



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

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

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

Anexos e Apêndices

Rita Vieira de Barros

**Lisboa
2024**



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

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

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

Anexos e Apêndices

Rita Vieira de Barros

Orientadora: Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo

Lisboa

2024

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

ANEXOS

Anexo I – Escala *Mary Sheridan* Modificada

(Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2013)

Quadro 1. Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada: 1 – 12M

Nome _____ Data de nascimento __/__/____ Processo n.º _____

| | 4 – 6 Semanas | 3 M | 6 M | 9 M | 12 M |
|-------------------------------------|---|---|--|---|--|
| Postura e Motricidade Global | <ul style="list-style-type: none"> Em decúbito ventral – levanta a cabeça. Em decúbito dorsal – a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão. Em tração pelas mãos – a cabeça cai. Quando sentado(a) – dorso em arco e mãos fechadas. Em suspensão vertical – cabeça ereta membros semi-fletidos. | <ul style="list-style-type: none"> Em decúbito ventral – apoio nos antebraços. Em decúbito dorsal – postura simétrica, membros com movimentos ritmados. Em tração pelas mãos – cabeça ereta e coluna dorsal direita. De pé – flete os joelhos, não faz apoio. | <ul style="list-style-type: none"> Em decúbito ventral – apoia-se nas mãos. Em decúbito dorsal – levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos. Em tração pelas mãos – faz força para se sentar. Mantém-se sentado(a) sem apoio. De pé faz apoio. | <ul style="list-style-type: none"> Senta-se sozinho(a) e fica sentado(a) 10 a 15 minutos. Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se. | <ul style="list-style-type: none"> Passa de decúbito dorsal a sentado(a). Tem equilíbrio sentado(a). Gatinha. Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos. |
| Visão e Motricidade Fina | <ul style="list-style-type: none"> Segue uma bola pendente a 20-25 cm em ¼ de círculo (do lado até à linha média). | <ul style="list-style-type: none"> Mantém mãos abertas – junta-as na linha média e brinca com elas. Segura brevemente a roca e move-a em direção à face. Segue uma bola pendente ¼ círculo e horizontal. Apresenta convergência ocular. Faz pestanejo de defesa. | <ul style="list-style-type: none"> Tem prensão palmar. Leva os objetos à boca. Transfere objetos. Esquece imediatamente o objeto quando este cai. Apresenta boa convergência (estrabismo anormal). | <ul style="list-style-type: none"> Tem prensão e manipulação. Leva tudo à boca. Aponta com o indicador. Faz pinça. Atira os objetos ao chão deliberadamente. Procura o objeto que caiu ao chão. | <ul style="list-style-type: none"> Explora com energia os objetos e atira-os sistematicamente ao chão. Procura um objeto escondido. Tem interesse visual para perto e longe. |

| | 4 – 6 Semanas | 3 M | 6 M | 9 M | 12 M |
|---|---|---|---|--|--|
| Audição e Linguagem | <ul style="list-style-type: none"> Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido. | <ul style="list-style-type: none"> Atende e volta-se geralmente aos sons. | <ul style="list-style-type: none"> Segue os sons a 45 cm do ouvido. Vocaliza sons monossílabos e dissílabos. Dá gargalhadas. | <ul style="list-style-type: none"> Tem atenção rápida para os sons perto e longe. Localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido. Repete várias sílabas ou sons do adulto. | <ul style="list-style-type: none"> Tem resposta rápida aos sons suaves, mas habitua-se depressa. Dá pelo nome e volta-se. Jargão (vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível). Compreende ordens simples "dá, cá e adeus". |
| Comportamento e Adaptação Social | <ul style="list-style-type: none"> Fixa a face da mãe quando o alimenta. Tem sorriso presente às 6 semanas. Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer. | <ul style="list-style-type: none"> Sorri. Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar. | <ul style="list-style-type: none"> É muito ativo(a), atento(a) e curioso(a). | <ul style="list-style-type: none"> Leva uma bolacha à boca. Mastiga. Distingue os familiares dos estranhos. | <ul style="list-style-type: none"> Bebe pelo copo com ajuda. Segura a colher mas não a usa. Colabora no vestir levantando os braços. É muito dependente do adulto. Demonstra afeto. |

Quadro 2. Sinais de Alarme: 1 – 12 M

| 1 MÊS | 3 M | 6 M | 9 M | 12 M |
|--|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado(a). Apresenta hipertonicidade na posição de pé. Nunca segue a face humana. Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana). Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos. | <ul style="list-style-type: none"> Não fixa, nem segue objetos. Não sorri. Não há qualquer controlo da cabeça. Tem as mãos sempre fechadas. Tem os membros rígidos em repouso. Apresenta sobresalto ao menor ruído. Chora e grita quando se toca. Pobreza de movimentos. | <ul style="list-style-type: none"> Ausência de controlo da cabeça. Tem membros inferiores rígidos e faz passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar. Não olha nem pega em qualquer objeto. Apresenta assimetrias. Não reage aos sons. Não vocaliza. Tem desinteresse pelo ambiente. Apresenta irritabilidade. Tem estrabismo manifesto e constante. | <ul style="list-style-type: none"> Não se senta. Permanece sentado(a) e imóvel sem procurar mudar de posição. Apresenta assimetrias. Não tem prensão palmar, não leva objetos à boca. Não reage aos sons. Vocaliza monotonicamente ou perde a vocalização. É apático(a), sem relação com familiares. Engasga-se com facilidade. Tem estrabismo. | <ul style="list-style-type: none"> Não aguenta o peso nas pernas. Permanece imóvel, não procura mudar de posição. Apresenta assimetrias. Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão. Não responde à voz. Não brinca nem estabelece contacto. Não mastiga. |

Apoios _____

Plano de ação _____

Quadro 3. Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada: 18 M – 5 A

Nome _____ Data de nascimento __/__/_____ Processo n.º _____

| | 18 M | 2 A | 3 A | 4 A | 5 A |
|-------------------------------------|--|--|---|--|---|
| Postura e Motricidade Global | <ul style="list-style-type: none"> • Anda bem. • Apanha brinquedos do chão. | <ul style="list-style-type: none"> • Corre. • Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau. | <ul style="list-style-type: none"> • Tem equilíbrio momentâneo num pé. • Sobe escadas alternadamente. • Desce com os dois pés no mesmo degrau. | <ul style="list-style-type: none"> • Fica num pé sem apoio 3 a 5 segundos. • Sobe e desce as escadas alternadamente. • Salta num pé. | <ul style="list-style-type: none"> • Fica num pé 3 a 5 segundos, com os braços dobrados sobre o tórax. • Salta alternadamente num pé. |
| Visão e Motricidade Fina | <ul style="list-style-type: none"> • Constrói torre de 3 cubos. • Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão. • Olha um livro de bonecos e vira várias páginas de cada vez. | <ul style="list-style-type: none"> • Constrói torre de 6 cubos. • Imita rabisco circular. • Gosta de ver livros. • Vira uma página de cada vez. | <ul style="list-style-type: none"> • Constrói torre de 9 cubos. • Imita (3A) e copia (3A e meio) a ponte de 3 cubos – copia o círculo – imita a cruz. • Combina duas cores geralmente o vermelho e o amarelo. (confunde o azul e verde). | <ul style="list-style-type: none"> • Constrói escada de 6 cubos. • Copia a cruz. • Combina e nomeia quatro cores básicas. | <ul style="list-style-type: none"> • Constrói 4 degraus com 10 cubos. • Copia o quadrado e o triângulo. • Conta cinco dedos de uma mão e nomeia quatro cores. |
| Audição e Linguagem | <ul style="list-style-type: none"> • Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais. • Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos. | <ul style="list-style-type: none"> • Diz o primeiro nome. • Fala sozinho(a) enquanto brinca. • Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas. • Apresenta linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares. • Nomeia objetos. | <ul style="list-style-type: none"> • Diz o nome completo e o sexo. • Tem vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos. • Tem defeitos de articulação e imaturidade na linguagem. | <ul style="list-style-type: none"> • Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. • Apresenta linguagem compreensível. • Tem apenas algumas substituições infantis. | <ul style="list-style-type: none"> • Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento. • Tem vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons. |

| | 18 M | 2 A | 3 A | 4 A | 5 A |
|---|--|--|--|--|---|
| Comportamento e Adaptação Social | <ul style="list-style-type: none"> • Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos. • Segura a colher e leva alimentos à boca. • Não gosta que lhe peguem. • Exige muita atenção. • Indica necessidade de ir à casa de banho. • Começa a copiar atividades domésticas. | <ul style="list-style-type: none"> • Coloca o chapéu e os sapatos. • Usa bem a colher. • Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar. | <ul style="list-style-type: none"> • Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário. • Vai sozinho(a) à casa de banho. • Come com colher e garfo. | <ul style="list-style-type: none"> • Pode vestir-se e despir-se só com exceção de abotoar atrás e dar laços. • Gosta de brincar com crianças da sua idade. • Sabe esperar pela sua vez. | <ul style="list-style-type: none"> • Veste-se sozinho(a). • Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho(a). • Escolhe o(a)s amigo(a)s. • Compreende as regras do jogo. |

Quadro 4. Sinais de alarme: 18 M – 5 A

| 18 M | 2 A | 4 – 5 A |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas. • Anda sempre na ponta dos pés. • Apresenta assimetrias. • Não faz pinça – não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador. • Não responde quando o(a) chamam. • Não vocaliza espontaneamente. • Não se interessa pelo que o(a) rodeia; não estabelece contacto. • Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca. • Tem estrabismo. | <ul style="list-style-type: none"> • Não anda sozinho(a). • Deita os objetos fora. • Não constrói nada. • Não parece compreender o que se lhe diz. • Não pronuncia palavras inteligíveis. • Não se interessa pelo que está em seu redor. • Não estabelece contacto. • Não procura imitar. • Tem estrabismo. | <ul style="list-style-type: none"> • É hiperactivo(a), distraído(a) e tem dificuldade de concentração. • Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez. • Tem estrabismo ou suspeita de dífice visual. • Apresenta perturbação do comportamento. |

Apoios _____

Plano de ação _____

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

CERTIFICADO

Certifica-se que Rita Barros participou no 1º Webinar do Projeto de Investigação EmoS&PraxEnf "Cuidar de crianças maltratadas: Intervenção na comunidade", que decorreu online no dia 20 de abril de 2023, com a duração de 2 horas.

A coordenadora do GaFDP,

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

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

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

Diana Robins, Deborah Fein & Marianne Barton, 1999

*Por favor, preencha este questionário sobre o comportamento usual da criança. Responda a todas as questões.
Se o comportamento descrito for raro (ex. foi observado uma ou duas vezes), responda como se a criança não o apresente.
Faça um círculo à volta da resposta "Sim" ou "Não".*

| | | | |
|----|---|-----|-----|
| 1 | Gosta de brincar ao colo fazendo de "cavalinho", etc.? | SIM | NÃO |
| 2 | Interessa-se pelas outras crianças? | SIM | NÃO |
| 3 | Gosta de subir objetos, como por ex., cadeiras, mesas? | SIM | NÃO |
| 4 | Gosta de jogar às escondidas? | SIM | NÃO |
| 5 | Brinca ao faz de conta, por ex. falar ao telefone ou dar de comer a uma boneca, etc.? | SIM | NÃO |
| 6 | Aponta com o indicador para pedir alguma coisa? | SIM | NÃO |
| 7 | Aponta com o indicador para mostrar interesse em alguma coisa? | SIM | NÃO |
| 8 | Brinca apropriadamente com brinquedos (carros ou legos) sem levá-los à boca, abanar ou deitá-los ao chão? | SIM | NÃO |
| 9 | Alguma vez lhe trouxe objetos (brinquedos) para lhe mostrar alguma coisa? | SIM | NÃO |
| 10 | A criança mantém contacto visual por mais de um ou dois segundos? | SIM | NÃO |
| 11 | É muito sensível aos ruídos (ex. tapa os ouvidos)? | SIM | NÃO |
| 12 | Sorri como resposta às suas expressões faciais ou ao sorriso? | SIM | NÃO |
| 13 | Imita o adulto (ex. faz uma careta e ela imita)? | SIM | NÃO |
| 14 | Responde/olha quando o(a) chamam pelo nome? | SIM | NÃO |
| 15 | Se apontar para um brinquedo do outro lado da sala, a criança acompanha com o olhar? | SIM | NÃO |
| 16 | Já anda? | SIM | NÃO |
| 17 | Olha para as coisas para as quais o adulto está a olhar? | SIM | NÃO |
| 18 | Faz movimentos estranhos com a mão/dedos próximo da cara? | SIM | NÃO |
| 19 | Tenta chamar a sua atenção para o que está a fazer? | SIM | NÃO |
| 20 | Alguma vez se preocupou quanto à sua audição? | SIM | NÃO |
| 21 | Compreende o que as pessoas lhe dizem? | SIM | NÃO |
| 22 | Por vezes fica a olhar para o vazio ou deambula ao acaso pelos espaços? | SIM | NÃO |
| 23 | Procura a sua reação facial quando se vê confrontada com situações desconhecidas? | SIM | NÃO |

(Traduzido pela Unidade de Autismo. Centro de Desenvolvimento da Criança – Hospital Pediátrico Carmona da Mota, Coimbra –Autorização Diana Robins)

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)
Diana Robins, Deborah Fein & Marianne Barton, 1999

O M-CHAT é um breve questionário referente ao desenvolvimento e comportamento utilizado em crianças dos 16 aos 30 M, com o objetivo de rastrear as perturbações do espectro do autismo. Pode ser aplicado tanto numa avaliação periódica de rotina (CSP), como por profissionais especializados em casos de suspeita. Como na maioria dos testes de rastreio poderá existir um grande número de falsos positivos, nem todas as crianças que cotam neste questionário irão ser diagnosticadas com esta perturbação. No entanto, estes resultados podem apontar para a existência de outras anomalias do desenvolvimento, sendo por isso necessária a avaliação por profissionais desta área.

Os “itens críticos” deste questionário encontram-se expressos nos “parâmetros a avaliar” aos 18 M.

Cotação:

A cotação do M-CHAT leva menos de dois minutos.

Resultados superiores a **3 (falha de 3 itens no total)** ou em **2 itens considerados críticos (2, 7, 9, 13, 14, 15)**, após confirmação, justificam uma avaliação formal por técnicos de neurodesenvolvimento.

As respostas Sim/Não são convertidas em Passa/Falha.

O quadro, que se segue, regista as respostas consideradas **Falha** para cada um dos itens do M-CHAT. As questões a **Negrito** representam os **itens críticos**.

| | | | | |
|---------------|---------------|----------------|---------|---------|
| 1. Não | 6. Não | 11. Sim | 16. Não | 21. Não |
| 2. Não | 7. Não | 12. Não | 17. Não | 22. Sim |
| 3. Não | 8. Não | 13. Não | 18. Sim | 23. Não |
| 4. Não | 9. Não | 14. Não | 19. Não | |
| 5. Não | 10. Não | 15. Não | 20. Sim | |

Referências Bibliográficas:

Kleinman et al. (2008) “The modified Checklist for Autism in Toddlers: a Follow-up Study Investigating the Early Detection of Autism Spectrum Disorders”, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38:827-839.

Robins, D. (2008) “Screening for autism spectrum disorders in primary care settings”, *Autism*, Vol 12 (5) 481-500.

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



CERTIFICADO

Certifica-se que Rita Vieira de Barros participou no evento científico internacional **Encontro com Dra. Jean Watson**, que decorreu no dia 27 de junho de 2023, com a duração de 8 horas, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento



CERTIFICADO

Certifica-se que Rita Barros apresentou o Poster intitulado **Emocionalidade na unidade de cuidados intensivos neonatais: Experiências das famílias e dos enfermeiros**, da autoria de Rita Barros, Sara Fanha, Mónica Lemos e Catarina Santos, no evento Científico Internacional **Encontro com Dra. Jean Watson** que decorreu no dia 27 de junho de 2023, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

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



CERTIFICADO

Certifica-se que foi atribuída a Menção Honrosa ao Poster intitulado **Emocionalidade na unidade de cuidados intensivos neonatais: Experiências das famílias e dos enfermeiros**, da autoria de Rita Barros, Sara Fanha, Mónica Lemos e Catarina Santos, no evento Científico Internacional Encontro com Dra. Jean Watson que decorreu no dia 27 de junho de 2023, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

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

Certificado

Declara-se que **Rita Barros** participou no **Seminário do projeto NIDCare: Prática Baseada na Evidência na Seleção das Técnicas de Alimentação Oral do Recém-nascido**, que decorreu no dia 23 de novembro de 2023, das 10h às 16h00.

Lisboa, 27 de novembro de 2023



A Coordenadora do CIDNUR
Andreia Jorge Silva da Costa

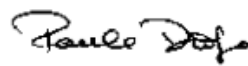
Anexo VII – Certificado de participação na Série de Workshops “Temas de Humanização
em Enfermagem”

Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem
Para o Cuidado Humano

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos, certifica-se que a Senhora Enfermeira Rita Vieira de Barros participou na Série de Workshops “Temas de Humanização em Enfermagem” - Cuidar da criança com necessidades paliativas e sua família em casa: experiência do enfermeiro - organizado pela *Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano* no dia 24 de novembro de 2023, das 10h às 17h, perfazendo 7h.

Lisboa, 29 de novembro de 2023



Professora Doutora Paula Diogo

Coordenadora da Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano
Representante da Watson Caring Science Institute Latino-Iberoamérica



Watson Caring
Science Institute
Latino-Iberoamérica

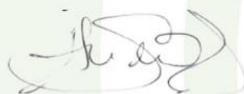


Anexo VIII – Certificado de Participação no Webinar “Redação de artigos científicos”

Certificado

Declara-se que **Rita Vieira de Barros** participou no Webinar "Redação de artigos científicos" que decorreu no dia 09 de novembro de 2023, das 16h às 17h30.

Lisboa, 13 de novembro de 2023

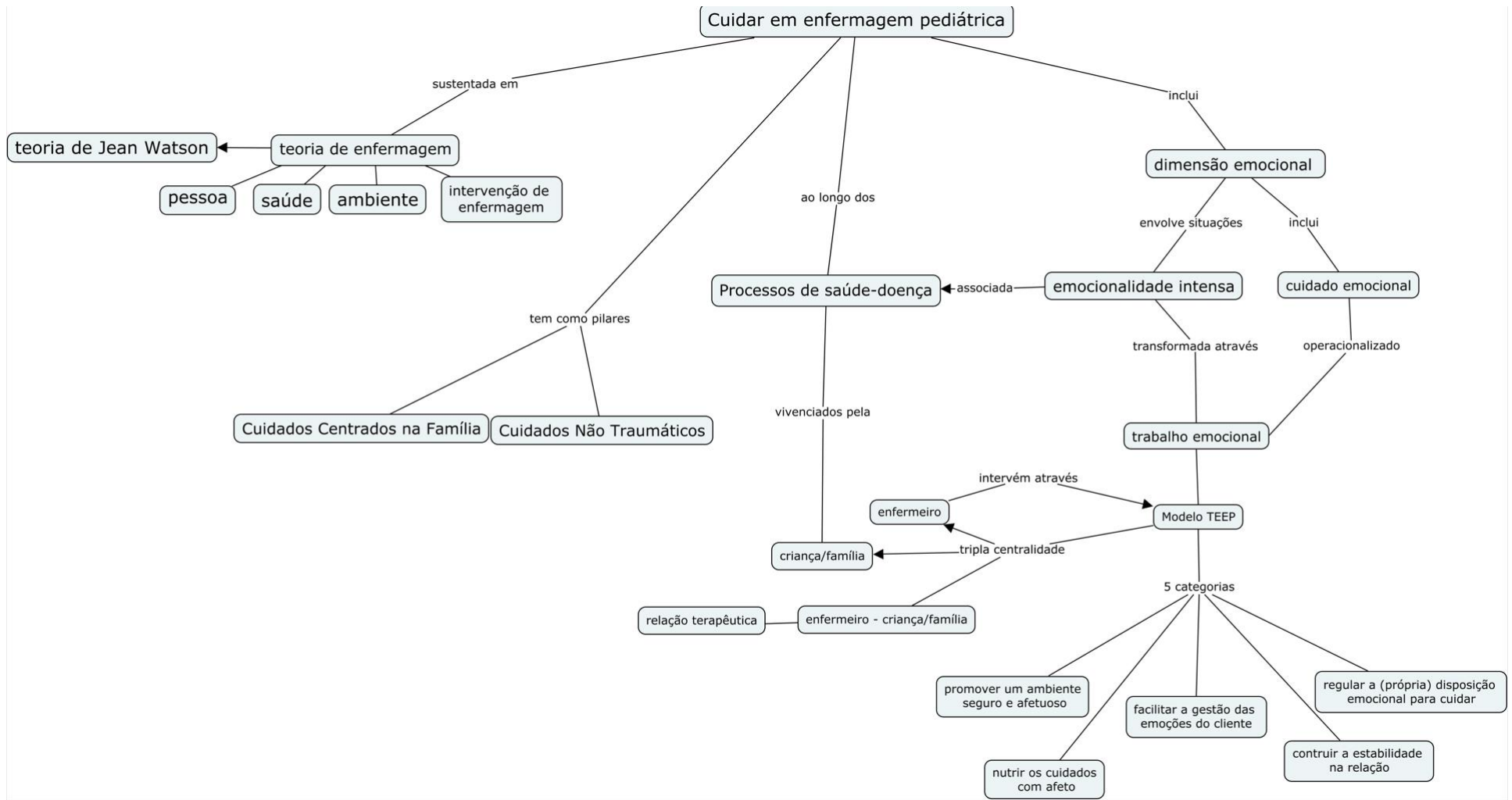


A Coordenadora do CIDNUR
Andreia Jorge Silva da Costa

APÊNDICES

Apêndice I – Mapa conceitual

Apêndice I – Mapa conceitual



Apêndice II – Cronograma

Apêndice III – Guia orientador das atividades de estágio

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

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Rita Vieira de Barros
N.º 7566

Docente orientador:
Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo



Nota Introdutória

O Guia Orientador das Atividades de Estágio insere-se nas Unidades Curriculares Estágio e Estágio com Relatório, integradas nos 2.º e 3.º semestres do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Tem por base o projeto de estágio, elaborado a partir da identificação de um problema na prática de enfermagem.

O problema de enfermagem identificado está relacionado com a emocionalidade intensa experienciada pelas crianças e famílias, associada aos processos de saúde-doença, que pode ser transformada positivamente através do trabalho emocional em enfermagem pediátrica. Este último é, muitas vezes, invisível ou até mesmo desvalorizado, tanto pelos profissionais, como pelas instituições de saúde, existindo a necessidade de dar ênfase a esta dimensão do cuidar, possibilitando a prestação de cuidados de enfermagem holísticos (Diogo, 2023; P. Smith, 2017).

O projeto tem como título “Cuidar em enfermagem pediátrica: Trabalho emocional com crianças e famílias nos processos de saúde-doença” e a sua finalidade é aprofundar conhecimentos e desenvolver competências enquanto futura enfermeira especialista, com foco no trabalho emocional em enfermagem pediátrica dos enfermeiros que cuidam de crianças e famílias nos processos de saúde-doença. Tem como objetivos gerais desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica em diferentes contextos de cuidados à criança e ao jovem, e desenvolver competências no âmbito do trabalho emocional do enfermeiro especialista nos processos de saúde-doença vivenciados pela criança e família.

O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, tendo a criança e família enquanto cliente e centro dos cuidados, trabalha com estes em parceria, no sentido da promoção do melhor estado de saúde possível, prestando cuidados avançados, detendo competências para potenciar a maximização da saúde, cuidar em situações de especial complexidade e dar resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Após esta nota introdutória, consta a problemática, seguida de um breve enquadramento teórico-conceitual, as atividades referentes aos estágios e, finalmente, as referências bibliográficas.

1. Problemática

A temática geral deste projeto é o cuidar em enfermagem pediátrica. O problema está relacionado com a emocionalidade intensa experienciada pelas crianças e famílias, associada aos processos de saúde-doença, e que pode ser transformada através do trabalho emocional em enfermagem pediátrica.

A dimensão emocional do cuidar é, porém, menos visível ou até mesmo desvalorizada (Diogo, 2023; P. Smith, 2017). A nível da evidência científica, destaca-se uma revisão *scoping* que corrobora esta afirmação, onde se identificou que, entre 2006 e 2020, foram realizadas apenas 29 publicações sobre o trabalho emocional em enfermagem pediátrica, tendo-se verificado, contudo, que têm vindo a ser mais frequentes desde 2011 (Diogo et al., 2020). A menor visibilidade do trabalho emocional verificou-se, igualmente, ao exercer funções numa unidade de cuidados intensivos neonatais, sendo este um contexto no qual são experienciadas situações de emocionalidade intensa, mas cujo foco principal do profissional é, muitas vezes, as necessidades biológicas do recém-nascido doente.

O projeto tem como objeto de estudo o trabalho emocional dos enfermeiros que cuidam de crianças e famílias nos processos de saúde-doença, com recurso ao Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica, para facilitar a sua aplicabilidade, nos diferentes contextos de estágio.

