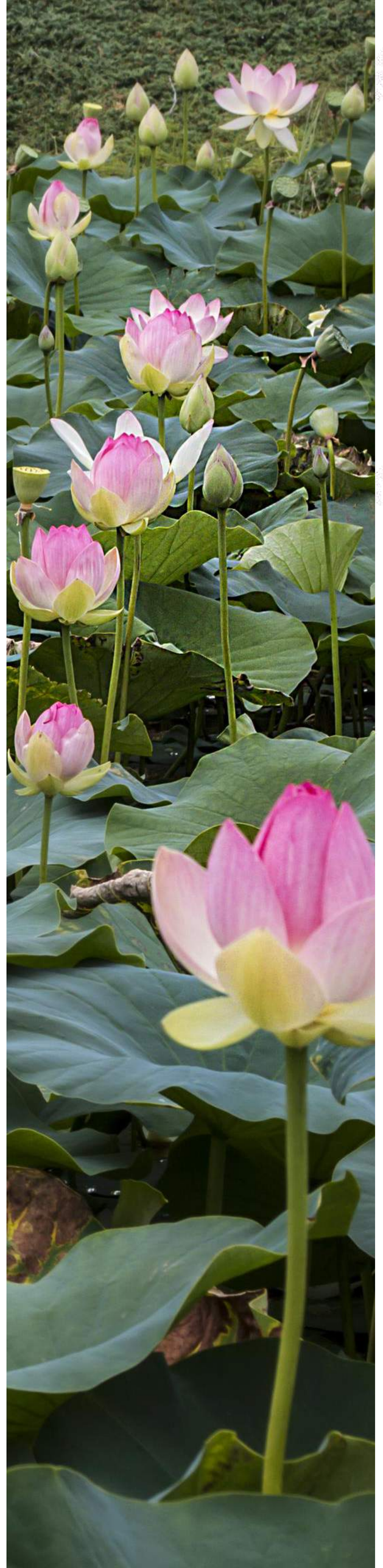
Mudanças frequentes de humor e emoções negativas;

Necessidade de se reconciliar com alguma entidade superior;

Falta de coragem, esperança, amor;

Sentimento de culpa e sensação de abandono.

Carpenito-Moyet, 2012; Simão et al., 2015



Para pensar:

Quais são as minhas crenças, valores, preconceitos e sentimentos pessoais e de que forma podem influenciar a minha prestação de cuidados?

O que significa para mim o cuidado holístico?
O quê que eu sei sobre outros sistemas de crenças (religiosos ou não)?

Eu considero as questões que são importantes na vida do meu cliente?

Quais são as pessoas que são mais próximas ao meu cliente e de que forma ele se relaciona com elas?

O meu cliente apresenta sinais de Angústia Espiritual?

Estou a facilitar uma relação Enfermeira-cliente aberta e de confiança?

Proporciono privacidade e oportunidades de falar sobre os seus sentimentos ao cliente?

Sou capaz de realizar cuidado holístico ou é necessária a intervenção de uma equipa multidisciplinar (capelão, assistente social, psicólogo…)?

Eu avaliei o resultados de alguma intervenção espiritual?

Adaptado de Narayanasamy, 2006