2. Enquadramento Teórico-conceptual

2.1. Cuidar em enfermagem pediátrica

Segundo Collière (2003), cuidar é uma necessidade fundamental, mesmo na ausência de doença e presente desde o início da vida, destacando-se a importância da perspectiva da pessoa e dos significados atribuídos por esta, não nos podendo apenas focar no problema de saúde. Assim, é indispensável refletir sobre a influência da perspectiva biomédica, que tende a proliferar na enfermagem, devido em grande parte à evolução tecnológica e ao peso atribuído às relações custo-benefício (P. Smith, 2017; Watson, 2021).

Para Watson (2021), cuidar transcende a própria ação e vai além de diagnósticos e atos médicos, devendo a ciência do cuidar unir os extremos, não ficando indiferente ao subjetivo, à experiência e às emoções humanas, não se limitando apenas ao exterior e ao físico, ainda que seja guiada pelo conhecimento e método científico. Implica estar disponível para ver a pessoa que, segundo Watson (2021), é um todo e pertence a um todo, é um ser unitário em relação com os outros e com a infinidade do universo. A saúde da pessoa, segundo a mesma autora, é um processo e é subjetivo, tendo em conta as suas experiências, não sendo algo concreto ou estático. A pessoa pertence a um ambiente, do qual não pode ser separada, e que inclui a família e também os próprios profissionais de saúde, não podendo ser ignorada a relação entre a pessoa e o seu ambiente (Ordem dos Enfermeiros, 2017; Watson, 2021).

Cuidar, especificamente em enfermagem pediátrica, tem como cliente a criança ou o jovem, toda a pessoa com menos de 18 anos, e até aos 21 ou 25, em caso de doença crónica ou incapacidade, e a sua família, com a finalidade de promover a saúde e o bem-estar, sendo fundamental o estabelecimento da relação terapêutica, e tendo como pilares os Cuidados Centrados na Família e os Cuidados Não Traumáticos (Hockenberry, 2024; Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Os Cuidados Centrados na Família são uma filosofia de cuidados que coloca a pessoa e a família no centro, reconhecendo que cada um destes é único e respeitando os

seus valores, as suas perspetivas e as suas escolhas, e sabendo que devem ser incluídas no plano de cuidados e como membros da equipa (W. Smith, 2018). Os Cuidados Não Traumáticos têm como propósito não causar dano, intervindo de modo a eliminar ou reduzir o desconforto em qualquer área da prestação de cuidados, com intervenções como preparar para procedimentos ou evitar a separação da família (Hockenberry, 2024).

2.2. Emocionalidade intensa associada aos processos de saúde-doença

Não é possível reduzir o ser humano a um conjunto de partes, nem reduzir o cuidar a rotinas e a tarefas sistematizadas, que excluem a expressão de emoções (Collière, 2003; Watson, 2021).

As emoções são indissociáveis de uma abordagem holística ao cuidar em enfermagem, não podendo a ciência do cuidar ficar indiferente às emoções (Diogo, 2023; Watson, 2021). A dimensão emocional do cuidar é de particular importância em pediatria, um contexto que envolve grande emocionalidade e no qual a criança e a sua família estão sujeitas a emoções negativas associadas aos processos de saúde-doença, sendo os enfermeiros capazes de as mitigar (Diogo, 2023). Salienta-se, porém, que o enfermeiro não é capaz de cuidar se não tiver a oportunidade para reconstituir os seus recursos, recuperar e expressar as suas próprias emoções (Collière, 2003).

2.3. Trabalho emocional em enfermagem pediátrica

As emoções são, frequentemente, desvalorizadas ou menos visíveis na prestação de cuidados, pelas instituições de saúde e pelos próprios profissionais, devido ao foco na componente prática, apesar de serem essenciais no cuidar, destacando-se a sua importância na pediatria (Diogo, 2023; P. Smith, 2017).

Ao constatar esta desvalorização, Pam Smith (1992, 2017) introduz, no universo da enfermagem, o conceito de trabalho emocional, sendo que a autora defende a necessidade de treino formal nesta dimensão, de modo a torná-la, também, uma parte visível e valorizada da enfermagem.

Uma revisão *scoping* realizada por Diogo, et al. (2020) constatou que são poucas as publicações acerca do trabalho emocional em enfermagem pediátrica, embora o número de publicações tenha vindo a aumentar desde 2011, destacando-se, em Portugal, o trabalho de Diogo que, nomeadamente, desenvolveu o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Diogo, 2023).

O Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica constitui uma orientação para a prática no contexto de pediatria, permitindo a transformação de situações de emocionalidade intensa, experienciadas pela criança ou jovem e família nos processos de saúde-doença, em algo positivo, possibilitando a prestação de cuidados de enfermagem holísticos (Diogo, 2023).

Este modelo define o trabalho emocional de uma forma ampla:

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

O modelo é composto por cinco categorias de cuidados, através das quais os enfermeiros transformam as emoções, com tripla centralidade, ou seja, no cliente, no enfermeiro e na relação entre estes (Diogo, 2023).

Na primeira categoria, **“promover um ambiente seguro e afetuoso”**, não é considerado apenas o ambiente físico (Diogo, 2023), sendo que o enfermeiro intervém também através da maneira como acolhe e cumprimenta ou através da brincadeira, possibilitando uma experiência mais positiva e, potencialmente, uma recuperação mais rápida (Diogo, 2023).

Em **“nutrir os cuidados com afeto”** constam intervenções realizadas pelos enfermeiros que consideram o afeto inerente aos cuidados (Diogo, 2023). Passa pelo sorriso e pelos carinhos, assim como ao cumprimentar a criança e a família, mas está também associado à realização de procedimentos, tendo como consequência que a criança se sinta amada e tranquila e que a família sinta mais confiança, levando também a um menor sofrimento e a uma melhor relação (Diogo, 2023).

A categoria **“facilitar a gestão das emoções do cliente”** pretende transformar em bem-estar a emocionalidade negativa associada aos processos de saúde-doença, dividindo-se em gestão de antecipação e gestão das emoções reativas, permitindo evitar emoções negativas e promover a tranquilidade e o autocontrolo (Diogo, 2023).

Na categoria **“construir a estabilidade na relação”**, sabemos que, devido às situações emocionalmente intensas experienciadas, as interações podem ser condicionadas, sendo importante a construção da estabilidade na relação, através do envolvimento emocional, da gestão de episódios conflituosos e da promoção de uma relação de igualdade, o que resulta numa relação mais tranquila e afetiva, promovendo uma melhor adaptação da família (Diogo, 2023).

Finalmente, na categoria **“regular a disposição emocional”** para cuidar, partimos do conhecimento que os enfermeiros são capazes de regular a disposição emocional, tendo em conta uma intencionalidade terapêutica (Diogo, 2023). Os enfermeiros fazem esta regulação através da análise das experiências e da compreensão das reações dos clientes, atenuando positivamente os acontecimentos e procurando não se deixar afetar, levando a uma manutenção do envolvimento emocional, enquanto continuam a cuidar do cliente (Diogo, 2023).

3. Atividades de Estágio

3.1. Atividades transversais

| | |
|---|---|
| Objetivo: 1. Desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica em diferentes contextos de cuidados à criança e ao jovem | |
| Objetivo geral: 2. Desenvolver competências no âmbito do trabalho emocional do enfermeiro especialista nos processos de saúde-doença vivenciados pela criança e família | |
| Objetivo específico | Atividades |
| 1.1. Conhecer a dinâmica estrutural, organizacional e funcional da unidade, a filosofia de cuidados e a prática diferenciada de cuidados do EEESIP | <ul style="list-style-type: none">- Entrevista exploratória ao enfermeiro chefe/enfermeiro orientador acerca dinâmica estrutural, organizacional e funcional da unidade- Consulta e análise de documentos orientadores/manuais/protocolos/normas existentes na unidade- Elaboração de documento sobre a caracterização da unidade- Apresentação do projeto ao enfermeiro orientador/equipa |

| | |
|--|--|
| <p>1.2. Identificar, analisar e colaborar nas intervenções do enfermeiro especialista adequadas às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança ou jovem e família e em situações de especial complexidade para a maximização da sua saúde</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Observação, análise e participação nas intervenções do enfermeiro especialista no cuidado à criança e família nos diferentes contextos - Análise crítica, reflexiva e fundamentada acerca da experiência de estágio, e contribuição para o desenvolvimento de competências específicas e comuns de EEESIP |
| <p>2.1. Analisar o trabalho emocional do enfermeiro nos processos de saúde-doença vivenciados pela criança ou jovem e família</p> <p>2.2. Identificar e colaborar nas intervenções de enfermagem para a gestão intencional da emocionalidade associada aos processos de saúde-doença</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Reflexão com enfermeiro orientador acerca do trabalho emocional em enfermagem pediátrica, com foco nas cinco categorias de cuidados do modelo TEEP |

3.2. Atividades específicas - Cuidados de saúde primários

| Objetivo específico | Atividades |
|---|--|
| <p>1.2. Identificar, analisar e colaborar nas intervenções do enfermeiro especialista adequadas às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança ou</p> | <p>- Observação da consulta de saúde infantil e realização de consulta de enfermagem com autonomia, com foco na avaliação do desenvolvimento, cuidados antecipatórios, educação para a saúde e promoção da parentalidade</p> |

| | |
|--|--|
| <p>jovem e família e em situações de especial complexidade para a maximização da sua saúde</p> | |
| <p>1.3. Promover uma prática de qualidade e baseada em evidência científica, assumindo um papel dinamizador na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua e na pesquisa e partilha de evidência científica</p> <p>2.1. Explicitar o conceito de trabalho emocional e promover a partilha de conhecimento acerca deste em enfermagem pediátrica</p> | <p>- Formação em serviço para pares sobre o trabalho emocional em enfermagem pediátrica, com recurso ao modelo TEEP</p> |
| <p>2.2. Identificar e colaborar nas intervenções de enfermagem para a gestão intencional da emocionalidade associada aos processos de saúde-doença</p> | <p>- Gestão da emocionalidade da criança e família durante a consulta de saúde infantil e juvenil</p> |
| <p>2.3. Analisar o trabalho emocional do enfermeiro nos processos de saúde-doença vivenciados pela criança ou jovem e família</p> | <p>- Elaboração jornal de aprendizagem acerca de uma situação emocionalmente intensa na consulta de saúde infantil e juvenil</p> |

3.3. Atividades específicas - Consulta de desenvolvimento infantil

| Objetivo específico | Atividades |
|--|---|
| 1.2. Identificar, analisar e colaborar nas intervenções do enfermeiro especialista adequadas às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança ou jovem e família e em situações de especial complexidade para a maximização da sua saúde | - Observação da consulta de desenvolvimento infantil - Análise crítica e reflexiva acerca de uma intervenção do EEESIP na consulta de desenvolvimento infantil |
| 1.3. Promover uma prática de qualidade e baseada em evidência científica, assumindo um papel dinamizador na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua e na pesquisa e partilha de evidência científica | - Participação no encontro com Dra. Jean Watson e apresentação do ePoster "Emocionalidade na unidade de cuidados intensivos neonatais: Experiências das famílias e dos enfermeiros" |

3.4. Atividades específicas - Neonatologia

| Objetivo específico | Atividades |
|--|--------------------------------|
| 1.2. Identificar, analisar e colaborar nas intervenções do enfermeiro especialista adequadas às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança ou | - Elaboração de estudo de caso |

| | |
|---|--|
| <p>jovem e família e em situações de especial complexidade para a maximização da sua saúde</p> | |
| <p>2.2. Identificar e colaborar nas intervenções de enfermagem para a gestão intencional da emocionalidade associada aos processos de saúde-doença</p> | <p>- Participação em atividades no âmbito da promoção de ambiente seguro e afetivo, inseridas no grupo de trabalho da unidade “ambiente saudável” (elaboração de diários e memórias para os pais, colaboração na organização da festa do dia da prematuridade, etc.)</p> <p>- Participação e colaboração nas reuniões do grupo de apoio à parentalidade, que decorrem na unidade em articulação com o médico pedopsiquiatra e com o psicólogo, com supervisão do enfermeiro orientador e posterior análise com o mesmo</p> |
| <p>1.3. Promover uma prática de qualidade e baseada em evidência científica, assumindo um papel dinamizador na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua e na pesquisa e partilha de evidência científica</p> <p>2.2. Identificar e colaborar nas intervenções de enfermagem para a gestão intencional da emocionalidade associada aos processos de saúde-doença</p> | <p>- Participação no desenvolvimento de novo projeto na unidade, no âmbito do grupo de apoio à parentalidade e em articulação com o internamento de pediatria, para a promoção da vinculação na criança em risco de institucionalização, através da redação da sua fundamentação</p> |
| <p>1.3. Promover uma prática de qualidade e baseada em evidência científica, assumindo um papel dinamizador</p> | <p>- Formação em serviço para pares sobre o trabalho emocional em enfermagem pediátrica, com recurso ao modelo TEEP</p> |

| | |
|--|--|
| na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua e na pesquisa e partilha de evidência científica 2.1. Explicitar o conceito de trabalho emocional e promover a partilha de conhecimento acerca deste em enfermagem pediátrica | |
| 2.3. Analisar o trabalho emocional do enfermeiro nos processos de saúde-doença vivenciados pela criança ou jovem e família | - Elaboração jornal de aprendizagem acerca de uma situação emocionalmente intensa na unidade de neonatologia |

3.5. Atividades específicas - Urgência pediátrica

| Objetivo específico | Atividades |
|--|--|
| 1.2. Identificar, analisar e colaborar nas intervenções do enfermeiro especialista adequadas às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança ou jovem e família e em situações de especial complexidade para a maximização da sua saúde | - Observação, análise e participação nas intervenções de enfermagem nos diferentes setores do serviço (triagem, sala de tratamentos, sala de observação) |

| | |
|--|--|
| <p>1.3. Promover uma prática de qualidade e baseada em evidência científica, assumindo um papel dinamizador na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua e na pesquisa e partilha de evidência científica</p> <p>2.1. Explicitar o conceito de trabalho emocional e promover a partilha de conhecimento acerca deste em enfermagem pediátrica</p> | <p>- Formação em serviço para pares sobre o trabalho emocional em enfermagem pediátrica, com recurso ao modelo TEEP</p> |
| <p>2.3. Analisar o trabalho emocional do enfermeiro nos processos de saúde-doença vivenciados pela criança ou jovem e família</p> | <p>- Elaboração de jornal de aprendizagem acerca de uma situação emocionalmente intensa na urgência pediátrica</p> |
| <p>1.3. Promover uma prática de qualidade e baseada em evidência científica, assumindo um papel dinamizador na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua e na pesquisa e partilha de evidência científica</p> | <p>- Participação em atividade formativa Série de Workshops – Temas de Humanização em Enfermagem: “Cuidar da criança com necessidades paliativas e a sua família em casa”, desenvolvida pela Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano.</p> |

3.6. Atividades específicas - Internamento de pediatria

| Objetivo específico | Atividades |
|--|--|
| 1.3. Promover uma prática de qualidade e baseada em evidência científica, assumindo um papel dinamizador na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua e na pesquisa e partilha de evidência científica 2.2. Identificar e colaborar nas intervenções de enfermagem para a gestão intencional da emocionalidade associada aos processos de saúde-doença | - Apresentação de projeto para a promoção da vinculação na criança em risco social à equipa de enfermagem e participação na sua concretização - Elaboração de instrumento de registo das crianças abrangidas no projeto |
| 2.1. Explicitar o conceito de trabalho emocional e promover a partilha de conhecimento acerca deste em enfermagem pediátrica 2.3. Analisar o trabalho emocional do enfermeiro nos processos de saúde-doença vivenciados pela criança ou jovem e família | - Sessão de análise das práticas acerca da gestão emocional da criança e família no internamento de pediatria |
| 2.3. Analisar o trabalho emocional do enfermeiro nos processos de saúde-doença vivenciados pela criança ou jovem e família | - Elaboração de jornal de aprendizagem acerca de uma situação emocionalmente intensa no internamento de pediatria |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2ª ed.). Lusociência.
- Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisbon International Press.
- Diogo, P., Costa, A., & Almeida, T. (2020). Trabalho emocional em enfermagem: uma revisão scoping sobre os contextos de cuidados pediátricos. *Pensar Enfermagem*, 24(2), 43-64. doi:10.56732/pensarenf.v24i2.173
- Hockenberry, M. J. (2024). Perspectives of pediatric nursing. In J. M. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's Nursing care of infants and children* (12ª ed., pp. 1-13). Elsevier.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Diário da República, 2ª Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194
- Smith, P. (1992). *The emotional labour of nursing: how nurses care*. Macmillan Education.
- Smith, P. (2017). *The emotional labour of nursing revisited: Can nurses still care?* (2ª ed.). Bloomsbury Publishing.
- Smith, W. (2018). Concept Analysis of Family-Centered Care of Hospitalized Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
- Watson, J. (2021). *Caring science as sacred science - New revised edition*. Lotus Library Watson Caring Science Institute.

Apêndice IV - Sessão de formação: “Trabalho emocional em enfermagem
pediátrica”

(Cuidados de Saúde Primários)

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

Unidade Curricular Estágio

**Sessão de formação: Trabalho emocional em
enfermagem pediátrica**

Rita Vieira de Barros
N.º 7566

Orientadora: Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo

Lisboa
Junho de 2023

1. Introdução

No estágio realizado no contexto de cuidados de saúde primários foi realizada uma formação em serviço acerca do trabalho emocional em enfermagem pediátrica, tendo como alvo a equipa de enfermagem da unidade de saúde familiar. Nesta unidade, verificou-se que a maioria dos profissionais desconhecia o conceito de trabalho emocional, embora desenvolvam frequentemente intervenções para a gestão da emocionalidade da criança ou do jovem e da família, reconhecendo a sua importância na prestação de cuidados. O trabalho emocional do enfermeiro insere-se na dimensão emocional do cuidar em enfermagem, uma parte fundamental que é, muitas vezes, menos visível ou desvalorizada (Diogo, 2023). Desta forma, verificou-se uma oportunidade para promover a aprendizagem acerca deste tema, conferindo-lhe maior visibilidade e destaque, através de uma sessão de formação, cujos objetivos foram: explicitar o conceito de trabalho emocional e analisar o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica e a sua aplicabilidade, nomeadamente no âmbito da consulta de saúde infantil e juvenil.

2. Fundamentação

No recurso aos cuidados de saúde primários, a criança e a sua família experienciam emocionalidade intensa, associada a diversas situações, como por exemplo à adaptação do casal ao recém-nascido ou ao medo da vacinação na criança, entre outras, relacionadas com os processos de saúde-doença.

A chegada de um filho e a adaptação da família ao novo membro pode constituir um desafio, sendo os cuidados de saúde primários um contexto fundamental para a promoção da saúde e do bem-estar da família, da vinculação e das competências parentais (Schwab, 2024). A adaptação ao recém-nascido, nomeadamente aos seus padrões de alimentação e de sono, pode ser difícil de gerir, sendo essencial avaliar a dinâmica familiar, explorar as preocupações dos pais e intervir através do apoio emocional e da educação para a saúde (Direção-Geral da Saúde, 2013). Destaca-se, ainda, a necessidade de dar especial atenção ao estado emocional da mãe, nomeadamente no

primeiro ano de vida da criança, pelo risco de depressão pós-parto (Direção-Geral da Saúde, 2013). Derivado do seu estado emocional, alguns pais relatam ambivalência relativamente ao bebé, falta de controlo, desespero e frustração relacionadas com a perceção de falta de apoio, assim como desesperança e desamparo, sendo imperativo o foco na sua saúde mental, possibilitando o bem-estar da criança e dos pais (Holopainen & Hakulinen, 2019).

Na consulta de saúde infantil e juvenil, a criança pode sentir stress e medo, associados ao desconhecido e à possibilidade da realização de procedimentos dolorosos, como a vacinação. O medo está mais presente, quer em quantidade quer em variedade, na criança em idade pré-escolar, nomeadamente o medo de pessoas e objetos aos quais associam dor, além de medos que refletem os demonstrados pelos pais (Monroe, 2024). Na criança em idade escolar, verifica-se uma redução do medo de lesão corporal, embora a criança mantenha o medo da dor e de procedimentos invasivos (Burch, 2024). O medo e a dor podem condicionar negativamente a experiência da criança e família e o recurso aos cuidados de saúde primários, sendo essencial que o enfermeiro não desvalorize esta experiência (McLenon & Rogers, 2019; Taddio et al., 2022).

O enfermeiro intervém para minimizar a dor, o stress e o medo associados à vacinação, por exemplo através de estratégias de distração (Lee et al., 2018), assim como em qualquer outro contacto com a criança e família. Sabendo que os processos de saúde-doença têm inerente uma emocionalidade intensa, o enfermeiro realiza uma gestão intencional desta emocionalidade, ou seja, desempenha o trabalho emocional, um conceito introduzido em enfermagem por Pam Smith (1992, 2017). O enfermeiro intervém tendo em vista a transformação positiva da experiência emocional da criança e família, através de cinco categorias de cuidados, explicitadas no Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Diogo, 2023), e apresentadas de seguida.

O enfermeiro **promove um ambiente seguro e afetuoso**, nomeadamente através da forma como acolhe a criança e a família, no recurso a brincadeiras e ao concluir a interação sem apressar, no caso da consulta de saúde infantil e juvenil (Diogo, 2023).

O enfermeiro **nutre os cuidados com afeto** através do sorriso e da forma como fala com a criança, sabendo que o afeto é essencial para o desenvolvimento da criança e é valorizado por esta, sendo também facilitador dos cuidados. Na consulta, o enfermeiro

nutre os cuidados com afeto através de elogios aos pais pelos cuidados à criança, por exemplo (Diogo, 2023).

Relativamente à terceira categoria, o enfermeiro **facilita a gestão das emoções do cliente**, através da gestão emocional de antecipação e das emoções reativas, pois sabe que a experiência emocional associada aos processos de saúde-doença é potencialmente intensa, destacando-se, no âmbito da consulta de saúde infantil e juvenil, a emergência das intervenções: conter afetivamente e relativizar a disrupção emocional (Diogo, 2023).

O enfermeiro **constrói a estabilidade na relação**, sabendo que esta é essencial na prática de cuidados, através do envolvimento emocional, da gestão de episódios conflituosos e do equilíbrio de poderes, resultando numa maior tranquilidade nas relações e minimização dos conflitos (Diogo, 2023).

Finalmente, sendo que também é afetado pelo acompanhamento das vivências da criança e família, o enfermeiro é capaz de **regular a própria disposição emocional para cuidar**, nomeadamente através da análise de experiências e partilha de sentimentos, possibilitando a prevenção da exaustão emocional e a promoção do seu bem-estar emocional. Na consulta de saúde infantil e juvenil, verifica-se, também, a automotivação enquanto ação desenvolvida pelo enfermeiro (Diogo, 2023).

3. Planeamento e divulgação da sessão

No presente capítulo, encontra-se o planeamento da sessão de formação. Foi realizada durante uma das reuniões da equipa de enfermagem, nas quais são realizadas sessões de formação, assim como discutidos outros assuntos da unidade, tendo sido divulgada à equipa pela enfermeira orientadora.

| | |
|----------------------------|--|
| Curso: | 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica |
| Unidade Curricular: | Estágio |
| Tema da sessão: | Trabalho emocional em enfermagem pediátrica |
| Objetivos: | Explicitar o conceito de trabalho emocional Analisar o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica e a sua aplicabilidade |
| Duração: | 20 minutos |
| Data da sessão: | 14/05/2023 |
| Local: | USF |
| Formadores: | Rita Barros |
| Destinatários: | Enfermeiros da USF |

| | Conteúdos | Metodologia | Recursos Didáticos | Tempo |
|------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------|--------------|
| Introdução | <p>Apresentação da mestrandia</p> <p>Contextualização e justificação da pertinência do tema</p> <p>Apresentação dos objetivos da sessão</p> | Método expositivo | Computador; Projetor; | 3min |
| Desenvolvimento | <p>Trabalho emocional em enfermagem</p> <p>Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica</p> | Método expositivo | Computador; Projetor; | 12 min |
| Conclusão | <p>Considerações finais</p> <p>Espaço para questões</p> <p>Entrega do questionário de avaliação da formação</p> | Método expositivo e interrogativo | Computador; Projetor; | 5min |

4. Execução

De seguida, apresentam-se os diapositivos utilizados para a realização da sessão de formação.



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Trabalho emocional em enfermagem pediátrica

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
UC Estágio
Mestranda: Rita Barros

Índice

- +Objetivos da sessão
- +Projeto
- +Trabalho emocional
- +Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Objetivos

- +Explicitar o conceito de trabalho emocional e a sua importância
- +Analisar o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica e a sua aplicabilidade

Projeto

- + Temática: Cuidar em enfermagem pediátrica
- + Problema: Emocionalidade intensa experienciada pelas crianças e famílias nos processos saúde-doença
- + Objeto de estudo: trabalho emocional do enfermeiro que cuida de crianças e famílias nos processos de saúde-doença, com recurso ao Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Promover um ambiente seguro e afetivo

| CONTEXTO/CONDIÇÕES | AÇÕES/INTERAÇÕES | CONSEQUÊNCIAS |
|--|---|---|
| <p>Porquê O ambiente dos serviços de saúde é muitas vezes estranho e stressante O cliente tem preconceitos negativos sobre os serviços de saúde (ambiente adverso, dominador e que causa insegurança) A criança precisa de proteção</p> <p>Fatores que facilitam <i>Ambiente físico</i> Pinturas nas paredes e tetos Vídeos de desenhos animados Brinquedos Sala de brincadeiras</p> | <p>Como Acolher Cumprimentar Expressar afeto Gerar ambiente familiar Preservar o quarto/unidade do cliente Sintonia com o mundo infantil (brincadeira, cantar, mobilizar personagens de contos de fada, de filmes ou desenhos animados) Despedidas calorosas Fotografias para recordar</p> <p>Modo Ambiente afetivo que se cria na relação com os clientes, durante os procedimentos e entre os enfermeiros Uso de fardas coloridas e com bonecos</p> | <p>A experiência de cuidados de saúde torna-se mais positiva, pois os clientes conseguem sentir-se à vontade na relação com os enfermeiros, colocam as suas dúvidas e estão mais tranquilos A recuperação das crianças e dos jovens é mais rápida quando estes estão familiarizados com o ambiente, quando estão melhor adaptados e se sentem seguros nos serviços de saúde</p> |



(Diogo, 2023, p.54)

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

| Características validadas | Características não validadas | Características emergentes |
|---|---|-----------------------------------|
| Acolher Cumprimentar Expressar afeto Gerar ambiente familiar Sintonia com o mundo infantil (brincadeira; cantar; mobilizar personagens de contos de fada, de filmes ou desenhos animados) Despedidas calorosas Ambiente afetuoso que se cria na relação com o cliente, durante os procedimentos e entre os enfermeiros. | Preservar o quarto/ unidade da pessoa Sintonia com o mundo infantil (filmes ou desenhos animados) Fotografias para recordar Ambiente afetuoso que se cria entre os enfermeiros Uso de fardas coloridas e com bonecos. | Concluir a interação sem apressar |

(Diogo, 2023)

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Nutrir os cuidados com afeto

| CONTEXTO/CONDIÇÕES | AÇÕES/INTERAÇÕES | CONSEQUÊNCIAS |
|--|--|--|
| <p>Porquê É necessário para o desenvolvimento das crianças É desejado É um direito As crianças apelam Diminui os fatores de stress associados aos cuidados de saúde Os cuidados não funcionam sem afetos Pode ser tão ou mais importante do que um procedimento técnico Facilita a execução dos procedimentos É essencial para conquistar a confiança</p> <p>Fatores que facilitam Gostar muito de crianças Considerar as crianças como se fossem o seu próprio filho ou alguém da família Modo afetivo de ser Tempo de contacto e desenvolvimento da relação Experiência de parentalidade</p> | <p>Como <i>Dádiva de afeto</i> Sorriso; voz embalada e suave; olhar meigo; falar amimados (adjetivos carinhosos, frases carinhosas, "inhos", movimentos balanceados com a cabeça); carinho (festas e toques suaves, beijinhos e abraços); colo</p> <p>Quando <i>Momento próprio</i> Cumprimento no início da interação; despedidas; tomar conta da criança Vinculado aos procedimentos Conforto; posicionamento; higiene; alimentação; segurança; procedimentos dolorosos</p> <p>Envolve todos os cuidados e inclui o ambiente e relação entre colegas</p> <p>Modo <i>Espontâneo</i> Ato natural ou que "sai" durante os cuidados <i>Intencional</i> Em substituição dos pais; aliviar o sofrimento de uma criança/jovem que está sem acompanhante; planeamento de cuidados</p> | <p>A criança ou jovem sente-se amado e considerado</p> <p>Os pais sentem confiança nos enfermeiros e segurança nos cuidados</p> <p>Tranquilidade, bem-estar e percepção de não ser tão mau estar num serviço de saúde</p> <p>Alivia o sofrimento e constitui uma forma de ajuda e apoio</p> <p>Desenvolvimento e consolidação da relação</p> <p>Colaboração facilitada dos clientes nos cuidados</p> |

(Diogo, 2023, p.55)

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

| Características validadas | Características não validadas | Características emergentes |
|--|--|--|
| <p><i>Dádiva de afeto:</i> Sorriso; Voz embalada e suave; Olhar meigo; Falar animado (adjetivos carinhosos, frases carinhosas, “inhos”, movimentos balanceados com a cabeça); Carinho (festas e toques suaves, beijinhos e abraços); Colo</p> | <p><i>Momento próprio:</i> Tomar conta da criança</p> | |
| <p><i>Momento próprio:</i> Cumprimento no início do turno e Despedidas <i>Vinculado aos procedimentos:</i> Conforto; Posicionamento; Higiene; Segurança; Procedimentos dolorosos Envolve todos os cuidados e inclui o ambiente e relação entre colegas</p> | <p><i>Vinculado aos procedimentos:</i> Alimentação</p> | <p>Momento próprio: elogia os pais e os cuidados prestados por estes; oferece um brinquedo à criança</p> |
| <p><i>Espontâneo</i> <i>Intencional:</i> Planeamento de cuidados</p> | <p><i>Intencional:</i> Em substituição dos pais; Aliviar o sofrimento de uma criança/jovem que está só</p> | |

(Diogo, 2023)

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

| Características validadas | Características não validadas | Características emergentes |
|---|---|--|
| <i>Gestão emocional de antecipação</i> Demonstrar postura calma e carinhosa Mostrar disponibilidade Preparar para os procedimentos Fornecer explicações/informações Favorecer a expressão de sentimentos Dar reforço positivo Distrair | <i>Gestão das emoções reativas</i> Diferenciar os momentos Encorajar e restringir | Conter afetivamente Relativizar a disrupção emocional |
| <i>Gestão das emoções reativas</i> Envolver a família nos cuidados Explicar e esclarecer dúvidas Fazer pausas Fomentar a esperança Colocar-se ao lado Dar carinho Diferenciar os momentos Desviar o foco de atenção Encorajar e restringir | | |

(Diogo, 2023)

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Facilitar a gestão das emoções dos clientes

| CONTEXTO/CONDIÇÕES | AÇÕES/INTERAÇÕES | CONSEQUÊNCIAS |
|--|---|--|
| <p>Porquê As vivências emocionais inerentes aos cuidados de saúde são potencialmente intensas Podem existir problemas emocionais anteriores Os clientes conseguem lidar melhor se forem ajudados</p> <p>Fatores que facilitam Acesso prévio à informação sobre o estado emocional dos clientes Saber experiencial Sensibilidade vigilante Relação construída</p> | <p>Como <i>Gestão emocional de antecipação</i> Demonstrar postura calma e carinhosa Mostrar disponibilidade Preparar para os procedimentos Fornecer explicações/informações Favorecer a expressão de sentimentos Dar reforço positivo Distrair</p> <p><i>Gestão das emoções reativas</i> Envolver a família nos cuidados Explicar e esclarecer dúvidas Fazer pausas Fomentar a esperança Colocar-se ao lado Dar carinho Diferenciar os momentos Desviar o foco de atenção Encorajar e restringir</p> | <p>Na maioria das interações e a maior parte do tempo permite evitar que os clientes experienciem emoções de tonalidade negativa</p> <p>Promover a tranquilidade e bem-estar emocional</p> <p>Potenciar o autocontrolo emocional</p> <p>Conquistar a confiança que é tranquilizadora</p> |

(Diogo, 2023, p.56)

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Construir a estabilidade na relação

| CONTEXTO/CONDIÇÕES | AÇÕES/INTERAÇÕES | CONSEQUÊNCIAS |
|---|---|--|
| <p>Porquê Os clientes vivem uma experiência emocional intensa que projetam na interação A estabilidade das relações é essencial na prática de cuidados Por vezes a confiança é frágil ou está ausente A cultura do cliente influencia Existe recusa e defesa do cliente Existem conflitos mal resolvidos entre enfermeiros e clientes O cliente revela hostilidade Os procedimentos são dolorosos Existem incumprimentos Existem momentos de quebra de confiança</p> <p>Fatores que facilitam Pais calmos e simpáticos Crianças/jovens recetivos Enfermeiros com disponibilidade de tempo Sentimento de empatia Sentimento de confiança Tempo de contacto Figura de referência</p> | <p>Como <i>Envolvimento emocional</i> Ligação afetiva Proximidade Conhecimento mútuo confiança</p> <p><i>Gestão de episódios conflituosos</i> Abordagem calma e de controlo Dar espaço para a expressão Desmontar o problema Procurar a reconciliação Não fazer juízos de valor negativo</p> <p><i>Equilíbrio de poderes</i> Tomada de decisão partilhada Dar espaço à função parental Colaboração mútua Participação do cliente Partilha de informação</p> | <p>Tranquilidade nas relações entre enfermeiros e clientes; um convívio pacífico necessário à prestação de cuidados</p> <p>As relações são afetivas e os conflitos são minimizados</p> <p>Tranquilidade da parte dos pais e a uma perceção de que podem contar com os enfermeiros</p> <p>As orientações/explicações que fornecem aos clientes são levadas em conta</p> <p>Melhor adaptação e capacidade para lidar com os processos de saúde-doença</p> <p>Aceitação e compreensão para com os enfermeiros</p> |

(Diogo, 2023, p.57)

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Regular a disposição emocional para cuidar

| CONTEXTO/CONDIÇÕES | AÇÕES/INTERAÇÕES | CONSEQUÊNCIAS |
|--|--|--|
| <p>Porquê Motivação e missão Persistência para cuidar Vontade construtiva da relação Experienciam situações emocionalmente intensas (ficam afetados, vivem emoções perturbadoras, existência de situações difíceis de lidar)</p> <p>Fatores que facilitam Compensação (relações emocionalmente estáveis, sentimento de gratificação, sentimento de realização, as próprias crianças ajudam) Necessidade de gerirem as suas emoções para conseguir cuidar Conhecimento de si Apoio entre colegas</p> <p>Fatores que dificultam Excesso de trabalho que conduz a intensificação do stress e cansaço Fragilidades pessoais relacionadas com experiências anteriores Características individuais Transferência para os filhos Conflitos na equipa de saúde</p> | <p>Como <i>Analisar as experiências</i> Falar com os colegas Leituras Escrita reflexão</p> <p><i>Partilhar o que sente</i> Colega específico Grupo de colegas</p> <p><i>Compreensão das reações dos clientes</i> Minimizar o negativo Perceber que não é dirigido a si</p> <p><i>Atenuar positivamente</i> Perceber que não são os únicos a falhar Acreditar na sua competência Encarar como desafio</p> <p><i>Não se deixar afetar negativamente mantendo-se conectado</i> Descentrar-se Afastar-se por momentos Evitar prestar cuidados Cortar com a fonte de emoções Cessar funções</p> | <p>Os enfermeiros conseguem inibir ou induzir emoções nos próprios de modo a conseguirem transformar as emoções perturbadoras e a continuarem a cuidar dos clientes, mantendo o envolvimento emocional</p> <p>Promove o bem-estar, o alívio do sofrimento e contribui para a adaptação do cliente à situação</p> |

(Diogo, 2023, p.58)

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

| Características validadas | Características não validadas | Características emergentes |
|--|--|--|
| <i>Analisar as experiências</i> Revelar o vivido aos colegas Reflexão | <i>Analisar as experiências</i> Leituras Escrita | |
| <i>Partilhar o que sente</i> Colega específico | <i>Partilhar o que sente</i> Grupo de colegas | |
| <i>Compreensão das reações dos clientes</i> Minimizar o negativo | <i>Compreensão das reações dos clientes</i> Perceber que não é dirigido a si | |
| <i>Atenuar positivamente</i> Acreditar na sua competência Encarar como desafio | <i>Atenuar positivamente</i> Perceber que não são os únicos a falhar | <i>Atenuar positivamente</i> Automotivar-se |
| <i>Não se deixar afetar negativamente mantendo-se conectado</i> Descentrar-se | <i>Não se deixar afetar negativamente mantendo-se conectado</i> Afastar-se por momentos Evitar prestar cuidados Cortar com a fonte de emoções Cessar funções | |

(Diogo, 2023)

Referências bibliográficas

- Diogo, P. (2015). Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (2ª ed.). Lusodidacta.
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2ª versão revista). doi:10.13140/RG.2.2.16091.31528
- Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisbon International Press.
- Smith, P. (2012). *The emotional labour of nursing revisited: can nurses still care?* (2ª ed.). Palgrave Macmillan.
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: a theory of nursing* (2ª ed.). Jones & Bartlett Learning.

5. Avaliação da sessão de formação em serviço - “Trabalho emocional em enfermagem pediátrica”

Os 11 enfermeiros da unidade assistiram à formação e realizaram a avaliação, encontrando-se, de seguida, a média das avaliações e os comentários da equipa.

- A. **Orador:** 4.9/5
 - a. Domínio e clareza da exposição: 4.9/5
 - b. Definição de objetivos: 4.9/5
 - c. Capacidade de transmissão de conhecimentos: 4.9/5
 - d. Esclarecimento de dúvidas: 5/5
- B. **Conteúdos e métodos:** 4.6/5
 - a. Conteúdos relevantes para a minha função: 4.7/5
 - b. Temas coerentes e estruturados 4.5/5
 - c. Métodos adequados aos temas: 4.7/5
 - d. Temas atingiram os objetivos: 4.8/5
- C. **Avaliação global:** 4.6/5
 - a. Duração: 4.5/5
 - b. Expetativas iniciais correspondidas: 4.6/5
 - c. Organização geral: 4.7/5

D - Pontos fortes:

Bom domínio do tema

Tema extremamente relevante e subjacente a toda a prestação de cuidados

Tema pertinente e atual

Esclarecedor

E - Oportunidades de melhoria

Duração superior para explorar melhor

6. Contributo para o desenvolvimento de competências

A realização desta atividade contribuiu para a consecução dos objetivos delineados de promover uma prática de qualidade e baseada em evidência científica, assumindo um papel dinamizador na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua e na pesquisa e partilha de evidência científica, assim como de analisar o trabalho emocional do enfermeiro nos processos de saúde-doença vivenciados pela criança ou jovem e família. A sua realização possibilitou o desenvolvimento de competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, designadamente ao ser facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho, atuando como formadora e favorecendo a aprendizagem dos enfermeiros, após o diagnóstico de necessidades formativas, com posterior avaliação do impacto da formação realizada (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Burch, A. M. (2024). Health promotion of the school-age child and family. Em M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's Nursing care of infants and children* (12^a ed., pp. 463-481). Elsevier.
- Diogo, P. (2023). Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica. Lisbon International Press.
- Holopainen, A., & Hakulinen, T. (2019). New parents' experiences of postpartum depression: a systematic review of qualitative evidence. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17(9), 1731-1769. doi:10.11124/JBISRIR-2017-003909
- Lee, V. Y., Caillaud, C., Fong, J., & Edwards, K. M. (2018). Improving vaccine-related pain, distress or fear in healthy children and adolescents—a systematic search of patient-focused interventions. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 14(1), 2737–2747. doi:<https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1480238>
- McLenon, J., & Rogers, M. A. (2018). The fear of needles: A systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, 75(1), 30-42. doi:<https://doi.org/10.1111/jan.13818>
- Monroe, R. A. (2024). Health promotion of the preschooler and family. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's Nursing care of infants and children* (12 ed., pp. 425-441). Elsevier.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, 4744 - 4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Schwab, K. (2024). Health promotion of the newborn and family. Em M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's nursing care of infants and children* (12^a ed., pp. 197-238). Elsevier.

Smith, P. (2017). *The emotional labour of nursing revisited: Can nurses still care?* (2^a ed.). Bloomsbury Publishing.

Taddio, A., McMurtry, C. M., Logeman, C., Gudzak, V., Boer, A., Constantin, K., . . . Pham, B. (2022). Prevalence of pain and fear as barriers to vaccination in children – Systematic review and meta-analysis. *Vaccine*, 40(52), 7526-7537. doi:<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.10.026>

Watson, J. (2021). *Caring science as sacred science - New revised edition*. Lotus Library Watson Caring Science Institute.

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

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

Unidade Curricular Estágio

**Saúde oral na consulta de saúde infantil e juvenil:
reflexão sobre a intervenção do enfermeiro
especialista**

**Rita Vieira de Barros
Nº7566**

Orientadora: Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo

**Lisboa
Junho de 2023**

O estágio de cuidados de saúde primários foi realizado numa unidade de saúde familiar, onde são realizadas consultas de saúde infantil e juvenil, nas quais é avaliado o crescimento e desenvolvimento da criança, realizada educação para a saúde e promoção da parentalidade, com especial foco nos cuidados antecipatórios, entre outras intervenções (Direção-Geral da Saúde, 2013). No decorrer destas consultas, foi identificada uma situação sobre a qual se considerou ser pertinente a realização de uma reflexão.

Num dos dias de estágio, estava marcada uma consulta de uma criança de dez anos, para a qual o rapaz compareceu acompanhado pela mãe, tendo a consulta decorrido com tranquilidade, visto que o programa de vacinação se encontrava atualizado e não seriam realizados procedimentos dolorosos. O rapaz era aparentemente saudável, frequentava o quarto ano de escolaridade, com bom aproveitamento, tinha amigos, uma alimentação maioritariamente saudável e praticava exercício físico. Porém, verificaram-se alguns problemas a nível da saúde oral, parte integrante da consulta. A criança tinha duas cáries bastante visíveis. Segundo a mãe, já tinham beneficiado de cheque-dentista, cerca de oito meses antes da consulta. Quando lhe foi perguntado acerca dos seus hábitos de higiene oral, o rapaz afirmou que sabia lavar os dentes, tendo admitido que muitas vezes apenas o fazia uma vez por dia, de manhã. Nos dias em que o fazia duas vezes, eram frequentes as ocasiões em que se levantava depois da higiene oral e voltava a comer. Este último detalhe foi partilhado pela mãe, já com algumas lágrimas nos olhos.

A mãe era solteira e cuidava sozinha dos dois filhos, além de ter dois empregos, pelo que afirmou ter dificuldade em verificar o cumprimento da escovagem dos dentes da criança, bem como se este comia após a escovagem. Afirmou já lhe ter explicado muitas vezes a importância destes cuidados, embora sem sucesso. Verbalizou sentir-se muito ansiosa, pois não sabia como lidar com a situação, nem tinha a possibilidade de levar o seu filho mais vezes ao dentista.

A enfermeira, que estava a fazer a consulta, disse que compreendia a dificuldade da mãe e que era capaz de ver o seu esforço e dedicação para cuidar dos filhos. Disse à criança que percebia que ela tivesse preguiça em lavar os dentes, especialmente à noite, porém, se continuasse assim, as cáries continuariam a surgir, precisamente como estava

a acontecer, podendo levar a problemas ainda mais graves. A criança escutou enquanto a enfermeira lhe explicava a importância da escovagem adequada e da utilização da fita dentária. O rapaz afirmou que a mãe o lembrava frequentemente, pelo menos quando estava em casa, e que o próprio sabia a importância da escovagem dos dentes, embora muitas vezes não cumprisse.

Acompanhar a criança e a sua mãe durante este momento e presenciar a sua tristeza fez-me sentir também triste. A mãe afirmou que estava muito preocupada, especialmente após saber que o filho tinha mais cáries, mesmo depois da última ida ao dentista, pelo que iria tentar estar mais atenta, sabendo, ainda assim, que seria extremamente difícil. Senti alguma frustração perante a sensação de, naquele momento, não saber como ajudar a família, pois, aparentemente, a informação que era transmitida à criança, quer pelos profissionais quer pela sua família, não parecia ser suficiente para alterar o comportamento da criança, sendo essencial encontrar estratégias adequadas às circunstâncias específicas daquela família.

Foi extremamente positiva a importância dada pela enfermeira especialista à saúde oral, devendo esta ser parte integrante da consulta de saúde infantil e juvenil, assim como a sua intervenção no âmbito da educação para a saúde, além do apoio a nível emocional prestado à criança e família, por se tratar de uma situação que estava a ser difícil de gerir para ambos. Porém, após o final da consulta, pensei que seria extremamente importante procurar mais informação acerca do tema da saúde oral, além daquela que já detinha, no sentido de poder ter uma intervenção mais eficaz, em situações semelhantes, sendo competência do enfermeiro especialista avaliar a qualidade dos cuidados e utilizar a evidência científica para a sua melhoria (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Assim sendo, a consulta do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil permite constatar que a saúde oral deverá ser avaliada na consulta de saúde infantil e juvenil, em que a dentição é alvo de atenção desde o nascimento do primeiro dente, sendo foco dos cuidados antecipatórios (Direção-Geral da Saúde, 2013). No mesmo documento, é incluído um texto de apoio onde consta que todas as crianças com sete, dez ou 13 anos têm acesso a cheques-dentista ou documentos de referência para consultas, como aconteceu neste caso, sendo estes emitidos pelo centro de saúde. Já em crianças com

oito, nove, 11, 12, 14 e 15 anos, serão entregues cheques no caso de existirem lesões que necessitem de tratamento, tendo em conta que a presença de dentes com cárie é considerada um caso de alto risco.

Além deste documento, existe também o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, cuja finalidade é promover a saúde oral ao longo da vida, por meio da prevenção, do diagnóstico e do tratamento (Direção-Geral da Saúde, 2021). Neste documento consta que os indicadores relacionados com a saúde oral têm vindo a melhorar em Portugal, tendo aumentado o número de crianças livre de cáries e diminuído o índice CPOD (índice de dentes permanentes perdidos, obturados ou cariados) entre 2000 e 2014, tendo também ocorrido, no mesmo período, um aumento do número de crianças e jovens que escovam os dentes duas vezes por dia e ao deitar. Esta melhoria, segundo o mesmo programa, é resultado do aumento das intervenções de educação para a saúde, estratégias de prevenção e acesso aos cuidados preventivos, dando-se destaque aos cheques-dentista, cuja cobertura tem vindo a ser progressivamente alargada, verificando-se, assim, que a intervenção a nível dos cuidados de saúde primários é absolutamente essencial.

O tema da saúde oral no âmbito da saúde infantil e juvenil é de extrema importância, sendo a doença oral um problema de saúde com impacto a nível do crescimento e desenvolvimento da criança, e constituindo a cárie o maior problema de saúde oral, que afeta cerca de 69 a 90% das crianças em idade escolar, em países industrializados (Direção-Geral da Saúde, 2021). Como referido anteriormente, deverá ser uma preocupação desde o início, principalmente a partir do nascimento do primeiro dente decíduo, sendo igualmente fundamental a atenção dada à saúde oral no surgimento da dentição definitiva. O primeiro dente permanente surge pelos seis anos e, pelos 12, a maior parte dos dentes definitivos já se encontra presente, pelo que este processo decorre na criança em idade escolar e é imprescindível que, particularmente nesta altura, seja dada especial atenção ao surgimento de cáries e aos comportamentos de higiene oral da criança, promovendo a criação e consolidação de hábitos saudáveis (Rodgers, 2019). Idealmente, estes hábitos deverão ser instituídos o mais precocemente possível, porém, é também nesta faixa etária que a criança tende a tornar-se mais descuidada com a higiene oral, sendo que, habitualmente, também não se encontra ainda

tão preocupada e, conseqüentemente, motivada para aspetos relacionados com a sua aparência, como acontece no adolescente (Rodgers, 2019).

A saúde oral é parte integrante da saúde da pessoa, pelo que deve ser um dos focos numa abordagem holística do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, sendo indispensável que este tenha em conta os fatores que a irão influenciar, salientando-se, por exemplo, a condição socioeconómica, sendo que as crianças de famílias com menores recursos parecem ter, tendencialmente, piores resultados em termos da sua saúde oral que, por sua vez, geram também maiores despesas para a família (Claibone et al., 2019; Rodgers, 2019; Spurr et al., 2015). Ainda que cada caso seja único, nestas famílias, poderão existir fatores que condicionam negativamente a saúde oral, como piores hábitos alimentares e menor acesso a serviços de saúde e idas regulares ao dentista (Claibone et al., 2019; Spurr et al., 2015). Nomeadamente por este motivo, o enfermeiro, particularmente no contexto de cuidados de saúde primários, encontra-se numa posição única para cuidar da criança e do jovem, neste âmbito, pelo contacto mais frequente que tem com a criança e família (Claibone et al., 2019; Spurr et al., 2015), devendo procurar, de forma sistemática, oportunidades para promover a adoção de comportamentos potenciadores de saúde, pela criança e família (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

A intervenção será, nomeadamente, através da educação para a saúde, relacionada com a técnica de escovagem dos dentes, utilização de fita dentária e alimentação saudável, sendo que o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, em consonância com o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, preconiza pelo menos duas escovagens diárias, uma delas antes de dormir (Direção-Geral da Saúde, 2013; 2021). O enfermeiro especialista deve promover a aprendizagem da criança e a sua progressiva participação no sentido da autonomia (Regulamento n.º 422/2018, 2018), tendo em conta que, pelos oito ou nove anos, a criança já será capaz de escovar os dentes e utilizar a fita dentária de forma autónoma (Rodgers, 2019). O enfermeiro especialista utiliza estratégias para motivar a criança e a família, além de proporcionar conhecimento para que estes desenvolvam competências para gerirem a sua situação de saúde (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Além disso, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral defende ainda que a escovagem também deverá ser promovida em ambiente escolar, com intervenções no sentido da instrução e motivação para boas práticas relacionadas com a higiene oral e a alimentação (Direção-Geral da Saúde, 2021).

Assim sendo, deste tema não é possível dissociar o Programa Nacional de Saúde Escolar, que inclui a saúde oral como um eixo estratégico e uma das suas áreas de intervenção (Direção-Geral da Saúde, 2015). A saúde escolar, segundo este documento, deverá contribuir para melhorar o conhecimento e os comportamentos neste âmbito, incentivando hábitos saudáveis e promovendo a acessibilidade aos cuidados, destacando-se a sua importância em casos de famílias com menos recursos económicos, um fator que, como explorado anteriormente, poderá levar a piores resultados na saúde oral. A equipa de saúde escolar deverá também atuar no sentido de melhorar as competências dos profissionais que trabalham nas escolas, assim como as das famílias das crianças e jovens que as frequentam (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Finalmente, e sabendo que uma boa saúde oral contribui para o bem-estar não só a nível físico, mas também emocional e social (Direção-Geral da Saúde, 2021), é imprescindível abordar a intervenção do enfermeiro neste nível. No caso em análise, a criança e a sua mãe atravessavam uma experiência também ela profundamente emocional, da qual o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica deve estar consciente, devendo adaptar a sua comunicação à criança e família e facilitar a comunicação expressiva de emoções (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Nesta interação, como em outras semelhantes, o enfermeiro faz uma gestão intencional das emoções, centrada em si mesmo, na criança e família e na relação que estabelece com estes, sendo esta designada por trabalho emocional e tendo como finalidade a transformação positiva da experiência emocional potencialmente perturbadora, associada aos processos de saúde-doença (Diogo, 2023). O enfermeiro intervém neste sentido através de cinco categorias de cuidados, que compõem o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica, uma orientação para a prática do enfermeiro em pediatria, sendo estas categorias: promover um ambiente seguro e afetivo, nutrir os cuidados com afeto, facilitar a gestão das emoções dos clientes,

construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional para cuidar (Diogo, 2023).

Diogo (2023) verificou a aplicabilidade deste modelo precisamente no contexto de consulta de saúde infantil e juvenil, constatando-se que, também neste contexto, a criança, o jovem e a família experienciam emocionalidade intensa associada a diversas situações, quer diretamente relacionadas com procedimentos realizados em consulta, como a vacinação, quer relacionadas com outros aspetos como, neste caso, a saúde oral da criança.

Especificamente nesta consulta, verificaram-se algumas características das categorias do modelo (Diogo, 2023), apresentadas de seguida. Verificou-se a promoção de um ambiente seguro e afetuoso através do acolher, expressar afeto e gerar um ambiente familiar, salientando-se, ainda, concluir a consulta sem apressar. A enfermeira nutriu os cuidados com afeto através do sorriso e olhar meigo, além do elogio à mãe pelos cuidados ao seu filho, que se revelou de extrema importância neste caso. Facilitou a gestão das emoções através de uma postura calma e carinhosa, do mostrar disponibilidade e dar reforço positivo, nomeadamente quando a criança e a mãe se mostraram mais fragilizados, e através do fornecimento de explicações e informações. Além disto, a enfermeira construiu a estabilidade na relação através da tomada de decisão partilhada, de dar espaço à função parental e de partilhar informação. Perante a situação, a enfermeira orientadora, assim como eu própria, regulámos a nossa disposição emocional para cuidar através da partilha, entre as duas, dos sentimentos acerca daquela consulta, assim como através da reflexão acerca da situação e da intervenção do enfermeiro.

Em suma, verificou-se que, em Portugal, os indicadores relacionados com a saúde oral têm vindo a melhorar, maioritariamente através da educação para a saúde, de estratégias de prevenção e do alargamento do acesso aos cuidados preventivos, destacando-se, ainda assim, que um número elevado de crianças e jovens são ainda afetados por problemas de saúde oral, designadamente cáries.

Como foi explorado, o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, nomeadamente no contexto de cuidados de saúde primários, tem um contacto privilegiado com a criança e família, podendo este contacto, na consulta de saúde infantil

e juvenil, ser dos poucos aos quais algumas crianças têm acesso, constituindo uma oportunidade fundamental para a promoção da saúde e da instituição de hábitos saudáveis. Além disso, por deter conhecimento acerca do desenvolvimento da criança, conhece as especificidades da faixa etária em concreto, pelo que adapta a sua comunicação e intervenção (Regulamento n.º 422/2018, 2018), neste caso à criança em idade escolar.

Porém, e como também foi analisado, a saúde escolar terá também um papel essencial, pelo que o enfermeiro na consulta não conseguirá lidar de forma isolada com alguns casos potencialmente mais complexos, sendo importante que este seja capaz de, ao identificar este problema, colaborar não só com a família, mas também articular com a equipa de saúde escolar ou com os restantes profissionais das escolas, capacitando-os para serem capazes de apoiar estas crianças e famílias. Esta articulação faz parte da competência do enfermeiro especialista, que estabelece e mantém redes na comunidade, além de trabalhar em parceria com esta, melhorando a acessibilidade aos cuidados, e intervém na saúde escolar (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

A situação não se deve apenas ao conhecimento que a família tem acerca da saúde oral ou da capacidade da criança para escovar os dentes com autonomia, tratando-se concomitantemente de uma situação complexa e potencialmente perturbadora, do ponto de vista emocional, pelo que o enfermeiro especialista deverá também atentar a esta dimensão do cuidar na sua intervenção.

No futuro, perante uma situação semelhante, deverá ser mantida a abordagem utilizada, porém, destaca-se a importância da articulação com a saúde escolar, que não foi realizada na consulta em análise.

A consulta de saúde infantil e juvenil constitui uma oportunidade fulcral para avaliar a saúde da criança e família e para os apoiar e capacitar no sentido do melhor estado de saúde possível. Porém, a intervenção do enfermeiro especialista vai além daquilo que é possível fazer na consulta, pois será indispensável um trabalho realizado em articulação não só com a família, mas também com a comunidade, para que seja possível responder de uma forma global ao universo da criança, tal como consta no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Referências Bibliográficas

- Claibone, D. M., Daniel, S. J., Akpınar-Elci, M., & Bennington, L. (2019). Pediatric Oral Health Practices Among Nurses: A Pilot Study. *Pediatric Nursing*, 45(1), 16-30.
- Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde nº010/2013. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programatipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde nº015/2015. Lisboa: 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 (2021). Programa Nacional De Promoção Da Saúde Oral 2021-2025. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2021-2025-pdf.aspx>
- Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisbon International Press.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Diário da República, 2ª Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, 4744 - 4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Rodgers, C. C. (2019). Health promotion of the school-age child and family. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers, *Wong's Nursing care of infants and children* (11ª ed., pp. 460-494). Elsevier.

Spurr, S., Bally, J., & Ogenchuk, M. (2015). Integrating oral health into pediatric nursing practice: Caring for kids where they live. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 20(2), 105–114. doi:<https://doi.org/10.1111/jspn.12108>

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



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

Unidade Curricular Estágio

Análise Crítica e Reflexiva no Estágio de Observação

**Rita Vieira de Barros
N.º 7566**

Orientadora: Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo

**Lisboa
Julho de 2023**

O presente trabalho foi elaborado no âmbito do estágio de observação em consulta de desenvolvimento, inserido na Unidade Curricular Estágio do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, tendo sido proposta a realização de uma análise crítica e reflexiva acerca de uma intervenção do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica. Após a conclusão deste estágio, uma das intervenções da enfermeira orientadora destacou-se, tendo sido eleita a realização de sessões de capacitação parental como alvo deste trabalho.

Neste contexto de estágio são realizadas consultas a crianças e jovens com perturbações do neurodesenvolvimento ou nas quais se identificou um risco. Nas consultas, é realizada a avaliação do desenvolvimento infantil pelo enfermeiro especialista, sendo que este tem conhecimento sobre o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem e faz a sua avaliação, além de identificar incapacidades e necessidades especiais (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Consoante esta avaliação, em conjunto com toda a observação, são desenhadas e colocadas em prática intervenções de enfermagem que dão resposta às necessidades da criança, do jovem e da família, no sentido da maximização da sua saúde e do potencial de desenvolvimento (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Neste local de estágio, são realizadas, frequentemente, sessões de capacitação parental direcionadas às famílias de crianças com necessidade de intervenção precoce, no seguimento de ter sido verificado pela equipa que existia alguma demora na resposta dada por outros locais, após a referenciação. De modo a facilitar a análise, foi escolhido um caso específico.

Neste caso, a enfermeira especialista recebeu na consulta uma criança de 2 anos e meio e a sua mãe, sendo que tinham sido identificados, na consulta dos 18 meses, no centro de saúde, alguns sinais de alarme, como a falta de interesse no que a rodeia e o não responder quando era chamada, constando estes sinais, entre outros, na escala *Mary Sheridan* Modificada e estando contemplados no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Direção-Geral da Saúde, 2013). Aos 18 meses, é possível ser aplicado o questionário M-CHAT, (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*), uma ferramenta de rastreio utilizada entre os 18 e os 24 meses, devendo as crianças cujos resultados sejam

preocupantes ser alvo de uma avaliação do desenvolvimento por um profissional especializado (Bryant, 2018; Direção-Geral da Saúde, 2013).

A família obteve o diagnóstico de perturbação do espectro do autismo, na qual se verificam alterações, nomeadamente a nível da interação social, da comunicação e do comportamento, podendo as manifestações ser moderadas ou severas, sendo categorizadas em três níveis, dos quais o terceiro é aquele que exige maior apoio (Bryant, 2018). A nível mundial, parece ter ocorrido um aumento da prevalência deste diagnóstico, porém, este pode estar relacionado com uma maior consciencialização, sendo esta fulcral, visto que uma deteção e intervenção precoces podem levar a melhores resultados (Bryant, 2018).

Neste processo, tendo-se verificado que a criança cumpria os critérios, foi realizada a referenciação ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). Este sistema tem como objetivo assegurar condições para o desenvolvimento de crianças entre os zero e os seis anos de idade que apresentam alterações a nível funcional ou estrutural que as impeçam de desenvolver uma participação plena nas atividades típicas da sua idade e do seu contexto, ou com risco de atraso do desenvolvimento, através de um conjunto de medidas centradas na criança e família (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009). A intervenção é centrada na família não pela intervenção em si, mas pela forma como esta é posta em prática, sendo que qualquer intervenção pode ser centrada na família, desde que a reconheça como um elemento fundamental na vida da criança e que promova as suas forças e capacidades, partindo do princípio de que esta deve ser apoiada no seu contexto (Brandão et al., 2016). Sabe-se, atualmente, que é fundamental que a intervenção seja centrada na família e no contexto em que esta vive, além de multidisciplinar, sistémica e ecológica, dada a complexidade dos problemas de saúde que afetam a criança com necessidades especiais e a sua família (Augusto et al., 2020).

Porém, nem sempre a resposta dada pelo sistema é célere, apesar da importância da intervenção ser, efetivamente, precoce, pelo que, muitas vezes, as crianças e famílias se encontram com pouco ou até mesmo nenhum apoio, podendo não saber como gerir a situação.

Esta criança e a sua mãe, recebidas na consulta pela enfermeira especialista, encontravam-se precisamente nesta situação e, tendo o enfermeiro especialista em

saúde infantil e pediátrica a competência de gerir a resposta dada à criança com necessidade de intervenção precoce (Regulamento n.º 422/2018, 2018), foi proposto à mãe que comparecesse às sessões de capacitação parental realizadas pelas enfermeiras, ambas especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Capacitar consiste na criação de oportunidades para que o indivíduo, neste caso a família, possa adquirir competências (Brandão et al., 2016), sendo que alguma evidência aponta para a importância de intervenções realizadas pelos pais, devidamente capacitados para tal, nestes casos (Bryant, 2018). Sabendo que a aprendizagem será melhor se for desenvolvida com pessoas familiares e que a relação que a criança estabelece com os pais é, habitualmente, a mais significativa, estes terão maior influência, pelo que a intervenção com os pais de modo a capacitá-los para promoverem o desenvolvimento dos seus filhos será de extrema importância, além da intervenção direta do profissional com a criança (Brandão et al., 2016). Além disto, desta forma, o tempo que a criança está envolvida em oportunidades de aprendizagem será francamente maior (Brandão et al., 2016).

O enfermeiro especialista é aquele que, considerando a influência da família no crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, tem a família como alvo da sua intervenção e adota a filosofia dos cuidados centrados na família, devendo dotá-las de competências para serem capazes de gerir os cuidados prestados aos seus filhos e, idealmente, para que sejam autónomos neste âmbito (Ordem dos Enfermeiros, 2017). O empoderamento será o maior objetivo da intervenção, consistindo na promoção do sentido de controlo e domínio da família sobre o seu próprio funcionamento, através da promoção da capacidade para satisfazer as suas necessidades (Brandão et al., 2016).

A deteção e referenciação é fulcral, mas é também um dever do profissional prestar apoio a estas crianças e famílias, nomeadamente através da promoção do aumento de conhecimento e motivação no sentido do desenvolvimento do exercício da parentalidade, reduzindo a desigualdade no acesso aos serviços (Direção-Geral da Saúde, 2013), pois, nestas situações em que a intervenção precoce é tão importante, muitas famílias não têm a possibilidade de recorrer ao sistema privado quando a resposta é mais demorada.

Estas sessões de capacitação, elaboradas pela equipa de enfermagem com base na pesquisa da evidência científica, nomeadamente acerca da perturbação do espectro do autismo, neste caso, foram realizadas semanalmente, sendo agendadas conforme a disponibilidade da família. Nas sessões, é transmitido conhecimento aos pais acerca do diagnóstico, assim como estratégias para, principalmente através do brincar, intervir junto da criança.

Na intervenção precoce, é atribuído um papel central às rotinas da família, no seu ambiente, recorrendo-se à análise do dia-a-dia da criança e das suas rotinas, como o banho e a alimentação, nos seus contextos, como escola e casa, para a aprendizagem e consequente promoção do desenvolvimento (Augusto et al., 2020). Sabe-se que o contexto natural da criança oferece muitas oportunidades para a sua aprendizagem e o seu desenvolvimento, sendo as intervenções mais eficazes nestes contextos, havendo também um foco nos recursos informais, como os amigos, além dos formais (Brandão et al., 2016).

Nestas sessões, era utilizada precisamente esta abordagem, sendo que, a título de exemplo, foi explicado à mãe como brincar com uma boneca e uma escova, começando por explicar à criança que a escova servia para pentear o cabelo e, posteriormente, pentear o cabelo à criança, seguido de incentivar a criança a alternar: pentear-lhe o cabelo, ela pentear o cabelo à mãe, e, finalmente, incentivar a criança a fingir que a boneca era “real” e pentear o cabelo à boneca. Mais à frente, foi explicado à mãe que o passo seguinte seria a criança utilizar um outro objeto, que não a escova, para “fingir” que penteava o cabelo. Nesta sessão, eram dados outros exemplos de tarefas e rotinas que poderiam ser utilizadas, sendo que a mãe partilhava quais é que a criança já dominava, assim como as áreas em que era necessário maior investimento. De facto, na intervenção da enfermeira especialista, revelou-se fundamental a abordagem sustentada nos pontos fortes da criança e família, na qual se identificam as forças, de modo a desenvolvê-las, não ignorando, ainda assim, os problemas (Augusto et al., 2020). Esta abordagem parte do pressuposto que qualquer família tem as suas forças, que devem ser sustentadas pelos recursos e apoios necessários, sendo o profissional de saúde aquele que permite à família atingir o seu potencial e aumenta o seu sentimento de autoeficácia, não existindo um foco nos pontos mais fracos e na sua correção (Brandão et al., 2016).

Esta intervenção é realizada pelo enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, que, ao avaliar os conhecimentos e comportamentos da criança ou do jovem e da família, tem como competências facilitar a gestão dos processos de saúde-doença, por meio da capacitação, através do conhecimento e aprendizagem, e da facilitação destas aquisições, uma vez que procura ativamente oportunidades para trabalhar com o cliente e a família, visando a adoção de comportamentos de saúde e transmitindo orientações antecipatórias no sentido de maximizar o potencial de desenvolvimento (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

O resultado da intervenção foi avaliado cada vez que a mãe, sozinha ou acompanhada pela criança, comparecia à consulta seguinte, altura em que era realizada nova apreciação da criança e dos seus progressos, antes de se avançar para o tema da próxima sessão. Foi reavaliado se a intervenção tinha sido bem-sucedida, por exemplo, se a criança tinha sido capaz de cumprir os objetivos definidos, ou se, por outro lado, existia a necessidade de continuar a tentar ou adotar outra abordagem. Esta avaliação realizou-se, principalmente, a partir da informação transmitida pela mãe, acerca da sua perceção, assim como a partir da informação transmitida pela creche que a criança frequentava, sendo também realizada pela enfermeira, quando a criança estava presente na consulta.

Referências Bibliográficas

- Augusto, C., Rosário, R., Silva, M., Araújo, B., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Crianças com necessidades especiais. In A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 248-263). Lidel.
- Brandão, M. T., Brito, A., Pimentel, J. S., & Almeida, I. C. (2016). *Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância: Um guia para profissionais*. Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce. Obtido de <https://www.anip.pt/guia-ebook/>
- Bryant, R. (2018). Impact of cognitive or sensory impairment on the child and family. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. Rodgers, *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (11ª ed., pp. 632-657). Elsevier.
- Decreto-Lei n.º 281/2009 (2009). Cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. Ministério da Saúde. Diário da República, I Série (N.º 139 de 06-10-2009), 7298-7301. ELL: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/281/2009/10/06/p/dre/pt/html>
- Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde nº010/2013. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programatipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Diário da República, 2ª Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194

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

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

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
CIDNUR Centro de Investigação em Enfermagem da Universidade Nova de Lisboa
Watson Caring Science Institute Latino-América

Emocionalidade na unidade de cuidados intensivos neonatais: Experiências das famílias e dos enfermeiros

Barros, Rita, RN CHLO, MSc stud, ESEL; Fanha, Sara, RN HVFX EPE, MSc stud, ESEL; Lemos, Mónica, RN CHLC, MSc stud, ESEL; Santos, Catarina, RN CHLC, MSc stud, ESEL

Introdução

A neonatologia é um contexto no qual tanto os pais como os enfermeiros experienciam **emoções profundas e complexas** (Barr, 2018; Petty et al., 2019). Assim, torna-se imperativo promover a reflexão ponderada e contínua acerca das práticas profissionais, com o intuito de as otimizar e aperfeiçoar.


Objetivos


Refletir sobre a emocionalidade vivenciada pelos pais e enfermeiros numa unidade de neonatologia, à luz da teoria de **Jean Watson**.

Metodologia

Reflexão sobre a ação, que permite ao enfermeiro uma análise crítica das suas competências e conhecimentos. Este processo de reflexão é fundamental para a adaptação e aprimoramento constantes na prestação de cuidados (Schön, 1983).

Resultados

Pais

Fonte: Microsoft 365
Emoções intensas e contraditórias: incerteza, impotência, frustração, ansiedade, depressão (Medina et al., 2018; Petty et al., 2019).

Enfermeiros

Fonte: Microsoft 365
Stress e exaustão emocional pela exposição ao sofrimento e à morte (Barr, 2018).

Clinical Caritas
Abertura do enfermeiro a questões espirituais, assim como à necessidade de estabelecer uma conexão genuína com o cliente, promovendo a empatia e o respeito e desenvolvendo uma consciência mais profunda das emoções (Watson, 2021).

Relação transpessoal
Promotora de uma maior sensação de controlo e bem-estar emocional (Watson, 2021). O autocuidado do enfermeiro é essencial, possibilitando uma gestão emocional, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados (Watson, 2021).

Conclusão

Em neonatologia, tanto os pais como os enfermeiros experienciam **emocionalidade intensa**, sendo que reconhecer estas experiências é essencial para proporcionar o apoio adequado. O autocuidado e o apoio emocional para os profissionais devem ser promovidos pelos próprios e pelas instituições, visando garantir cuidados seguros e de qualidade.

Referências bibliográficas

- Barr, P. (2018). The five-factor model of personality, work stress and professional quality of life in neonatal intensive care unit nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 74(6), 1349–1358. <https://doi.org/10.1111/jan.13543>
- Medina, I. F., Granero-Molina, J., Fernández-Solis, C., Hernández-Padilla, J. M., Avila, M. C., & Rodríguez, M. L. (2018). Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers. *Women and Birth*, 31(4), 325–330. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.11.008>
- Petty, J., Jarvis, J., & Thomas, R. (2019). Understanding parents' emotional experiences for neonatal education: A narrative, interpretive approach. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9-10), 1911–1924. <https://doi.org/10.1111/jocn.14807>
- Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How professionals think in action*. Basic Books
- Watson, J. (2021). *Caring Science as sacred science*. Boulder: Lotus Library.

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

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

Unidade Curricular Estágio com relatório

**Estudo de caso: Recém-nascido com encefalopatia
hipóxico-isquêmica**

Rita Vieira de Barros
Nº7566

Orientadora: Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo

Lisboa
Outubro de 2023

1. Introdução

O presente trabalho foi realizado no âmbito do estágio na unidade de neonatologia, inserido no 3.º semestre do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, mais concretamente na Unidade Curricular Estágio com Relatório.

O trabalho consiste num estudo de caso elaborado com base num caso que ocorreu no estágio, tendo sido selecionada a situação de uma criança que foi submetida a hipotermia induzida, por um quadro de encefalopatia hipóxico-isquémica na sequência de prolapso do cordão. Este trabalho constitui uma das atividades de estágio, realizada para dar resposta ao objetivo específico de identificar, analisar e colaborar nas intervenções do enfermeiro especialista, adequadas às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança ou do jovem e da família e em situações de especial complexidade para a maximização da sua saúde, e contribuindo para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Após a introdução, consta a história de enfermagem, atual e anterior, e avaliação, seguida da fundamentação teórica relativa ao caso, plano de cuidados, discussão, conclusão e, finalmente, referências bibliográficas, realizadas de acordo com as normas de referência APA 7.ª edição. O plano de cuidados foi efetuado com recurso à taxonomia CIPE 2.0. O trabalho foi executado segundo as normas de elaboração de trabalhos escritos da ESEL.

2. História de enfermagem

2.1. Identificação do cliente e antecedentes de saúde

Recém-nascido B., nascido a catorze de setembro, através de cesariana emergente, em contexto de prolapso do cordão. A mãe tinha 24 anos, era uma segunda gestação e o segundo filho, e uma gestação de 40 semanas vigiada. Foi transportada para o hospital em contexto de prolapso do cordão, tendo-se verificado, à chegada do INEM, que este não pulsava. A criança nasceu com 3169g, verificou-se que o líquido amniótico era meconial. Índice de Apgar 0/0/0, nasceu hipotónico, pálido e não reativo. Foram realizadas manobras de reanimação, entubação endotraqueal e administração de adrenalina, com primeiro batimento cardíaco aos 12 minutos de vida.

A criança foi transferida para a neonatologia ventilada invasivamente. Na unidade, verificou-se que o recém-nascido não se encontrava ativo nem reativo a estímulos, estava pálido, hipotónico e, alguns minutos mais tarde, apresentava movimentos rítmicos dos membros superiores. Tendo-se verificado a presença de convulsões, foi administrado fenobarbital. Foram realizadas colheitas sanguíneas, tendo-se verificado na gasimetria uma acidose metabólica grave e hiperglicemia.

Tendo-se verificado o quadro de encefalopatia hipoxico-isquémica e que cumpria critérios para realização de hipotermia induzida, a equipa médica contactou o centro especializado e foi dado início ao processo de hipotermia passiva, tendo a criança sido transferida com temperatura de 33,8°C. Foram realizadas medidas de suporte de vida, que incluem ventilação, neste caso invasiva, monitorização cardiorrespiratória, manutenção do aporte hídrico e administração de medicação para sedação e tratamento da convulsão. Além disso, foram colocados acessos vasculares, centrais e periféricos.

O pai visitou o recém-nascido na unidade, tendo sido informado pela equipa acerca da situação atual da criança e da sua transferência para outro hospital para a realização de hipotermia induzida. O pai permaneceu junto da criança até à transferência, e foi incentivado a tocar-lhe e a tirar fotografias, nomeadamente para mostrar à mãe

quando esta acordasse da anestesia. O pai acompanhou, posteriormente, a criança até ao hospital para onde foi transferida.

A criança completou três dias de hipotermia induzida, em contexto de encefalopatia hipoxico-isquémica grave. Ao terceiro dia, foi realizada uma ressonância magnética, onde se constatou o compromisso de múltiplas estruturas. A realização de eletroencefalogramas ao longo do internamento permitiu constatar atividade cerebral anómala e desorganizada, com ausência de reatividade. Previamente à transferência para o hospital de origem, foi observado pela neuropediatria, que confirmou o quadro apresentado e determinou que a evolução seria desfavorável, tratando-se de uma lesão muito grave e com mau prognóstico. Além disto, verificava-se a ausência de drive respiratória, tendo a criança sido transferida ventilada invasivamente. Constatou-se também lesão renal.

2.2. História atual de saúde e exame objetivo

No décimo quarto dia de vida, a criança foi transferida novamente para o hospital onde nasceu, tendo já concluído o tratamento. Os pais estavam presentes diariamente durante o internamento da criança, permanecendo com ela e sendo envolvidos nos cuidados.

Relativamente ao exame objetivo, a criança não se encontrava ativa ou reativa a estímulos, com tónus diminuído. Estava normocardica (cerca de 140 batimentos cardíacos por minuto) e eupneica (35 ciclos ventilatórios por minuto, sendo este valor o programado no ventilador), com saturação periférica de oxigénio de 100%. Estava apirética, 36,7°C, estando a temperatura da incubadora programada para os 27°C.

A pele da criança estava rosada, limpa e hidratada, sem perda de integridade. A cabeça era redonda e a fontanela normotensa. A face era simétrica, os pavilhões auriculares bem implantados e simétricos. Tinha sonda nasogástrica a nível 22, através da qual era alimentada em exclusivo, com 60 mililitros de leite adaptado. O tórax tinha o formato de barril, com expansão simétrica e regular. Não apresentava alterações no tórax posterior. O abdómen era simétrico, ligeiramente distendido, mas depressível. A cintura

pélvica era simétrica, bem como a região nadegueira. Não tinha alterações a nível genital. Tinha micções frequentes e sem alterações, assim como dejeções com regularidade, que também não apresentavam alterações. Os membros superiores e inferiores eram simétricos, tinha cinco dedos em cada mão e em cada pé.

Relativamente à família, os pais eram informados acerca do estado atual da criança e eram-lhes explicados os detalhes que não compreendiam. Foi realizada uma reunião com a família, estando presentes elementos da equipa de enfermagem e equipa médica, no sentido de determinar o plano para a criança. Tendo-se verificado que implementar medidas de prolongamento da vida seria fútil, seriam privilegiadas as medidas de conforto. Os pais afirmaram compreender a situação e estar de acordo.

Neste seguimento, no vigésimo quarto dia de vida, a criança faleceu no colo dos pais, que manifestaram querer estar presentes neste momento. Os pais estavam acompanhados por um elemento da equipa de enfermagem e um elemento da equipa médica, com quem já estavam familiarizados e com quem tinham estabelecido uma relação terapêutica, que lhes prestaram apoio. Os pais permaneceram com a criança durante algum tempo após o seu falecimento. Posteriormente, voltaram a colocá-la na incubadora, despediram-se da equipa e ausentaram-se ambos do serviço.

3. Fundamentação teórica

3.1. Recém-nascido de alto risco na neonatologia

No âmbito do tema deste trabalho, serão aprofundados os temas do recém-nascido de alto risco na neonatologia, no presente subcapítulo, a ocorrência de encefalopatia hipoxico-isquêmica e o tratamento através da hipotermia induzida, assim como os cuidados paliativos neonatais, nos subcapítulos seguintes.

O recém-nascido de alto risco é aquele que, pelas suas circunstâncias específicas, apresenta morbidade e mortalidade superior à da média, verificando-se estas especificidades desde as 24 semanas de idade gestacional até aos 28 dias de vida, podendo estar relacionadas com prematuridade, dificuldade respiratória, processos infecciosos, entre outros (Behr, 2024). Estas crianças têm uma vulnerabilidade acrescida, resultante dos motivos que as levam a ser internadas, assim como das consequências desse mesmo internamento, apresentando necessidades específicas, nomeadamente a nível do desenvolvimento, e que vão além do problema de saúde (Coughlin, 2021). A família do recém-nascido é também um interveniente fundamental, sendo os Cuidados Centrados na Família essenciais na unidade de cuidados intensivos neonatais, com foco em preservar a integridade da família e assegurar o desenvolvimento da vinculação e do papel parental, através do respeito pela família e pela sua dignidade, da transmissão de informação, do incentivo à presença dos pais e à sua participação, e da colaboração com estes (Coughlin, 2021).

O internamento na neonatologia implica uma separação abrupta e, sendo que cada unidade tem as suas especificidades, por vezes, pode ser necessário transferir a criança para outro hospital, após a sua estabilização, pelo que a separação entre a criança e os seus pais é ainda maior e pode mesmo implicar a instituição de um tratamento que envolve vários equipamentos potencialmente perturbadores e intimidantes para a família, sendo fonte de grande angústia para esta, com implicações a nível da vinculação (Behr, 2024).

Assim, é crítica a abordagem aos cuidados prestados à criança e família na neonatologia, considerando a vulnerabilidade da pessoa cuidada, particularmente

inegável quando esta é um recém-nascido gravemente doente e a sua família (Coughlin, 2021). Jean Watson defende uma abordagem que considera a experiência emocional da pessoa, associada ao conhecimento e método científico, não passando somente por uma ação isolada sustentada apenas em diagnósticos médicos, mas envolvendo um comportamento de dar e receber vida (Coughlin, 2021; Watson, 2021). De facto, a dimensão emocional do cuidar tem particular importância em pediatria, não podendo ser desconsiderada na prestação de cuidados de enfermagem holísticos, sendo ainda mais fundamental em casos nos quais o peso dos equipamentos e procedimentos técnicos necessários para a manutenção da vida é maior (Diogo, 2023). Sabendo que a família com o seu filho internado na neonatologia experiencia situações emocionalmente perturbadoras, o enfermeiro transforma estas experiências através do trabalho emocional em enfermagem pediátrica, mais concretamente ao "(...) Promover um ambiente seguro e afetuoso; Nutrir os cuidados com afeto; Facilitar a gestão das emoções do cliente; Construir a estabilidade na relação; e Regular a (própria) disposição emocional para cuidar (...)" (Diogo, 2023, p. 24).

3.2. Encefalopatia hipoxico-isquémica e hipotermia induzida

No caso em análise, a criança deu entrada na unidade por um quadro de coma e convulsões que caracterizam a encefalopatia hipoxico-isquémica, uma lesão que pode resultar em disfunção orgânica, compromisso neurológico ou mesmo em morte, derivada de processos sucessivos de hipoxia, isquémia, reperfusão e inflamação, habitualmente associado a asfixia antes, durante ou após o parto (Behr, 2024; Ditzenberger & Blackburn, 2019; Graça, et al., 2022). Nesta situação, surgiu associada a um caso de prolapso do cordão, que ocorre quando o cordão fica comprimido por baixo do feto, resultando em hipoxia fetal, quando se trata de uma compressão por mais de cinco minutos, constituindo uma emergência que exige reconhecimento e intervenção céleres (Cashion, 2014).

A lesão ocorre na sequência da diminuição do fluxo cerebral, da pressão arterial e do aporte de oxigénio e glucose, seguidos de, quando ocorre a reperfusão e a reoxigenação, sangramento, acumulação de radicais livres e morte neuronal, bem como

edema (Behr, 2024; Ditzenberger & Blackburn, 2019). Poderá existir também compromisso de outros órgãos, como o fígado e os rins, e as restantes manifestações podem ser variadas, incluindo alteração do estado de consciência, convulsões e alteração do tónus, a curto prazo, bem como défices cognitivos e paralisia cerebral, a longo prazo (Behr, 2024; Ditzenberger & Blackburn, 2019). A gravidade da lesão é classificada em três estadios, sendo o terceiro o mais grave, que inclui hipotonia, convulsões e coma (Ditzenberger & Blackburn, 2019). As convulsões têm como causa mais comum a encefalopatia hipoxico-isquémica secundária à asfixia perinatal, sendo um sinal importante deste processo de doença (Behr, 2024).

Como explicitado, a lesão que ocorre não se limita ao momento do insulto, sendo que a lesão secundária ocorre posteriormente, durante horas ou mesmo dias, verificando-se a existência de uma oportunidade para a intervenção no sentido de prevenir a morte e outras sequelas, sendo a hipotermia induzida, atualmente, o tratamento de eleição para casos moderados a severos (Ditzenberger & Blackburn, 2019; Graça, et al., 2022). Constitui uma técnica considerada segura e eficaz, que atua através da diminuição do metabolismo e edema cerebrais e da pressão intracraniana, assim como através da inibição da apoptose, alcançados por meio da redução da temperatura corporal, cujo alvo é 33,5°C (Graça, et al., 2022).

O recém-nascido precisa de cumprir alguns critérios para ser incluído, sendo estes: idade gestacional superior a 36 semanas, presença de acidose grave, ausência de malformações major, menos de seis horas de vida quando é feito o contacto com o centro especializado, caso não tenha nascido num destes, e ausência de necessidade de cirurgia nos primeiros três dias de vida, sendo também excluídos casos de restrição de crescimento intrauterino (Graça et al., 2022). Além destes critérios, é igualmente essencial a existência de consentimento informado por parte dos pais, bem como a transmissão de informação e apoio prestados à família, que deve ser incluída tanto quanto possível (Ditzenberger & Blackburn, 2019; Graça et al., 2022).

Nestes casos, em que o recém-nascido tem de ser transportado para outro hospital, devem ser garantidas as medidas de suporte de vida, além da gestão de possíveis convulsões e controlo de dor e desconforto (Graça et al., 2022). Até à chegada ao centro especializado, devem ser mantidas apenas medidas de hipotermia passiva, em

que a temperatura alvo se situa entre os 33 e os 34°C, sendo este o intervalo neuroprotetor seguro e que deve ser monitorizado, idealmente, continuamente por via retal (Ditzenberger & Blackburn, 2019; Graça et al., 2022). Ainda antes da transferência, deverão ser colocados acessos centrais e pelo menos um acesso periférico, cuja colocação se tornará mais difícil posteriormente, além da algaliação do recém-nascido (Graça et al., 2022).

A hipotermia é mantida durante 72 horas, após as quais é efetuado um aquecimento gradual, sendo que é também ao terceiro dia que é realizada uma ressonância magnética, além de serem realizados eletroencefalogramas ao longo do internamento (Graça et al., 2022).

No acompanhamento do seu filho durante este processo, os pais vivenciam uma grande diversidade de emoções, sendo uma experiência marcada pela vivência de um parto potencialmente traumático, e pela preocupação e ansiedade durante o internamento, pelo que a abordagem adotada pelos profissionais de saúde, que deve ser sustentada nos Cuidados Centrados na Família, constitui, também, uma componente essencial do tratamento com hipotermia induzida (Bäcke et al., 2021; Nassef et al., 2020). A participação parental é condicionada pelo tratamento, sendo importante o apoio emocional e a transmissão de informação aos pais, bem como o encorajamento para estarem presentes e participarem nos cuidados ao seu filho (Bäcke et al., 2021).

A experiência emocional vivenciada pelos pais é marcada pela incerteza relativamente ao prognóstico (Nassef et al., 2020), que é extremamente variável, dado que, após a conclusão do tratamento, se pode verificar a ausência de sequelas, algumas alterações neurológicas ou a morte (Ditzenberger & Blackburn, 2019).

Assim, o momento de reaquecimento da criança representa um marco importante para os pais, marcado por expectativas (Nassef et al., 2020), porém, como apresentado na secção da história clínica deste trabalho, tratava-se de um caso grave e, após a conclusão do tratamento, verificou-se que a evolução seria desfavorável e existia uma lesão muito grave e com mau prognóstico.

3.3. Cuidados paliativos

A morte é uma possibilidade real para alguns dos recém-nascidos internados na neonatologia, e a própria passagem pela unidade previamente ao falecimento da criança pode ter sido marcada por situações desagradáveis e perturbadoras para a família (Behr, 2024). Os pais devem estar informados e ser incluídos e, quando a morte é a resolução esperada, é importante que estes sejam preparados e envolvidos nas conversas relacionadas com o caso do seu filho e com a tomada de decisão em final de vida (Behr, 2024; Hesselgrave & Santucci, 2024). Estas conversas serão potencialmente marcadas por grande sofrimento e stress, por parte da família, sendo habitual que exista um misto de emoções, que o enfermeiro deve ajudar a reconhecer como normais e apoiar a família consoante as suas necessidades (Hesselgrave & Santucci, 2024).

Estas conversas devem surgir o mais precocemente possível, ser realizadas pela equipa multiprofissional e ser pautadas pelo bom senso, pela sensibilidade e pelo respeito, devendo ser elaborado um plano individualizado no sentido de promover o bem-estar da criança e da família, com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas (Mendes & Silva, 2013). Os cuidados paliativos envolvem uma abordagem focada na prevenção da dor e do sofrimento, além da promoção do bem-estar da criança e da família, não tendo como objetivo antecipar a morte, sendo que estas medidas não devem ser adotadas apenas no final da vida, mas ao longo de todo o processo, em situações nas quais existe uma doença que ameaça ou limita a vida e na qual a cura não é possível (Hesselgrave & Santucci, 2024). O consenso em cuidados paliativos neonatais e em fim de vida da Sociedade Portuguesa de Neonatologia apresenta critérios para o início de cuidados paliativos, sendo os casos de encefalopatia hipoxico-isquémica grave e com mau prognóstico um dos exemplos que consta no documento (Mendes & Silva, 2013).

Na discussão acerca do plano para a criança e família, caso as circunstâncias o determinem, deve ser considerada a possibilidade de desligar o ventilador, sendo esta uma decisão da equipa, em conjunto com a família (Mendes & Silva, 2013). A decisão de suspensão de medidas que causam desconforto e prolongam o sofrimento da criança, a par da implementação de medidas para aumento do conforto, é aceitável em casos nos

quais o prognóstico é mau e a morte esperada (Hesselgrave & Santucci, 2024). No caso de ser tomada esta decisão, os pais devem ser preparados para o que poderá acontecer, além de, previamente, lhes dever ser dada a hipótese de permanecerem com a criança e realizarem rituais significativos (Mendes & Silva, 2013). Os pais poderão ou não querer estar presentes no momento, e as suas emoções quando a criança falece podem ser diversas, devendo estes ser acompanhados por elementos da equipa, nomeadamente o enfermeiro e o médico, com os quais tenham estabelecido uma relação terapêutica, embora também lhes deva ser dada a hipótese de permanecerem algum tempo sozinhos com a criança (Behr, 2024; Hesselgrave & Santucci, 2024). A separação final entre os pais e a criança poderá também constituir um momento extremamente emocional, no qual o enfermeiro deverá apoiar a família, assim como garantir que estes terão suporte daí em diante (Hesselgrave & Santucci, 2024). Nestes momentos, em algumas neonatologias, é também entregue aos pais um conjunto de memórias do seu filho, como um álbum de fotografias, sendo estes objetos considerados muito importantes pela família (Behr, 2024). Sabendo que o luto é um processo altamente individual, o enfermeiro intervém no sentido de facilitar este processo, através da compreensão, da conversa com a família, da avaliação das necessidades desta e do apoio dos seus esforços para lidar com a situação (Hesselgrave & Santucci, 2024).

O enfermeiro, ao acompanhar estes casos e outros semelhantes, experiencia também sofrimento, sendo importante que este possa demonstrar as suas emoções, sentir que estas são legítimas, e que pode apoiar-se na sua equipa, o que contribui para regular a sua disposição emocional para cuidar (Diogo, 2023; Behr, 2024).

4. Plano de Cuidados

O seguinte plano de cuidados foi elaborado com recurso à taxonomia CIPE versão 2015, no décimo oitavo dia de vida da criança e a sua avaliação foi realizada no vigésimo dia de vida.

| Diagnóstico de enfermagem: Conforto comprometido | |
|--|---|
| Resultados esperados | Intervenções de enfermagem |
| Que o B. demonstre conforto melhorado. | Avaliar conforto Avaliar dor (escala EDIN) de 3/3h Dar banho de 2/2 dias Gerir ambiente Posicionar de 3/3h Trocar a fralda de 3/3h |
| Avaliação: À data da avaliação, B. encontrava-se aparentemente com conforto melhorado e com dor 0 segundo a escala de EDIN. | |

| Diagnóstico de enfermagem: Risco de ingestão nutricional comprometida | |
|---|--|
| Resultados esperados | Intervenções de enfermagem |
| Que B. demonstre progressão de peso corporal adequada. Que B. demonstre ingestão nutricional adequada. | Avaliar a ingestão nutricional Monitorizar o peso corporal diariamente Alimentar através de sonda nasogástrica (60ml de leite adaptado de 3/3h) Otimizar a sonda nasogástrica Monitorizar conteúdo gástrico de 3/3h Monitorizar o débito urinário de 3/3h |
| Avaliação: à data de avaliação, B. apresentava progressão de peso adequada, tendo 3673g, correspondente a um aumento de cerca de 16% do peso de nascimento. B. apresentava uma ingestão nutricional adequada, verificando-se que tolerava a quantidade de leite administrado de 3 em 3 horas. | |

| Diagnóstico de enfermagem: risco de úlcera por pressão | |
|---|--|
| Resultados esperados | Intervenções de enfermagem |
| Que B. demonstre ausência de úlcera por pressão e ausência de compromisso da integridade cutânea. | <p>Monitorizar risco de úlcera por pressão, através da escala de NRSAS, diariamente</p> <p>Aplicar creme</p> <p>Vigiar a pele e sinais de úlcera por pressão</p> <p>Aplicar dispositivos de prevenção de úlcera por pressão</p> <p>Aliviar zona de pressão através de dispositivos de posicionamento de 3/3h</p> |
| Avaliação: à data da avaliação, B. não apresentava compromisso da integridade cutânea. | |

| Diagnóstico de enfermagem: papel parental comprometido | |
|---|---|
| Resultados esperados | Intervenções de enfermagem |
| Que os pais apresentem um desempenho do papel parental efetivo. | <p>Avaliar papel parental</p> <p>Incentivar desempenho do papel parental</p> <p>Informar para o papel parental</p> <p>Promover o papel parental</p> |
| Avaliação: Os pais de B., à data da avaliação, apresentavam um desempenho efetivo do papel parental, durante o internamento. Estavam presentes todos os dias e prestavam cuidados à criança, incluindo trocar a fralda, posicionar, dar banho e dar colo. Contactavam o serviço quando não estavam presentes, e eram informados acerca do estado do seu filho. Participavam nas conversas acerca do estado da criança e do plano de cuidados para esta. No sentido desta avaliação, foi também levantado o último diagnóstico presente neste plano de cuidados: processo de luto comprometido. | |

| Diagnóstico de enfermagem: vinculação comprometida | |
|---|---|
| Resultados esperados | Intervenções de enfermagem |
| Que B. e os pais progridam para vinculação melhorada ou efetiva. | <p>Avaliar comportamentos de vinculação</p> <p>Ensinar a mãe e o pai sobre vinculação</p> <p>Envolver a mãe e o pai nos cuidados</p> <p>Estimular a presença da mãe e do pai</p> <p>Incentivar a ligação pais-filho</p> |
| <p>Avaliação: Os pais apresentavam vinculação melhorada, à data da avaliação, sendo que estavam presentes diariamente no internamento, prestavam cuidados à criança e demonstravam uma ligação afetiva com esta.</p> | |

| Diagnóstico de enfermagem: processo de luto comprometido | |
|---|--|
| Resultados esperados | Intervenções de enfermagem |
| Que os pais de B. progridam para um luto normal. | <p>Avaliar o processo de luto</p> <p>Referir morte à família</p> <p>Gerir ambiente</p> <p>Apoiar no luto</p> <p>Assistir a família no processo de luto</p> <p>Ensinar a família sobre o luto</p> <p>Preparar cadáver</p> |
| <p>Avaliação: a avaliação das intervenções realizadas foi feita no último contacto com a família, no dia do falecimento da criança, não sendo possível avaliar de forma completa a progressão do processo de luto da família. As intervenções foram realizadas nos dias anteriores e no próprio momento da morte da criança.</p> | |

5. Conclusão

A realização do presente estudo de caso contribuiu para o aprofundamento e para a atualização de conhecimentos acerca do tema desenvolvido, através da pesquisa da literatura existente. Além disso, a elaboração do plano de cuidados permitiu a reflexão acerca do processo de enfermagem e, mais concretamente, acerca do plano de cuidados desenvolvidos para a criança e família, permitindo uma análise mais aprofundada e uma melhoria dos cuidados prestados, futuramente.

Contribuiu também para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, motivo pelo qual foi incluído como atividade, especificamente do estágio realizado no contexto de cuidados intensivos neonatais.

Através da realização do estudo de caso, foram desenvolvidas competências específicas, nomeadamente relativas: à implementação e gestão de um plano de saúde promotor da parentalidade e da capacidade de gestão do regime da criança, em parceria com a família; ao diagnóstico e intervenção de enfermagem na doença e situações de risco para a criança, além do reconhecimento de situações de instabilidade e risco de morte, que implicam cuidados de enfermagem apropriados; à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança; à promoção do crescimento e desenvolvimento infantil; à promoção da vinculação, em particular no caso de um recém-nascido doente; e à comunicação com a família de forma apropriada (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Foram, igualmente, desenvolvidas competências comuns do enfermeiro especialista, designadamente: demonstração de uma tomada de decisão de acordo com princípios, valores e normas deontológicas, otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, assim como a avaliação do processo e resultado da tomada de decisão; promoção da proteção dos direitos humanos; gestão de práticas que fomentam a segurança, privacidade e dignidade do cliente; mobilização de conhecimento e habilidades no sentido da melhoria contínua da qualidade; promoção de um ambiente gerador de segurança, a nível físico, psicossocial, cultural e espiritual; detenção de conhecimento acerca do próprio enquanto pessoa e enfermeiro, e recurso a respostas de adaptabilidade individual (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Referências Bibliográficas

- Bäcke, P., Hjelte, B., Westas, L. H., Ågren, J., & Blomqvist, Y. (2021). When all I wanted was to hold my baby—The experiences of parents of infants who received therapeutic hypothermia. *Acta Paediatrica*, 110(2), 480-486. doi:<https://doi.org/10.1111/apa.15431>
- Behr, J. H. (2024). The high-risk newborn and family. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's Nursing care of infants and children* (12^a ed., pp. 270-337). Elsevier.
- Cashion, K. (2014). Labor and birth complications. In S. E. Perry, M. J. Hockenberry, D. L. Lowdermilk, & D. Wilson, *Maternal child nursing care* (5^a ed., p. 441). Mosby.
- Coughlin, M. E. (2021). *Transformative nursing in the NICU: Trauma-informed age-appropriate care* (2^a ed.). Springer Publishing Company.
- Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisbon International Press.
- Ditzenberger, G. R., & Blackburn, S. T. (2019). Neurologic system. In C. Kenner, & L. Altimier, *Comprehensive neonatal nursing care* (6^a ed., pp. 373-416). Springer Publishing Company.
- Graça, A., Pinto, F., Vilan, A., Dinis, A., Sampaio, I., Matos, C., . . . Neves, F. (2022). Hipotermia induzida no tratamento da encefalopatia hipoxico-isquémica neonatal. *Consenso de Hipotermia Induzida da SNN*. Retrieved from https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/11/Consenso-HT-2022_23-com-anexos-V2.pdf
- Hesselgrave, J., & Santucci, G. (2024). Impact of complex chronic illness, disability, or end-of-life care on the child and family. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's Nursing care of infants and children* (12^a ed., pp. 574-620). Elsevier.
- Mendes, J., & Silva, L. J. (2013). *Consenso em Cuidados Paliativos Neonatais e em Fim de Vida*. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Retrieved from https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Cuidados_paliativos.pdf

Nassef, S. K., Blennow, M., & Jirwe, M. (2020). Parental viewpoints and experiences of therapeutic hypothermia in a neonatal intensive care unit implemented with Family-Centred Care. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21-22), 3897-4412. doi:<https://doi.org/10.1111/jocn.15448>

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, 4744 - 4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Diário da República, 2ª Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194

Watson, J. (2021). *Caring science as sacred science - New revised edition*. Lotus Library Watson Caring Science Institute.

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

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

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**A emocionalidade na perda de um gémeo na
neonatologia: reflexão sobre da intervenção do
enfermeiro especialista**

Rita Vieira de Barros

N.º 7566

Orientadora: Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo

Lisboa

Outubro de 2023

O estágio no contexto de neonatologia constituiu uma importante oportunidade de aprendizagem, tendo sido extremamente rico em situações cuja análise se revelou significativa, das quais uma foi eleita para a realização da presente reflexão. A situação em análise ocorreu associada ao caso de dois gêmeos internados na neonatologia, nascidos às 30 semanas de idade gestacional, e os seus pais, que se encontravam a acompanhar as crianças fora da sua área de residência, na qual não existiam os recursos necessários. Por este motivo, após a alta da mãe, apenas estavam presentes em dias alternados.

No vigésimo dia de vida das crianças, um dos recém-nascidos contraiu uma infecção que, mais tarde, acabou por resultar no seu falecimento. Os pais eram envolvidos nos cuidados e foram sendo informados diariamente acerca da situação da criança, verificando-se o agravar progressivo do seu estado de saúde, sendo incentivados a passar mais tempo com os filhos, além de terem sido facilitadas as visitas de outros familiares que, na altura, eram condicionadas. Os pais afirmavam compreender a informação que lhes era transmitida, mostrando-se extremamente preocupados, porém, afirmavam acreditar que o seu filho iria sobreviver. Quando a criança morreu, os pais foram informados, não tendo sido possível estarem presentes no momento. Aquando da chegada à unidade, a mãe começou a chorar, aproximando-se da incubadora, enquanto o pai, ligeiramente afastado, disse à médica presente que queria falar com um médico e que queria que auscultassem a criança, que não podiam desistir. Quando a médica se identificou e voltou a confirmar aos pais que o seu filho tinha falecido, lamentando a perda e reforçando que tinha sido feito o possível para salvar a criança, o pai voltou a dizer que queria um médico, esclarecendo que queria um homem, desta vez num tom mais agressivo. De seguida, dirigindo-se a uma das enfermeiras, disse que a culpa era da equipa, salientando que não tinham cuidado com os seus filhos e que não sabiam o que estavam a fazer. Perante as acusações, a equipa reiterou que lamentava a perda e que tinham sido mobilizados todos os esforços para salvar a criança, assim como para garantir o seu conforto. Uma das enfermeiras perguntou aos pais se queriam colocar o bebé ao colo, sendo que o pai recusou e sentou-se ao pé da mãe, que aceitou. Os pais permaneceram algum tempo com o bebé, tendo-lhes sido proporcionada alguma privacidade, com recurso a uma sala existente na unidade, utilizada, entre outros motivos, para situações como esta. Alguns enfermeiros presentes no turno passaram algum

tempo com os pais, nomeadamente a esclarecer dúvidas relativamente à situação, assim como a prestar apoio emocional. Posteriormente, os pais afirmaram que iriam para casa, pois queriam estar junto da restante família e, antes de se ausentarem da unidade, passaram algum tempo com o outro filho. À saída, o pai disse à enfermeira que estava presente na sala e à mesma médica para cuidarem do seu filho, afirmando, num tom mais agressivo, que seria melhor que não acontecesse o mesmo ao gêmeo sobrevivente.

O momento da morte da criança foi marcado por uma tristeza transversal a todos, ainda que associada a alguma tranquilidade para a equipa, pois o bebé já não se encontrava a sofrer e, além disso, tinham sido realizados todos os esforços para o salvar. A reação do pai revelou sofrimento profundo e revolta, tendo as suas acusações sido, inicialmente, difíceis de gerir para a equipa. Após o choque inicial, os elementos foram capazes de compreender que aquela reação não era necessariamente dirigida aos profissionais, sendo o mais importante, naquele momento, perceber qual seria a melhor maneira de apoiar os pais no seu processo de luto, assim como ao longo do restante percurso do gêmeo sobrevivente na neonatologia, tendo sido positivo concluir que era esse o foco de toda a equipa multiprofissional.

Ainda assim, embora justificada, dado a perda experienciada, a reação do pai e as suas afirmações constituíram uma parte negativa deste caso, passível de ser analisada, com sustento da evidência científica existente acerca do tema, permitindo uma melhor compreensão da situação e uma melhoria da prática, visto que é uma competência do enfermeiro especialista a avaliação da qualidade das práticas clínicas, com recurso à evidência, assim como a capacidade de gerir respostas de adaptabilidade, a nível individual e organizacional (Regulamento n.º 140/2019, 2019). O tema em análise é essencial no âmbito deste percurso formativo, pois o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica cuida da criança e família em situação de especial complexidade, cuidando em situações de particular exigência, destacando-se a aplicação de conhecimentos e capacidades na dignificação da morte e nos processos de luto (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Os gêmeos que se encontravam internados na neonatologia eram considerados recém-nascidos de alto risco, ou seja, aqueles que apresentam maior morbidade e mortalidade que o normal, derivado de situações tais como infeções no período perinatal

ou prematuridade, sendo que, embora os avanços tecnológicos tenham permitido um aumento da sobrevivência destas crianças, a taxa de mortalidade mantém-se elevada (Behr, 2024), ocorrendo casos como o exposto. Assim, o enfermeiro pode ter de preparar a família para a morte da criança, em casos como o descrito, além de a apoiar no seu processo de luto, tendo também em conta algumas particularidades, tais como o facto de que a vida destas crianças pode ter sido marcada pela realização de procedimentos dolorosos e algumas memórias desagradáveis (Behr, 2024).

A perda de uma criança constitui um evento devastante para uma família, particularmente para os pais (Behr, 2024). O luto é um processo altamente individualizado, podendo cada pessoa demonstrar reações diferentes, habitualmente caracterizadas por negação, raiva e depressão, entre outros, podendo alguns membros apresentar um luto complicado, que inclui a presença de pensamentos intrusivos, a sensação de vazio ou alterações do padrão de sono (Hesselgrave & Santucci, 2024). Neste âmbito, importa ter em conta os contornos específicos que a perda de um filho adquire quando ocorre no período perinatal, pelo que se incluiu, neste trabalho, uma revisão sistemática e meta-análise, desenvolvida por Herbert et al (2022), através da qual se verificou o impacto deste tipo específico de perda na saúde mental dos pais, constatando-se uma associação entre esta e a presença de ansiedade e depressão.

Os pais de uma mesma criança podem apresentar diferentes reações e necessidades, sendo importante explorar as diferenças entre estes, no sentido de adequar o apoio prestado a cada um. A mãe, por um lado, pode sentir-se imobilizada e mesmo incapaz de cuidar de outros filhos, enquanto o pai, habitualmente, adota um papel protetor, podendo sentir-se culpado por considerar que não foi capaz de salvar o seu filho (Hesselgrave & Santucci, 2024). Em muitos casos, as expectativas sociais para os homens podem ter implicações na forma como estes expressam as suas emoções. Por este motivo, o pai pode sentir uma pressão acrescida e não ser capaz de expressar as suas emoções, acabando por as evitar, o que pode levar a distanciamento ou até mesmo a “explosões” (Hesselgrave & Santucci, 2024; Jones et al., 2019), tal como a que ocorreu neste exemplo.

Além disso, verificou-se que a maioria dos estudos que explora estas experiências foca-se nas mães, sendo o pai muitas vezes excluído. Neste âmbito, uma revisão *scoping*

levada a cabo por Jones et al. (2019), explorou as experiências de homens que perderam o seu filho no período pós-natal imediato, constatando-se uma tendência para suprimir as suas emoções, sendo salientado que este facto pode, inclusive, conduzir a uma perceção de que os pais experienciam um sofrimento menor, nestas situações. Através deste estudo verificou-se a presença de ansiedade, depressão e raiva, além de alguns pais relatarem sentirem-se marginalizados, considerando que a sua identidade enquanto pai não era validada, constatando-se, também, um impacto na relação do casal, além de uma tendência para comportamentos de evitamento e abuso de substâncias. Verifica-se, assim, a importância de reconhecer e validar as necessidades de ambos os membros do casal, olhando para estes enquanto duas pessoas diferentes, e para o pai não apenas como parceiro da mãe.

Este caso apresenta, ainda, outra característica que lhe confere especial complexidade, tratando-se da perda de um filho na neonatologia, após um parto prematuro, no contexto de uma gravidez gemelar, existindo uma criança que sobrevive, o que pode condicionar a experiência de uma maneira imprevisível, sendo que poucos estudos exploram estas situações e a maioria inclui perdas em qualquer altura do período perinatal (Cox & Wainwright, 2015). Como referido, a existência de um gêmeo sobrevivente condiciona a experiência de uma forma imprevisível, sendo que, nestas situações, alguns pais referem que estar com o gêmeo que sobreviveu podia facilitar a situação ou, por outro lado, exacerbar a perda, assim como causar dificuldades no estabelecimento da vinculação e em controlar as próprias emoções, nomeadamente durante os cuidados à criança, sendo importante destacar que o foco nestes cuidados podia, em alguns casos, diminuir a probabilidade dos pais despenderem tempo a procurar apoio para lidarem com esta situação (Cox & Wainwright, 2015; Richards et al., 2015). Esta perda, para algumas mães que relataram sentirem-se “especiais” ao longo da gravidez por terem gémeos, estava também associada à perda deste prestígio, reconhecido pelas próprias, sendo esta experiência intensificada quando existem outros gémeos internados na unidade (Cox & Wainwright, 2015; Jordan et al., 2018).

Quando um dos gémeos falece, pode ocorrer também uma falta de validação, identificada por alguns pais, que relatam uma tendência, mesmo por parte dos profissionais, para o foco no sobrevivente e nos pontos positivos, afirmando que os pais

tiveram sorte, o que condiciona negativamente o processo de luto (Jordan et al., 2018; Richards et al., 2015). Estes pais sentem que, para os outros, a vida do gêmeo perdido não foi longa ou significativa o suficiente para ser reconhecida, além da perda ser desvalorizada por “ainda” terem um filho que sobreviveu (Jordan et al., 2018; Richards et al., 2015). Por último, destaca-se ainda o desafio de planejar o funeral enquanto cuidam da criança que sobrevive e que, muitas vezes, se encontra internada na neonatologia (Richards et al., 2015).

É essencial, na prestação de cuidados a estas crianças e às suas famílias, ter em conta os achados apresentados, de modo a apoiar adequadamente os pais que se encontram nesta situação, sendo apreciado, por estes, os esforços por parte da equipa para manter presente a memória do irmão e a identidade do sobrevivente enquanto gêmeo, enquanto, por outro lado, desvalorizar a perda e outros comportamentos como os descritos anteriormente não são adequados, constatando-se a necessidade de maior formação nas equipas, neste âmbito (Cox & Wainwright, 2015; Richards et al., 2015). Perante a emocionalidade intensa experienciada pelos pais destas crianças, confirma-se a importância do trabalho emocional do enfermeiro, que inclui intervenções como a gestão das emoções do cliente, a construção de estabilidade na relação e a regulação da sua disposição emocional para cuidar (Diogo, 2023), constatando-se uma necessidade de maior formação, pois alguns profissionais ainda adotam abordagens desadequadas. De facto, o apoio proporcionado e a relação estabelecida são extremamente importantes para os pais, verificando-se uma maior confiança nestes profissionais, assim como naqueles que proporcionavam mais informação e de uma forma contínua (Richards et al., 2015). Mantendo uma abordagem centrada na família, o enfermeiro intervém, nomeadamente, através da avaliação das necessidades da família e apoiando os seus esforços de adaptação e *coping*, facilitando, assim, o processo de luto (Hesselgrave & Santucci, 2024).

A pesquisa da literatura científica desenvolvida permitiu abordar a situação de diferentes perspetivas, facilitando a sua análise. A diferença verificada entre as reações da mãe e do pai, nesta situação, são esperadas e estão claramente documentadas na evidência, assim como o comportamento do pai, destacando-se a importância de estar desperto para alguns comportamentos de risco que o homem pode adotar, nestas

situações, enquanto mecanismo de *coping*. Esta informação irá possibilitar uma gestão mais adequada e adaptada à situação, nomeadamente a nível emocional, verificando-se, neste caso, que a equipa multiprofissional interveio de forma adequada, salientando-se intervenções dos enfermeiros, tais como colocar-se ao lado da família, esclarecer as suas dúvidas e promover a esperança, além da relação estabelecida, que contribuiu para a gestão emocional, apesar dos pontos negativos verificados nesta situação. Além disso, permite também que o enfermeiro compreenda melhor a reação da família e não se deixe afetar diretamente por esta.

Foi igualmente fundamental analisar e sistematizar a forma como a perda de um filho no contexto de uma gravidez gemelar adquire contornos específicos, permitindo uma maior compreensão da experiência destas famílias na neonatologia, contribuindo para uma melhor abordagem, destacando-se a importância de validar a perda experienciada por ambos os pais, que é significativa independentemente da sobrevivência de outro filho, ou filhos, sendo essencial a manutenção da identidade da criança sobrevivente enquanto gêmeo. Ainda assim, salienta-se que cada experiência será única, podendo algumas famílias não beneficiar desta abordagem, pelo que, como em todos os casos, esta deverá ser individualizada.

Assim, a presente reflexão permitirá, em situações futuras, uma melhoria dos cuidados prestados a todas as famílias em situações semelhantes, quer com gêmeos internados na neonatologia, quer casos nos quais uma das crianças se encontra em risco de vida ou acaba por falecer, possibilitando uma intervenção mais fundamentada, ainda que tendo em conta que cada família terá as suas características únicas, devendo a abordagem ser individualizada.

Referências Bibliográficas

- Behr, J. H. (2024). The high-risk newborn and family. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's Nursing care of infants and children* (12^a ed., pp. 270-337). Elsevier.
- Cox, A., & Wainwright, L. (2015). The experience of parents who lose a baby of a multiple birth during the neonatal period – A literature review. *Journal of Neonatal Nursing*, 21, 104-113. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jnn.2014.11.003>
- Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisbon International Press.
- Herbert, D., Young, K., Pietrusinska, M., & Macbeth, A. (2022). The mental health impact of perinatal loss: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 297, 118-129. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.026>
- Hesselgrave, J., & Santucci, G. (2024). Impact of complex chronic illness, disability, or end-of-life care on the child and family. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's Nursing care of infants and children* (12^a ed., pp. 574-620). Elsevier.
- Jones, K., Robb, M., Murphy, S., & Davies, A. (2019). New understandings of fathers' experiences of grief and loss following stillbirth and neonatal death: A scoping review. *Midwifery*, 79. doi:<https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102531>
- Jordan, A., Smith, P., & Rodham, K. (2018). Bittersweet: a qualitative exploration of mothers' experiences of raising a single surviving twin. *Psychology, Health & Medicine*, 23(8), 891-898. doi:<https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1434215>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Diário da República, 2ª Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, 4744 - 4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Richards, J., Graham, R., Embleton, N. D., Campbell, C., & Rankin, J. (2015). Mothers' perspectives on the perinatal loss of a co-twin: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(143). doi:<https://doi.org/10.1186/s12884-015-0579-z>

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

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

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**Sessão de formação: Trabalho emocional em
enfermagem pediátrica**

**Rita Vieira de Barros
N.º 7566**

Orientadora: Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo

Lisboa

Outubro de 2023

1. Introdução

No estágio realizado na neonatologia verificou-se a existência de uma oportunidade formativa relacionada com a problemática de enfermagem identificada, constatando-se que os enfermeiros deste contexto desconheciam o conceito de trabalho emocional e, simultaneamente, relatavam que, inerente às vivências das crianças e famílias lá internadas, existia uma emocionalidade intensa, sendo essencial a gestão intencional das emoções. O trabalho emocional do enfermeiro insere-se na dimensão emocional do cuidar em enfermagem, uma parte fundamental que é, muitas vezes, menos visível ou desvalorizada (Diogo, 2023). Desta forma, identificou-se uma oportunidade para promover a aprendizagem acerca deste tema, conferindo-lhe maior visibilidade e destaque, através de uma sessão de formação, cujos objetivos foram: explicitar o conceito de trabalho emocional e analisar o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica e a sua aplicabilidade na neonatologia.

2. Fundamentação

O internamento na neonatologia implica uma separação abrupta entre a criança e a família, constituindo um distúrbio inesperado à transição para a parentalidade, intensificado pela aparência da criança e pelo ambiente da unidade, sendo esta experiência descrita pelos pais como uma montanha-russa emocional (Petty et al., 2019). Neste contexto, os pais apresentam diversas necessidades, nomeadamente relacionadas com transmissão de informação e apoio psicológico e emocional (Adama et al., 2021), sendo fundamental dar ênfase às respostas humanas aos processos de saúde doença e às emoções da pessoa, visando a prestação de cuidados holísticos e emocionalmente sensíveis (Diogo, 2023; Watson, 2021). Na neonatologia é extremamente valorizado pelos pais o apoio prestado através de grupos de apoio entre pares e por profissionais emocionalmente inteligentes, capazes de demonstrar simpatia, carinho e sensibilidade (Adama et al., 2021).

Os enfermeiros, no acompanhamento das crianças e famílias na neonatologia, vivenciam também emocionalidade intensa, com consequências na sua capacidade de trabalhar eficazmente e na sua motivação, sendo essencial o apoio social, dentro e fora

do hospital (Hamama et al., 2019), pelo que Collière (2003) salienta que o enfermeiro não é capaz de cuidar se não tiver a oportunidade para reconstituir os seus recursos, recuperar e expressar as suas próprias emoções.

Assim, sabendo que os processos de saúde-doença têm inerente uma emocionalidade intensa, o enfermeiro realiza uma gestão intencional desta emocionalidade, ou seja, desempenha o trabalho emocional, um conceito introduzido em enfermagem por Pam Smith (1992, 2017). O enfermeiro intervém tendo em vista a transformação positiva da experiência emocional da criança e família, através de cinco categorias de cuidados, explicitadas no Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Diogo, 2023), e apresentadas de seguida.

O enfermeiro **promove um ambiente seguro e afetuoso**, nomeadamente através da forma como acolhe, gera um ambiente familiar e preserva a unidade da criança, sabendo que o ambiente hospitalar é stressante, e tendo como resultado uma experiência mais positiva, em que a família fica mais tranquila e à vontade (Diogo, 2023). Diogo et al. (2019) averiguaram a aplicabilidade deste modelo na neonatologia, tendo os 22 enfermeiros incluídos no estudo considerado importantes 90% das características desta categoria.

O enfermeiro **nutre os cuidados com afeto** através do sorriso e da forma como fala com o bebé e com a família, num momento próprio ou mesmo vinculado a procedimentos, como no posicionamento, na alimentação ou na higiene, e mesmo nos procedimentos dolorosos, podendo ser espontâneo ou intencional, ocorrendo, por vezes, em substituição dos pais (Diogo, 2023). Terá como consequências o aumento da confiança dos pais, da tranquilidade e do bem-estar (Diogo, 2023), tendo 93% das características desta categoria sido consideradas importantes (Diogo et al., 2019).

Relativamente à categoria **“facilitar a gestão das emoções do cliente”**, os enfermeiros incluídos no estudo desenvolvido por Diogo et al. (2019) consideraram que 95% das suas características eram importantes na neonatologia. O enfermeiro intervém através da gestão emocional de antecipação e das emoções reativas, possibilitando atenuar experiências emocionalmente perturbadoras, promover a tranquilidade, potenciar o autocontrolo emocional e conquistar a confiança (Diogo, 2023).

O enfermeiro **constrói a estabilidade na relação**, sabendo que esta é essencial na prática de cuidados, através do envolvimento emocional, da gestão de episódios

conflituosos e do equilíbrio de poderes, resultando numa maior tranquilidade nas relações e na minimização dos conflitos (Diogo, 2023). Relativamente às características desta categoria, 97% foram consideradas importantes, sendo esta a categoria à qual foi atribuída maior importância, pelos 22 enfermeiros incluídos (Diogo et al., 2019).

Finalmente, sendo que também é afetado durante a prestação de cuidados ao recém-nascido e família, na neonatologia, o enfermeiro é capaz de **regular a própria disposição emocional para cuidar**, nomeadamente através da análise de experiências e partilha de sentimentos, possibilitando a prevenção da exaustão emocional e promoção do seu bem-estar emocional (Diogo, 2023). Estas ações podem prevenir a exaustão emocional a nível interno, promovendo o bem-estar emocional (Diogo, 2023). No contexto da neonatologia, considerou-se que 91% das características desta categoria eram importantes (Diogo et al., 2019).

3. Planeamento e divulgação da sessão

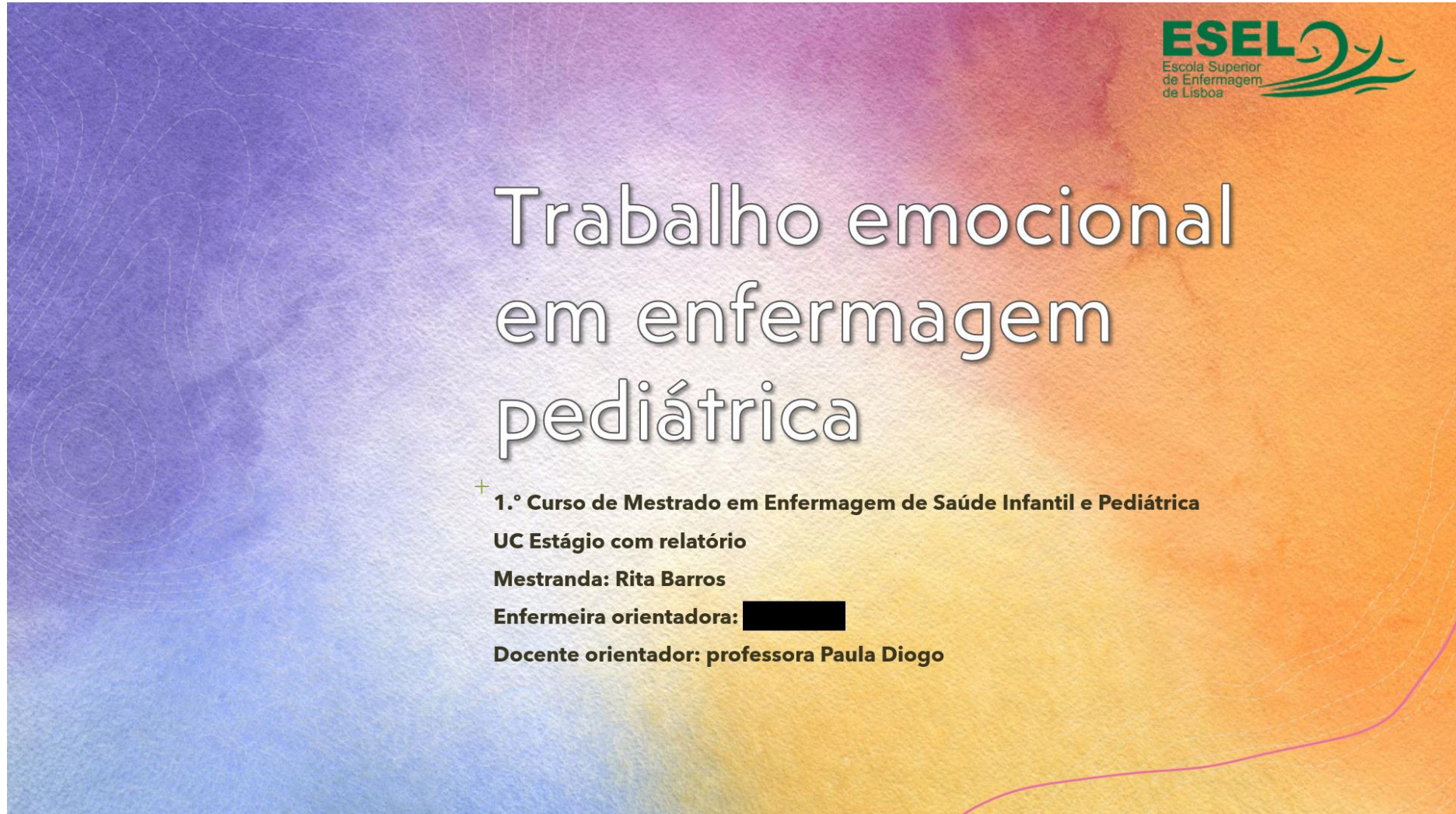
No presente capítulo, encontra-se o planeamento da sessão de formação, que foi realizada por Zoom, sendo este o formato das restantes formações realizadas naquele contexto. A data foi acordada com as enfermeiras chefe e orientadora, e a sua divulgação foi realizada através de um póster e de um email para a equipa de enfermagem.

| | |
|----------------------------|--|
| Curso: | 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica |
| Unidade Curricular: | Estágio com relatório |
| Tema da sessão: | Trabalho emocional em enfermagem pediátrica |
| Objetivos | Explicitar o conceito de trabalho emocional Analisar o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica e a sua aplicabilidade |
| Duração: | 45 minutos |
| Data da sessão: | 30/10/2023 |
| Local: | Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais |
| Formadores: | Rita Barros |
| Destinatários: | Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais |

| | Conteúdos | Metodologia | Recursos Didáticos | Tempo |
|------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------|--------------|
| Introdução | <p>Apresentação da mestrandia</p> <p>Contextualização e justificação da pertinência do tema</p> <p>Apresentação dos objetivos da sessão</p> | Método expositivo | Computador; Projetor; | 3min |
| Desenvolvimento | <p>Trabalho emocional em enfermagem</p> <p>Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica</p> | Método expositivo | Computador; Projetor; | 30 min |
| Conclusão | <p>Considerações finais</p> <p>Espaço para questões</p> <p>Entrega do questionário de avaliação da formação</p> | Método expositivo e interrogativo | Computador; Projetor; | 12min |

4. Execução

De seguida, apresentam-se os diapositivos utilizados para a realização da sessão de formação.



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Trabalho emocional em enfermagem pediátrica

+ **1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**
UC Estágio com relatório
Mestranda: Rita Barros
Enfermeira orientadora: [REDACTED]
Docente orientador: professora Paula Diogo

Índice

- +Objetivos da sessão
- +Projeto
- +Trabalho emocional
- +Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Objetivos

- +Explicitar o conceito de trabalho emocional e a sua importância
- +Analisar o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica e a sua aplicabilidade

Projeto

- + Temática: Cuidar em enfermagem pediátrica
- + Problema: Emocionalidade intensa experienciada pelas crianças e famílias nos processos saúde-doença
- + Objeto de estudo: trabalho emocional do enfermeiro que cuida de crianças e famílias nos processos de saúde-doença, com recurso ao Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Trabalho Emocional

- + Foco nas emoções do cliente e do enfermeiro, não existindo um subjugar às regras da profissão, mas sim uma adaptação (Diogo, 2023; Smith, 2012).
- + Competências no âmbito da gestão emocional e tendo como componentes, por exemplo, dar suporte e tranquilidade, o humor e alívio do sofrimento (Diogo, 2023; Smith, 2012).

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

- + O **Modelo TEEP** constitui uma orientação para a prática em pediatria, que possibilita a prestação de cuidados de enfermagem holísticos.
- + Define o trabalho emocional como a gestão da emocionalidade, tanto do enfermeiro como do cliente, nos processos de saúde-doença, com a intenção de transformar positivamente as experiências.
- + Cinco categorias de cuidados **"Promover um ambiente seguro e afetivo", "Nutrir os cuidados com afeto", "Facilitar a gestão das emoções dos clientes", "Construir a estabilidade na relação" e "Regular a disposição emocional para cuidar"**.

(Diogo, 2023)

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Promover um ambiente seguro e afetivo

| CONTEXTO/CONDIÇÕES | AÇÕES/INTERAÇÕES | CONSEQUÊNCIAS |
|--|---|--|
| <p>Porquê O ambiente dos serviços de saúde é muitas vezes estranho e stressante O cliente tem preconceitos negativos sobre os serviços de saúde (ambiente adverso, dominador e que causa insegurança) A criança precisa de proteção</p> <p>Fatores que facilitam <i>Ambiente físico</i> Pinturas nas paredes e tetos Vídeos de desenhos animados Brinquedos Sala de brincadeiras</p> | <p>Como Acolher Cumprimentar Expressar afeto Gerar ambiente familiar Preservar o quarto/unidade do cliente Sintonia com o mundo infantil (brincadeira, cantar, mobilizar personagens de contos de fada, de filmes ou desenhos animados) Despedidas calorosas Fotografias para recordar</p> <p>Modo Ambiente afetivo que se cria na relação com os clientes, durante os procedimentos e entre os enfermeiros Uso de fardas coloridas e com bonecos</p> | <p>A experiência de cuidados de saúde torna-se mais positiva, pois os clientes conseguem sentir-se à vontade na relação com os enfermeiros, colocam as suas dúvidas e estão mais tranquilos A recuperação das crianças e dos jovens é mais rápida quando estes estão familiarizados com o ambiente, quando estão melhor adaptados e se sentem seguros nos serviços de saúde</p> |

(Diogo, 2023, p.54)



Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Nutrir os cuidados com afeto

| CONTEXTO/CONDIÇÕES | AÇÕES/INTERAÇÕES | CONSEQUÊNCIAS |
|--|--|--|
| <p>Porquê É necessário para o desenvolvimento das crianças É desejado É um direito As crianças apelam Diminui os fatores de stress associados aos cuidados de saúde Os cuidados não funcionam sem afetos Pode ser tão ou mais importante do que um procedimento técnico Facilita a execução dos procedimentos É essencial para conquistar a confiança</p> <p>Fatores que facilitam Gostar muito de crianças Considerar as crianças como se fossem o seu próprio filho ou alguém da família Modo afetivo de ser Tempo de contacto e desenvolvimento da relação Experiência de parentalidade</p> | <p>Como <i>Dádiva de afeto</i> Sorriso; voz embalada e suave; olhar meigo; falar amimados (adjetivos carinhosos, frases carinhosas, "inhos", movimentos balanceados com a cabeça); carinho (festas e toques suaves, beijinhos e abraços); colo</p> <p>Quando <i>Momento próprio</i> Cumprimento no início da interação; despedidas; tomar conta da criança Vinculado aos procedimentos Conforto; posicionamento; higiene; alimentação; segurança; procedimentos dolorosos</p> <p>Envolve todos os cuidados e inclui o ambiente e relação entre colegas</p> <p>Modo <i>Espontâneo</i> Ato natural ou que "sai" durante os cuidados <i>Intencional</i> Em substituição dos pais; aliviar o sofrimento de uma criança/jovem que está sem acompanhante; planeamento de cuidados</p> | <p>A criança ou jovem sente-se amado e considerado</p> <p>Os pais sentem confiança nos enfermeiros e segurança nos cuidados</p> <p>Tranquilidade, bem-estar e percepção de não ser tão mau estar num serviço de saúde</p> <p>Alivia o sofrimento e constitui uma forma de ajuda e apoio</p> <p>Desenvolvimento e consolidação da relação</p> <p>Colaboração facilitada dos clientes nos cuidados</p> |

(Diogo, 2023, p.55)

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Facilitar a gestão das emoções dos clientes

| CONTEXTO/CONDIÇÕES | AÇÕES/INTERAÇÕES | CONSEQUÊNCIAS |
|--|---|--|
| <p>Porquê As vivências emocionais inerentes aos cuidados de saúde são potencialmente intensas Podem existir problemas emocionais anteriores Os clientes conseguem lidar melhor se forem ajudados</p> <p>Fatores que facilitam Acesso prévio à informação sobre o estado emocional dos clientes Saber experiencial Sensibilidade vigilante Relação construída</p> | <p>Como <i>Gestão emocional de antecipação</i> Demonstrar postura calma e carinhosa Mostrar disponibilidade Preparar para os procedimentos Fornecer explicações/informações Favorecer a expressão de sentimentos Dar reforço positivo Distrair</p> <p><i>Gestão das emoções reativas</i> Envolver a família nos cuidados Explicar e esclarecer dúvidas Fazer pausas Fomentar a esperança Colocar-se ao lado Dar carinho Diferenciar os momentos Desviar o foco de atenção Encorajar e restringir</p> | <p>Na maioria das interações e a maior parte do tempo permite evitar que os clientes experienciem emoções de tonalidade negativa</p> <p>Promover a tranquilidade e bem-estar emocional</p> <p>Potenciar o autocontrolo emocional</p> <p>Conquistar a confiança que é tranquilizadora</p> |

(Diogo, 2023, p.56)

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Construir a estabilidade na relação

| CONTEXTO/CONDIÇÕES | AÇÕES/INTERAÇÕES | CONSEQUÊNCIAS |
|---|---|--|
| <p>Porquê Os clientes vivem uma experiência emocional intensa que projetam na interação A estabilidade das relações é essencial na prática de cuidados Por vezes a confiança é frágil ou está ausente A cultura do cliente influencia Existe recusa e defesa do cliente Existem conflitos mal resolvidos entre enfermeiros e clientes O cliente revela hostilidade Os procedimentos são dolorosos Existem incumprimentos Existem momentos de quebra de confiança</p> <p>Fatores que facilitam Pais calmos e simpáticos Crianças/jovens recetivos Enfermeiros com disponibilidade de tempo Sentimento de empatia Sentimento de confiança Tempo de contacto Figura de referência</p> | <p>Como <i>Envolvimento emocional</i> Ligação afetiva Proximidade Conhecimento mútuo confiança</p> <p><i>Gestão de episódios conflituosos</i> Abordagem calma e de controlo Dar espaço para a expressão Desmontar o problema Procurar a reconciliação Não fazer juízos de valor negativo</p> <p><i>Equilíbrio de poderes</i> Tomada de decisão partilhada Dar espaço à função parental Colaboração mútua Participação do cliente Partilha de informação</p> | <p>Tranquilidade nas relações entre enfermeiros e clientes; um convívio pacífico necessário à prestação de cuidados</p> <p>As relações são afetivas e os conflitos são minimizados</p> <p>Tranquilidade da parte dos pais e a uma perceção de que podem contar com os enfermeiros</p> <p>As orientações/explicações que fornecem aos clientes são levadas em conta</p> <p>Melhor adaptação e capacidade para lidar com os processos de saúde-doença</p> <p>Aceitação e compreensão para com os enfermeiros</p> |

(Diogo, 2023, p.57)

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Regular a disposição emocional para cuidar

| CONTEXTO/CONDIÇÕES | AÇÕES/INTERAÇÕES | CONSEQUÊNCIAS |
|--|--|--|
| <p>Porquê Motivação e missão Persistência para cuidar Vontade construtiva da relação Experienciam situações emocionalmente intensas (ficam afetados, vivem emoções perturbadoras, existência de situações difíceis de lidar)</p> <p>Fatores que facilitam Compensação (relações emocionalmente estáveis, sentimento de gratificação, sentimento de realização, as próprias crianças ajudam) Necessidade de gerirem as suas emoções para conseguir cuidar Conhecimento de si Apoio entre colegas</p> <p>Fatores que dificultam Excesso de trabalho que conduz a intensificação do stress e cansaço Fragilidades pessoais relacionadas com experiências anteriores Características individuais Transferência para os filhos Conflitos na equipa de saúde</p> | <p>Como <i>Analisar as experiências</i> Falar com os colegas Leituras Escrita reflexão</p> <p><i>Partilhar o que sente</i> Colega específico Grupo de colegas</p> <p><i>Compreensão das reações dos clientes</i> Minimizar o negativo Perceber que não é dirigido a si</p> <p><i>Atenuar positivamente</i> Perceber que não são os únicos a falhar Acreditar na sua competência Encarar como desafio</p> <p><i>Não se deixar afetar negativamente mantendo-se conectado</i> Descentrar-se Afastar-se por momentos Evitar prestar cuidados Cortar com a fonte de emoções Cessar funções</p> | <p>Os enfermeiros conseguem inibir ou induzir emoções nos próprios de modo a conseguirem transformar as emoções perturbadoras e a continuarem a cuidar dos clientes, mantendo o envolvimento emocional</p> <p>Promove o bem-estar, o alívio do sofrimento e contribui para a adaptação do cliente à situação</p> |

(Diogo, 2023, p.58)

Referências bibliográficas

- Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisbon International Press.
- Diogo, P., Fernandes, N., & Martins, H. (2019). Aplicabilidade do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica numa Unidade de Neonatologia. *In* Francisca de Sousa et al. (coord.), *Interfaces da Pesquisa no Cuidado de Enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica* (pp. 53-85). Curitiba - Brasil: Editora CRV.
- Smith, P. (2012). *The emotional labour of nursing revisited: can nurses still care?* (2ª ed.). Palgrave Macmillan.
- Watson, J. (2021). *Caring science as sacred science - New revised edition*. Lotus Library Watson Caring Science Institute.

5. Avaliação da sessão de formação em serviço - “Trabalho emocional em enfermagem pediátrica”

Assistiram à formação 12 enfermeiros, dos quais seis realizaram a avaliação, encontrando-se, de seguida, a média das avaliações.

A. Orador: 4.1/5

- a. Domínio e clareza da exposição: 4.2/5
- b. Definição de objetivos: 4/5
- c. Capacidade de transmissão de conhecimentos: 4/5
- d. Esclarecimento de dúvidas: 4/5

B. Conteúdos e métodos: 4.4/5

- a. Conteúdos relevantes para a minha função: 4.5/5
- b. Temas coerentes e estruturados 4.3/5
- c. Métodos adequados aos temas: 4.3/5
- d. Temas atingiram os objetivos: 4.3/5

C. Avaliação global: 4.2/5

- a. Duração: 4.5/5
- b. Expetativas iniciais correspondidas: 4.2/5
- c. Organização geral: 4/5

D - Pontos fortes:

Sem resposta

E - Oportunidades de melhoria

Sem resposta

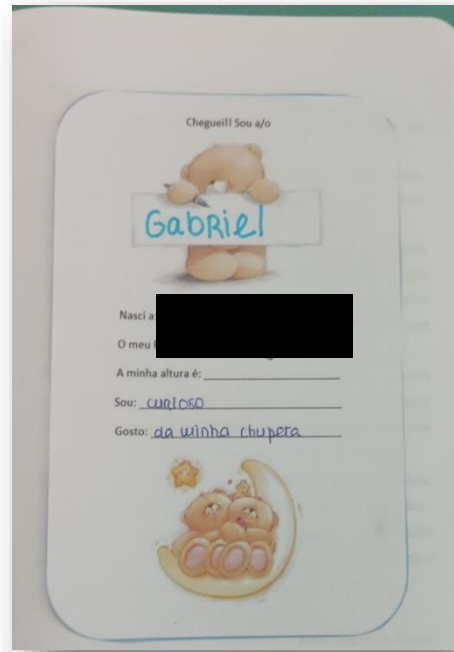
6. Contributo para o Desenvolvimento de Competências

A realização desta atividade contribuiu para a consecução dos objetivos delineados de promover uma prática de qualidade e baseada em evidência científica, assumindo um papel dinamizador na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua e na pesquisa e partilha de evidência científica, assim como de analisar o trabalho emocional do enfermeiro nos processos de saúde-doença vivenciados pela criança ou jovem e família. A sua realização possibilitou o desenvolvimento de competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, designadamente ao ser facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho, atuando como formadora e favorecendo a aprendizagem dos enfermeiros, após o diagnóstico de necessidades formativas, com posterior avaliação do impacto da formação realizada (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Referências Bibliográficas

- Adama, E. A., Adua, E., Bayes, S., & Mörelius, E. (2021). Support needs of parents in neonatal intensive care unit: An integrative review. *Journal of clinical nursing*, 31(5-6), 532-547. doi:<https://doi.org/10.1111/jocn.15972>
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2ª ed.). Lusociência.
- Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisbon International Press.
- Diogo, P., Fernandes, N., & Martins, H. (2019). Aplicabilidade do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica numa Unidade de Neonatologia. In Francisca de Sousa et al. (coord.), *Interfaces da Pesquisa no Cuidado de Enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica* (pp. 53-85). Curitiba - Brasil: Editora CRV.
- Hamama, L., Hamama-Raz, Y., Stokar, Y. N., Pat-Horenczyk, R., Brom, D., & Bron-Harlev, E. (2019). Burnout and perceived social support: The mediating role of secondary traumatization in nurses vs. physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2742-2752. doi:10.1111/jan.14122
- Petty, J., Jarvis, J., & Thomas, R. (2019). Understanding parents' emotional experiences for neonatal education: A narrative, interpretive approach. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9-10), 1911-1924. doi:<https://doi.org/10.1111/jocn.14807>
- Smith, P. (1992). *The emotional labour of nursing: how nurses care*. Macmillan Education.
- Smith, P. (2017). *The emotional labour of nursing revisited: Can nurses still care?* (2ª ed.). Bloomsbury Publishing.
- Watson, J. (2021). *Caring science as sacred science - New revised edition*. Lotus Library Watson Caring Science Institute.

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



Apêndice XII – Fundamentação teórica do projeto de melhoria contínua da
qualidade

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

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**Fundamentação teórica do projeto de melhoria
contínua**

**Rita Vieira de Barros
N.º 7566**

Orientadora: Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo

**Lisboa
Outubro de 2023**

1. Introdução

No presente documento encontra-se a fundamentação teórica de um projeto de melhoria contínua da qualidade, que tem como objetivos promover a vinculação nas crianças internadas no serviço de neonatologia e pediatria, em risco de institucionalização, assim como a manutenção da sua identidade. A elaboração da fundamentação deste projeto constituiu uma das atividades de estágio no contexto de neonatologia, através da qual se demonstrou a aquisição de competências relacionadas com a verificação de oportunidades para melhoria, bem como a seleção de estratégias e implementação de programas, sustentados pela evidência científica, e sua supervisão, no sentido desta melhoria, destacando-se que o enfermeiro especialista colabora a nível da operacionalização e disseminação, mas também da conceção de projetos, o que se verifica, neste caso (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Além disso, constatando-se o possível comprometimento no estabelecimento da vinculação em casos nos quais a criança é institucionalizada, e sabendo que, nos recém-nascidos doentes ou com necessidades especiais, este poderá ser intensificado, verifica-se a importância da intervenção para a promoção sistemática da vinculação (McGrath & Vittner, 2019; Regulamento n.º 422/2018, 2018), enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

2. Fundamentação

No contexto de neonatologia, verificou-se a existência de casos nos quais alguns recém-nascidos estavam em risco de institucionalização, após a alta. A nível nacional, no ano de 2022, encontravam-se em situação de acolhimento 6347 crianças, das quais 2228 entraram no sistema nesse mesmo ano, estando a maioria (5386) em situação de acolhimento generalizado (Departamento de desenvolvimento social/unidade de infância e juventude, 2023).

A institucionalização constitui um fator de risco para o desenvolvimento de estilos de vinculação desorganizados ou inseguros, sendo que uma vinculação segura é essencial para o bem-estar da criança e para o seu desenvolvimento, designadamente social e emocional, sendo unânime o reconhecimento da importância da relação que se estabelece entre a criança e uma figura, que habitualmente é a materna (Barone et al., 2017; Bowlby, 1984; McGrath & Vittner, 2019).

Ao longo do tempo, esta figura, assim como a definição de família e a sua estrutura, têm evoluído, não existindo, atualmente, uma imagem universal de família, e não implicando necessariamente uma ligação biológica, sendo, porém, a existência de cuidadores principais essencial para o desenvolvimento da criança, assim como o contacto precoce e o estabelecimento de uma vinculação segura (Franklin & Mooney-Doyle, 2019; McGrath & Vittner, 2019). Contudo, a vida de uma criança institucionalizada é caracterizada por frequentes ruturas nas ligações estabelecidas com cuidadores e pela ausência de um cuidador principal, assim como por um ambiente inconsistente, nomeadamente a nível emocional (Barone et al., 2017). Experiências negativas nas instituições ou em famílias de acolhimento podem ter implicações a longo prazo no estabelecimento de relações de forma geral, e crianças com história de adversidade encontram-se em maior risco de estabelecerem uma vinculação insegura, quando são adotadas, comparativamente a uma criança que permanece com a família biológica e estabelece com esta uma relação (Franklin & Mooney-Doyle, 2019; Raby & Dozier, 2019).

Neste sentido, a adoção constituiu uma medida importante, sendo que, para crianças institucionalizadas, é a segunda medida mais frequente, depois da reintegração

com a família de origem ou alargada (Departamento de desenvolvimento social/unidade de infância e juventude, 2023), existindo, no país, no ano de 2022, 197 crianças em situação de adotabilidade (Conselho nacional para a adoção, 2023). Para estas crianças, uma experiência positiva com a família adotiva possibilita uma mudança de um estilo de vinculação desorganizada ou insegura para uma vinculação segura, mesmo quando ocorre mais tarde (a partir dos 12 meses de idade), especialmente quando a família adotiva é capaz de prestar cuidados de qualidade e quando os cuidadores são emocionalmente disponíveis (Barone et al., 2017; Pace et al., 2019; Raby & Dozier, 2019). Esta perspectiva de recuperação mantém-se, mesmo na adolescência, uma fase potencialmente complexa para estas famílias (Franklin & Mooney-Doyle, 2019), tendo um estudo, realizado em Portugal, verificado que este grupo tem representações da relação com a sua família semelhantes às de pares não adotados (Barroso et al., 2018).

Assim, é indispensável que seja realizado um trabalho adequado para garantir que a criança adotada se encontra num ambiente familiar adequado e sensível (Lionetti et al., 2015). Neste sentido, salienta-se que os pais adotivos, geralmente, têm menos apoio e preparação do que teriam pais biológicos, sendo que o enfermeiro poderá proporcionar apoio neste sentido (Franklin & Mooney-Doyle, 2019), mesmo desde o nascimento da criança.

Este apoio é de extrema importância pois, como se verificou, a adaptação da criança está profundamente relacionada com o estado emocional da família, assim como com as representações que os próprios têm acerca da vinculação, sendo essencial que a criança sinta que pode expressar as suas necessidades, com a confiança de que será cuidada e terá atenção dos seus pais (Pace et al., 2019). Conscientes da importância de fatores como a sensibilidade parental e as representações destes acerca da vinculação, bem como a segurança dos pais, os seus recursos e a sua capacidade de apoiar os seus filhos neste processo potencialmente complexo, somos capazes de promover o bem-estar destas crianças e destes jovens, apoiando as famílias no desempenho do seu papel (Barone et al., 2017; Pace et al., 2019). Embora a adoção em si seja uma intervenção importante na vida da criança, o apoio proporcionado às famílias neste contexto é igualmente fundamental (Barone et al., 2017).

Assim, deverão ser desenvolvidas intervenções para o apoio destas crianças e famílias, em casos nos quais se prevê que a criança não ficará com a sua família biológica aquando da alta. Porém, até ao momento em que são adotadas, muitas crianças poderão não ter um conjunto de memórias da sua vida até então, como fotografias e outros pertences, ao contrário das que têm um percurso normativo e permanecem com a família biológica, existindo uma tremenda lacuna com potencial para condicionar a identidade destas crianças e destes jovens, bem como a sua adaptação à família adotiva e a própria adaptação destes à criança. Dificuldades a nível da adaptação entre a família e a criança poderão comprometer o processo de adoção, sendo que, em 2022, verificaram-se 14 interrupções destes processos, constatando-se uma inversão da tendência que, até 2022, era de decréscimo (Conselho nacional para a adoção, 2023). Alguns dos motivos apontados para estas interrupções foram a falta de empatia com a criança e as suas emoções, dificuldade em ler os seus sinais, não reconhecimento da capacidade de mudança e ajuste da criança, expectativas afetivas desajustadas e dificuldade em integrar a história de vida da criança (Conselho nacional para a adoção, 2023).

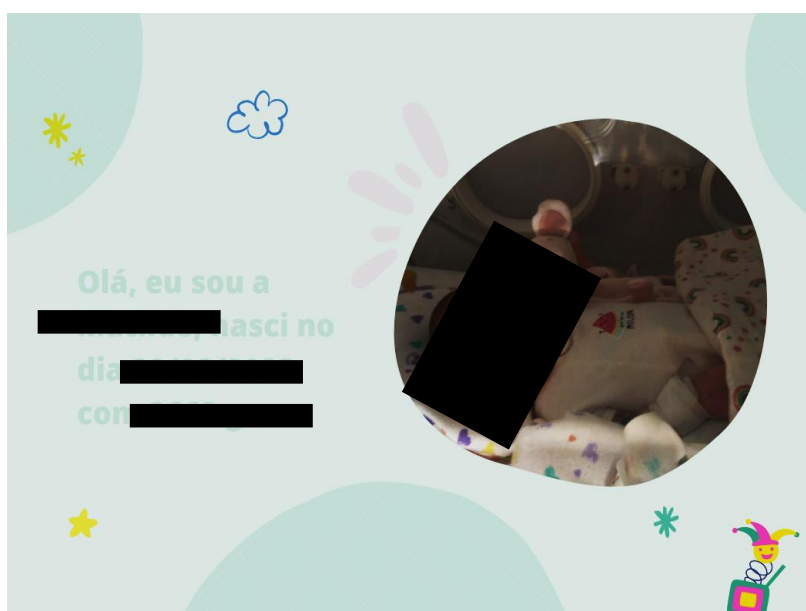
A existência de uma lacuna neste âmbito reforça que a dimensão emocional do cuidar é frequentemente colocada em segundo plano, uma tendência que ainda se verifica na atualidade (Diogo, 2023; P. Smith, 2017), sendo que a realização deste projeto permite contrariá-la, além de dar visibilidade e destaque à intervenção do enfermeiro (Diogo, 2023; Watson, 2021), permitindo também uniformizar a prática. Os processos de saúde-doença surgem associados a emocionalidade intensa para a criança e família, e esta não é circunscrita ao internamento nem diz respeito apenas à família biológica, podendo, nomeadamente em casos como estes, em que a criança é institucionalizada, ter implicações a longo prazo para esta e para a sua família, podendo o enfermeiro intervir através de estratégias para a gestão desta emocionalidade, ou seja, através do trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Diogo, 2023), mesmo além daquele momento em que contacta com a criança, sabendo que o cuidar vai além de uma ação e de um momento isolado (Watson, 2021). Através da intervenção proposta neste projeto, o enfermeiro faz algo que faria caso a família estivesse presente, sendo que preserva esta intervenção num conjunto de objetos que a criança e família irão ter consigo, no futuro, encontrando-se espelhadas intervenções no cuidado à criança, como posicionar, alimentar, cuidar da higiene, que faz em substituição dos pais, fornecer informações,

favorecer a expressão de emoções e dar reforço positivo, além de promover o envolvimento emocional e o equilíbrio de poderes (Diogo, 2023). O próprio enfermeiro poderá também ser afetado pela possível institucionalização da criança, além da situação da família biológica que, por diferentes motivos, se encontra neste contexto, sendo que este regula a sua disposição emocional para cuidar, tendo em conta uma intencionalidade terapêutica, nomeadamente através da análise de experiências (Diogo, 2023) que, neste caso, deu origem à elaboração do projeto.

A intervenção desenvolvida passa pelo registo e pela reunião de alguns dos momentos e objetos mais importantes da vida destas crianças, desde o seu nascimento, a partir do momento em que se verifica o risco de institucionalização. Para cada criança, serão reunidos um conjunto de objetos, tais como um álbum de fotografias, a primeira roupa, uma manta e um brinquedo musical, entre outros, que a irão acompanhar no seu percurso pelo hospital, instituição e eventual família adotiva, para que possam ter estes pertences relativos ao início da sua vida.

Ao reconhecer a existência de uma necessidade, os profissionais de saúde, designadamente os enfermeiros, podem colmatar esta lacuna, originar mudança e criar um sistema que permita guardar estas informações e objetos para as famílias de acolhimento e adotivas, bem como para a própria criança, facilitando o cuidado à criança e a adaptação desta à família, bem como promovendo a manutenção da identidade da criança institucionalizada e o desenvolvimento do vínculo entre esta e os seus cuidadores.

Exemplo de álbum



Referências Bibliográficas

- Barone, L., Lionetti, F., & Green, J. (2017). A matter of attachment? How adoptive parents foster post-institutionalized children's social and emotional adjustment. *Attachment & Human Development*, 19(4), 323-339. doi:<https://doi.org/10.1080/14616734.2017.1306714>
- Barroso, R., Barbosa-Ducharne, M., & Coelho, V. (2018). Portuguese adopted adolescents' perception of attachment relationships to parents. *Child & family social work*, 23(2), 204-211. doi: <https://doi.org/10.1111/cfs.12401>
- Bowlby, J. (1984). *Apego e Perda - Volume I: Apego* (Vol. I). (Á. Cabral, Trans.) Martins Fontes.
- Conselho nacional para a adoção. (2023). *Relatório anual de atividades 2022*. Lisboa.
- Departamento de desenvolvimento social/unidade de infância e juventude. (2023). *CASA 2022 - Relatório de caracterização anual da situação de acolhimento de crianças e jovens*. Instituto da segurança social.
- Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisbon International Press.
- Franklin, Q., & Mooney-Doyle, K. (2019). Social, cultural, religious, and family influences on child health promotion. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers, *Wong's Nursing care of infants and children* (11^a ed., pp. 15-40). Elsevier.
- Lionetti, F., Pastore, M., & Barone, L. (2015). Attachment in institutionalized children: A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 42, 135-145. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.013>
- McGrath, J. M., & Vittner, D. (2019). Family: Essential Partner in Care. In C. Kenner, L. B. Altimier, & M. V. Boykova, *Comprehensive Neonatal Nursing Care* (6^a ed., pp. 753-783). Springer Publishing Company.
- Pace, C. S., Di Folco, S., Guerriero, V., & Muzi, S. (2019). Late-adopted children grown up: a long-term longitudinal study on attachment patterns of adolescent adoptees and

their adoptive mothers. *Attachment & Human Development*, 21(4), 372-388.
doi:<https://doi.org/10.1080/14616734.2019.1571519>

Raby, K. L., & Dozier, M. (2019). Attachment across the lifespan: insights from adoptive families. *Current Opinion in Psychology*, 25, 81-85.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.03.011>

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, 4744 - 4750.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Diário da República, 2ª Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194

Smith, P. (2017). *The emotional labour of nursing revisited: Can nurses still care?* (2ª ed.). Bloomsbury Publishing.

Watson, J. (2021). *Caring science as sacred science - New revised edition*. Lotus Library
Watson Caring Science Institute.

Apêndice XIII – Jornal de aprendizagem “Violência em contexto de urgência pediátrica: reflexão sobre a intervenção do enfermeiro especialista”

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

Unidade Curricular Estágio com relatório

**Violência em contexto de urgência pediátrica:
reflexão sobre a intervenção do enfermeiro
especialista**

Rita Vieira de Barros
N.º 7566

Docente orientador:
Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo



Lisboa
Novembro de 2023

O presente jornal de aprendizagem foi elaborado no âmbito do estágio em contexto de urgência pediátrica, tendo por base uma situação de violência verbal. O caso decorreu durante um turno da tarde, prolongando-se durante a maior parte do turno, tendo sido experienciado pelos profissionais que se encontravam na triagem e na sala de tratamentos.

Após a passagem de turno, a mãe de uma criança com cinco anos deslocou-se à triagem e dirigiu-se aos enfermeiros com um tom agressivo, referindo que estava à espera há quatro horas e se seria assim tão difícil simplesmente fazerem as análises à filha, sendo o restante discurso constituído por insultos à equipa. O enfermeiro orientador do estágio perguntou à mãe qual era o nome da criança, verificando que lhe tinha sido atribuída uma pulseira verde e que o tempo de espera total já se aproximava das quatro horas, mas que a criança tinha acabado de ser vista pelo médico, tendo as análises sido prescritas apenas há dez minutos, precisamente na passagem de turno. O enfermeiro manteve um tom calmo e uma postura assertiva, e informou a mãe deste facto, afirmando, ainda assim, perceber que o tempo de espera estava particularmente prolongado naquele dia, mas que adotar aquela postura não seria benéfico. Informou a mãe que as análises poderiam ser colhidas naquele momento e que se poderia deslocar à sala de tratamento, sendo que a senhora manteve, ainda assim, o discurso agressivo.

Durante a colheita, a criança encontrava-se muito ansiosa e a chorar, sendo que, nesse momento, a mãe referiu que queria sair da sala. O enfermeiro disse-lhe que seria importante para a criança que permanecesse, embora compreendesse que seria difícil para ela, tendo a mãe respondido novamente de forma hostil, mas acabando por permanecer. A colheita foi rápida e, embora a criança continuasse a chorar, foi possível mantê-la relativamente tranquila durante o procedimento, com recurso à distração. Foi-lhe colocado um acesso venoso periférico e a mãe foi informada de que seria chamada após o resultado das análises.

Quando o resultado da colheita ficou disponível, a mãe foi informada de que estaria tudo bem e que, assim que fosse retirado o acesso venoso, poderiam ir para casa. Nesta altura, todos os profissionais se encontravam a prestar cuidados, estando um dos enfermeiros na triagem e os outros dois a realizar uma colheita de sangue a um recém-nascido com dificuldade respiratória, cuja execução estava a ser extremamente difícil. A

mãe da criança de cinco anos deslocou-se novamente à triagem, interrompendo a observação que a enfermeira estava a realizar e, também de forma agressiva e em tom de voz alto, que era possível ouvir nas outras salas, exigiu que fosse retirado o cateter à filha, para que pudessem ir para casa. Quando a enfermeira referiu que teria de aguardar que terminasse a triagem em curso, a senhora passou a insultar diretamente a enfermeira, momento em que a segurança se aproximou. A senhora aguardou e, posteriormente, foi retirado o cateter à criança e foram ambas embora.

O primeiro contacto com esta família, quando a mãe se dirigiu à triagem, foi marcado por frustração, pois o turno estava a começar, não tendo ainda sido possível iniciar a chamada para a triagem ou sala de tratamentos e, além disso, tinha sido constatado que todos os profissionais estavam a fazer o melhor possível, dado a grande afluência. Além disso, existia também algum receio relativamente à abordagem agressiva. Embora fosse uma possibilidade, a equipa não considerou que as ameaças e a violência verbal pudessem evoluir para violência física, contudo, o comportamento colocou todos os profissionais numa situação desconfortável, além de ter contribuído também para o incómodo que já existia na sala de espera, por estar cheia e pelo tempo de espera prolongado. Ao longo do turno, perante a manutenção deste comportamento, independentemente das diferentes tentativas dos profissionais para o atenuar, instalou-se também a sensação de fracasso.

A experiência foi positiva principalmente pela manutenção da tranquilidade, por parte da equipa de enfermagem, que manteve a capacidade de se dedicar às situações que eram, naquele momento, prioritárias, e de prestar cuidados perante a disrupção causada. Lamentavelmente, por outro lado, não foi possível, através da intervenção dos enfermeiros e de outros profissionais, mudar a abordagem adotada pela mãe. Além disso, desta experiência, foram negativas as consequências a nível emocional, para os envolvidos.

A violência em contexto de trabalho, nomeadamente no setor da saúde, constitui um problema reconhecido, quer a nível nacional, tendo sido reportados em 2022 mais de 1300 casos em Portugal (Direção-Geral da Saúde, 2022b), quer a nível global, existindo um vasto leque de evidência científica produzida acerca do assunto.

Em Portugal, foi elaborado um manual pela Direção-Geral da Saúde (2022a), integrado no Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida, para a implementação do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde, tendo como finalidade principal assegurar a prevenção da violência, uma abordagem adequada dos episódios que ocorrem e o apoio às vítimas, através de medidas como avaliação do risco de violência nos diversos serviços, a promoção de atividades de investigação acerca do fenómeno e a implementação de medidas de sensibilização ao público acerca do tema. O mesmo documento afirma que o profissional de saúde se encontra exposto a este problema, existindo um risco acrescido quando existe um acesso livre às zonas de trabalho, como acontece em contexto de urgência.

Verificando-se que o serviço de urgência, pelas suas características, pode ser um contexto com maior prevalência de situações de violência, Hou et al (2022) realizaram uma análise do conceito de violência no serviço de urgência, no sentido de melhorar a compreensão acerca deste e, conseqüentemente, possibilitar a sua prevenção. Os autores concluíram que a violência no serviço de urgência se trata de um comportamento intencional, resultante de fatores ambientais característicos deste contexto, que envolve uma agressão física ou verbal contra o profissional, por parte do cliente ou acompanhante, e que resulta, ou tem grande probabilidade de resultar, em dano para o profissional e para o cliente. Yıldız e Yıldız (2022) verificaram, através da exploração das experiências de 20 enfermeiros em urgência pediátrica, que a violência verbal era a mais frequente, incluindo insultos e ameaças, podendo, ainda assim, evoluir para violência física, sendo que a revisão sistemática por Chakraborty et al. (2022) verificou o mesmo.

Hou et al. (2022) constataram que os antecedentes deste fenómeno estavam relacionados com o seguinte: o cliente, como o stress devido à situação e os tempos de espera prolongados; o profissional, como a visibilidade e a acessibilidade por estar na triagem; e o contexto, como a falta de seguranças, falta de recursos e superlotação da sala de espera. Chakraborty et al. (2022) corroboram estes dados e acrescentaram a falta de comunicação por parte dos profissionais, a atitude destes para com o cliente e a falta de treino para lidar com a situação, além das condições físicas dos serviços, sendo estas realçadas pela sobrelotação mencionada anteriormente. Al-Natour et al. (2022) reforçam estes achados e acrescentam ainda a existência de experiências negativas anteriores,

barreira linguística e falta de privacidade. Em contexto de urgência pediátrica, Yildiz e Yildiz (2022) identificaram causas semelhantes, acrescentando-se o não cumprimento das expectativas dos pais relativas ao tempo de espera e à dor resultante dos procedimentos realizados, assim como a falta de informação. No mesmo contexto, Pich et al. (2013) salientam como causas os tempos de espera, considerados excessivos pelas famílias, a percepção de que os cuidados ao seu filho não correspondem às expectativas e a comparação com informação que obtêm da internet, que pode também potenciar a sua ansiedade e os comportamentos agressivos, sendo identificados como potenciais agressores os pais das crianças que recorrem à urgência. Os mesmos autores acrescentam o consumo de substâncias, designadamente por jovens, assim como a falta de compreensão relativa ao processo de triagem.

A abordagem do enfermeiro durante ou após estas situações é também de extrema importância, podendo esta abordagem configurar uma das causas para o agravamento da situação. Os participantes no estudo realizado por Yildiz e Yildiz (2022) identificaram como estratégias a tentativa de comunicar com o cliente acerca do problema, assim como pedir a colaboração de colegas, nomeadamente do enfermeiro responsável. Outras estratégias identificadas na literatura são o aumento da segurança, a realização de formação aos profissionais sobre o tema e o treino para lidar com estas situações, além da comunicação com o público acerca do problema (Chakraborty et al., 2022). See e Catterson (2017) sugerem a implementação de ferramentas de informação acerca do percurso do cliente na urgência, com recurso a um vídeo que ilustre este percurso, um panfleto com esta informação e uma estimativa do tempo de espera real, relativo ao dia em específico. Os autores avaliaram a eficácia da medida através de um questionário aos enfermeiros, que relataram a percepção de uma redução da violência, e aos clientes, tendo a maioria avaliado a ida à urgência como positiva, afirmando compreender melhor o que estava a acontecer, o que resultou em menor frustração.

Muitas vezes, estas situações levam os profissionais a adotar uma postura defensiva, podendo comprometer a sua capacidade de estabelecer uma relação terapêutica e prestar cuidados de qualidade (Pich et al., 2013), além de levarem a *burnout* e insatisfação profissional (Chakraborty et al., 2022; Direção-Geral da Saúde, 2022a; Hou et al., 2022; Pich et al., 2013; Yildiz & Yildiz, 2022), o que poderá também conduzir ao

agravamento do problema da violência em contexto de urgência (Al-Natour et al., 2022). Outra questão que poderá contribuir para a insatisfação sentida pelos profissionais é a ausência de implementação de medidas perante o reporte de situações de violência que, por sua vez, também leva a que os profissionais o façam menos (Chakraborty et al., 2022).

As emoções experienciadas pelos profissionais podem ainda ser intensificadas pelas expectativas existentes, em contexto de urgência, para o enfermeiro manter uma postura imperturbável, sem demonstrar medo ou qualquer sinal de estar ocupado ou mesmo assoberbado pelo trabalho, suprimindo qualquer sentimento relativo às atitudes menos corretas dos clientes (Kirk et al., 2021). Perante isto, e face ao ambiente exigente do serviço de urgência e ao aumento da frequência das situações de violência, o enfermeiro pode experienciar emoções passíveis de comprometer a sua capacidade de estabelecer uma relação com o outro e de cuidar. Watson (2021) enfatiza que cuidar assenta na relação e ligação estabelecida entre duas pessoas, transcendendo o momento e a própria ação, implicando também, que o profissional seja vulnerável e humano, cuidando de si mesmo, enquanto mantém a sua capacidade de cuidar (Diogo, 2023; Watson, 2021). O enfermeiro, perante situações emocionalmente intensas, realiza uma gestão intencional das emoções, no sentido da transformação positiva da experiência emocional, desempenhando, assim, o trabalho emocional em enfermagem, com centralidade no cliente, no próprio enfermeiro e na relação estabelecida entre estes (Diogo, 2023).

Na situação em análise, foi possível identificar o trabalho emocional na intervenção do enfermeiro, nomeadamente com recurso ao modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Diogo, 2023), que será mobilizado no presente parágrafo. Desde logo, os enfermeiros do serviço promoveram um ambiente seguro e afetuoso, através do acolhimento ao serviço, e no recurso a brincadeiras com a criança, por exemplo, além de nutrirem os cuidados com afeto, com o sorriso e o falar amimado, nas interações com a criança e família. Além disso, os enfermeiros facilitaram a gestão das emoções do cliente, inicialmente através de uma gestão emocional de antecipação, mostrando disponibilidade e fornecendo informações e, posteriormente, nos momentos descritos, através da gestão das emoções reativas, fazendo pausas, colocando-se ao lado da criança e da sua mãe, esclarecendo as suas dúvidas, nomeadamente relativas ao

percurso na urgência, e envolvendo-os nos cuidados, assim como fomentando a esperança. Além disso, o enfermeiro constrói a estabilidade na relação, através do envolvimento emocional, da gestão de episódios conflituosos e do equilíbrio de poderes. A gestão de episódios conflituosos é particularmente importante neste caso, incluindo uma abordagem calma e de controlo, dar espaço para a expressão de emoções e desmontar o problema. Não menos importante, como já foi referido, o enfermeiro regula a própria disposição emocional para cuidar, nomeadamente através da análise da experiência, como a presente reflexão, associada a leituras acerca do tema, e ao falar com colegas, designadamente colegas mais experientes, assim como ao compreender a reação do cliente, acreditar na própria competência e olhar para a situação como um desafio, mas também afastando-se da situação por momentos, caso seja necessário.

A análise da literatura permitiu aprofundar o tema da violência no setor da saúde, um problema extremamente importante na atualidade, tanto a nível nacional, como a nível internacional, com recurso a uma situação vivenciada em estágio, no contexto de urgência pediátrica. Foi possível abordar a situação de várias perspetivas, permitindo também clarificar o conceito central deste trabalho, o que irá contribuir para uma abordagem holística ao problema e para a sua prevenção. Sabendo que o serviço de urgência constitui um contexto cujas características o tornam mais propenso a situações de violência, torna-se essencial a existência de medidas eficazes para a sua prevenção, assim como para lidar com as situações de violência, quando estas ocorrem, e suas consequências.

Neste caso, poderia ter sido importante a existência de mais informação acerca dos tempos de espera que, naquele dia, estavam mais prolongados do que era habitual, assim como informação que esclarecesse o percurso realizado pela criança e família no serviço de urgência, não sendo este completamente compreendido por todos os clientes. Em situações em que não é possível evitar o comportamento, é essencial a abordagem do profissional, nomeadamente através da gestão das emoções reativas e dos episódios conflituosos, salientando-se a importância do trabalho emocional desempenhado pelo enfermeiro. O enfermeiro especialista tem um papel fundamental nestas situações, sendo que a evidência descreve a colaboração entre colegas e o recurso ao enfermeiro responsável como uma das abordagens nestas situações. Neste sentido, o enfermeiro

especialista detém competências relevantes, nomeadamente por demonstrar uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas e promover a proteção dos direitos humanos, além de gerir as práticas, promovendo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente, promover um ambiente gerador de segurança e proteção, e participar na gestão do risco e gerar respostas de adaptabilidade individual e organizacional, designadamente através da gestão de sentimentos e emoções, atuando sob pressão em situações potencialmente conflituosas, utilizando estratégias adequadas para a sua resolução (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Verificou-se também que a ocorrência destas situações pode ter consequências graves para os profissionais, sendo estas exacerbadas pela expectativa relativamente à postura do enfermeiro no serviço de urgência, podendo mesmo comprometer a capacidade do enfermeiro para cuidar. O enfermeiro compreende que a reação do cliente, embora seja dirigida a si, naquele momento, não está relacionada consigo, devendo-se às emoções intensas experienciadas pela pessoa, associadas ao problema de saúde da criança, intensificadas pelas características específicas do serviço de urgência, como verificado anteriormente. Assim, é importante que o enfermeiro adote estratégias de modo a regular a sua disposição emocional para cuidar.

Sabendo que situações semelhantes poderão ocorrer, torna-se importante refletir acerca de qual seria a melhor forma de agir. Perante a situação descrita, acredito que a intervenção da equipa de enfermagem foi adequada, porém, poderão existir outras formas de abordar a criança e família, desde a sua entrada na urgência, não sendo possível determinar com precisão como decorreu o acolhimento desta família, pois ocorreu antes do turno realizado, com outros colegas. Desta forma, poderiam existir potenciais alterações à abordagem que, por sua vez, reduziriam a ocorrência deste tipo de situações, pelo que se destaca a importância de realizar formações à equipa acerca de situações de violência, a sua prevenção e como as abordar quando ocorrem, e que contemplem a dimensão emocional do cuidar e o trabalho emocional desempenhado pelo enfermeiro, incluindo estratégias para o profissional lidar com as situações, assim como com as suas consequências, nomeadamente a nível psicológico.

Referências Bibliográficas

- Al-Natour, A., Abuziad, L., & Hweidi, L. I. (2022). Nurses' experiences of workplace violence in the emergency. *International Nursing Review*, 70(4), 485-493. doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12788>
- Chakraborty, S., Mashreky, S. R., & Dalal, K. (2022). Violence against physicians and nurses: a systematic literature review. *Journal of Public Health*, 30, 1837-1855. doi:<https://doi.org/10.1007/s10389-021-01689-6>
- Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisbon International Press.
- Direção-Geral da Saúde. (2022a). *Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida - Manual para a Implementação do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido de <https://www.dgs.pt/prevencao-da-violencia-no-setor-da-saude/ficheiros/plano-nacional-violencia-saude-2022-final1.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022b). *Violência no Setor da Saúde*. Obtido em 10 de dezembro de 2023, de SNS - Portal do SNS: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/11/17/violencia-contra-profissionais-de-saude/>
- Hou, Y., Corbally, M., & Timmins, F. (2022). Violence against nurses by patients and visitors in the emergency department: A concept analysis. *Journal of Nursing Management*, 30(6), 1688-1699. doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.13721>
- Kirk, K., Cohen, L., Edgley, A., & Timmons, S. (2021). "I don't have any emotions": An ethnography of emotional labour and feeling rules in the emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 77(4), 1956-1967. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.14765>
- Pich, J., Hazelton, M., & Kable, A. (2013). Violent behaviour from young adults and the parents of paediatric patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 21(3), 157-162. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.08.007>

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, 4744 - 4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Diário da República, 2ª Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194

See, J. A., & Catterson, P. (2017). Can improving information to patients about emergency department processes reduce aggressive behaviour towards staff? *Emergency Medicine Australasia*, 29(5), 597-598. doi:<https://doi.org/10.1111/1742-6723.12858>

Watson, J. (2021). *Caring science as sacred science - New revised edition*. Lotus Library Watson Caring Science Institute.

Yıldız, I., & Yıldız, F. T. (2022). Pediatric emergency nurses' workplace violence experiences: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 62, 1-7. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101160>

Apêndice XIV – Sessão de formação: “Trabalho emocional em enfermagem
pediátrica”

(Urgência Pediátrica)

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

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**Sessão de formação: Trabalho emocional em
enfermagem pediátrica**

Rita Vieira de Barros

N.º 7566

Orientadora: Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo

Lisboa

Outubro de 2023



1. Introdução

No estágio realizado na urgência pediátrica verificou-se a existência de uma oportunidade formativa relacionada com a problemática de enfermagem identificada, constatando-se que os enfermeiros deste contexto desconheciam o conceito de trabalho emocional e, simultaneamente, relatavam que, inerente às experiências das crianças e famílias que recorriam a este serviço, existia uma emocionalidade intensa, sendo essencial a gestão intencional das emoções. O trabalho emocional do enfermeiro insere-se na dimensão emocional do cuidar em enfermagem, uma parte fundamental que é, muitas vezes, menos visível ou desvalorizada (Diogo, 2023). Desta forma, verificou-se uma oportunidade para promover a aprendizagem acerca deste tema, conferindo-lhe maior visibilidade e destaque, através de uma sessão de formação, cujos objetivos foram: explicitar o conceito de trabalho emocional e analisar o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica e a sua aplicabilidade em urgência pediátrica.

2. Fundamentação

O recurso à urgência pediátrica, mesmo que devido a um problema de saúde aparentemente menos grave, constitui uma crise para a família, estando associada a uma elevada carga emocional, pelo que é essencial que a abordagem seja acolhedora e transmissora de confiança e tranquilidade (Vaz & Trigo, 2020). Neste contexto, é essencial a intervenção a nível da gestão do medo da criança, decorrente do ambiente desconhecido e da realização de procedimentos dolorosos e invasivos, nomeadamente através do brincar, da distração, da utilização de vídeos, das explicações e da presença dos pais (Fox, 2024; Diogo et al., 2017; Diogo, 2023; Scott, 2024).

Ainda decorrente do estado emocional, particularmente da família, este contexto é propenso à ocorrência de situações de violência, tendo como causa a ansiedade dos pais relativamente ao estado de saúde do seu filho, além de frustração pelos tempos de espera, sendo que, por isto, o enfermeiro encontra-se vulnerável à violência neste contexto (Pich et al., 2013).

O enfermeiro, consciente da emocionalidade intensa experienciada pela família, é capaz de transformar de forma positiva as emoções experienciadas (Diogo, 2023), desde o primeiro contacto, na triagem. Ou seja, o enfermeiro desempenha o trabalho emocional, um conceito introduzido em enfermagem por Pam Smith (1992, 2017). Esta intervenção ocorre através de cinco categorias de cuidados, explicitadas no Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Diogo, 2023), e apresentadas de seguida.

O enfermeiro **promove um ambiente seguro e afetuoso**, nomeadamente através da forma como acolhe e gera um ambiente familiar, sabendo que o ambiente hospitalar é stressante, e tendo como resultado uma experiência mais positiva, em que a família fica mais tranquila e à vontade (Diogo, 2023).

O enfermeiro **nutre os cuidados com afeto** através do sorriso e da forma como fala com a criança e família, num momento próprio ou mesmo vinculado a procedimentos, como exposto anteriormente, podendo ser espontâneo ou intencional, tendo como consequências o aumento da confiança dos pais, da tranquilidade e do bem-estar (Diogo, 2023).

Relativamente à categoria “**facilitar a gestão das emoções do cliente**”, o enfermeiro intervém através gestão emocional de antecipação e das emoções reativas, possibilitando atenuar experiências emocionalmente perturbadoras, promover a tranquilidade, potenciar o autocontrolo emocional e conquistar a confiança (Diogo, 2023).

O enfermeiro **constrói a estabilidade na relação**, sabendo que esta é essencial na prática de cuidados, através do envolvimento emocional, da gestão de episódios conflituosos e do equilíbrio de poderes, resultando numa maior tranquilidade nas relações e minimização dos conflitos (Diogo, 2023).

Finalmente, sendo que também é afetado durante a prestação de cuidados no contexto da urgência pediátrica, o enfermeiro é capaz de **regular a própria disposição emocional para cuidar**, nomeadamente através da análise de experiências e partilha de sentimentos, possibilitando a prevenção da exaustão emocional e promoção do seu bem-estar emocional. Estas ações podem prevenir a exaustão emocional a nível interno, promovendo o bem-estar emocional (Diogo, 2023).

3. Planeamento e Divulgação da Sessão

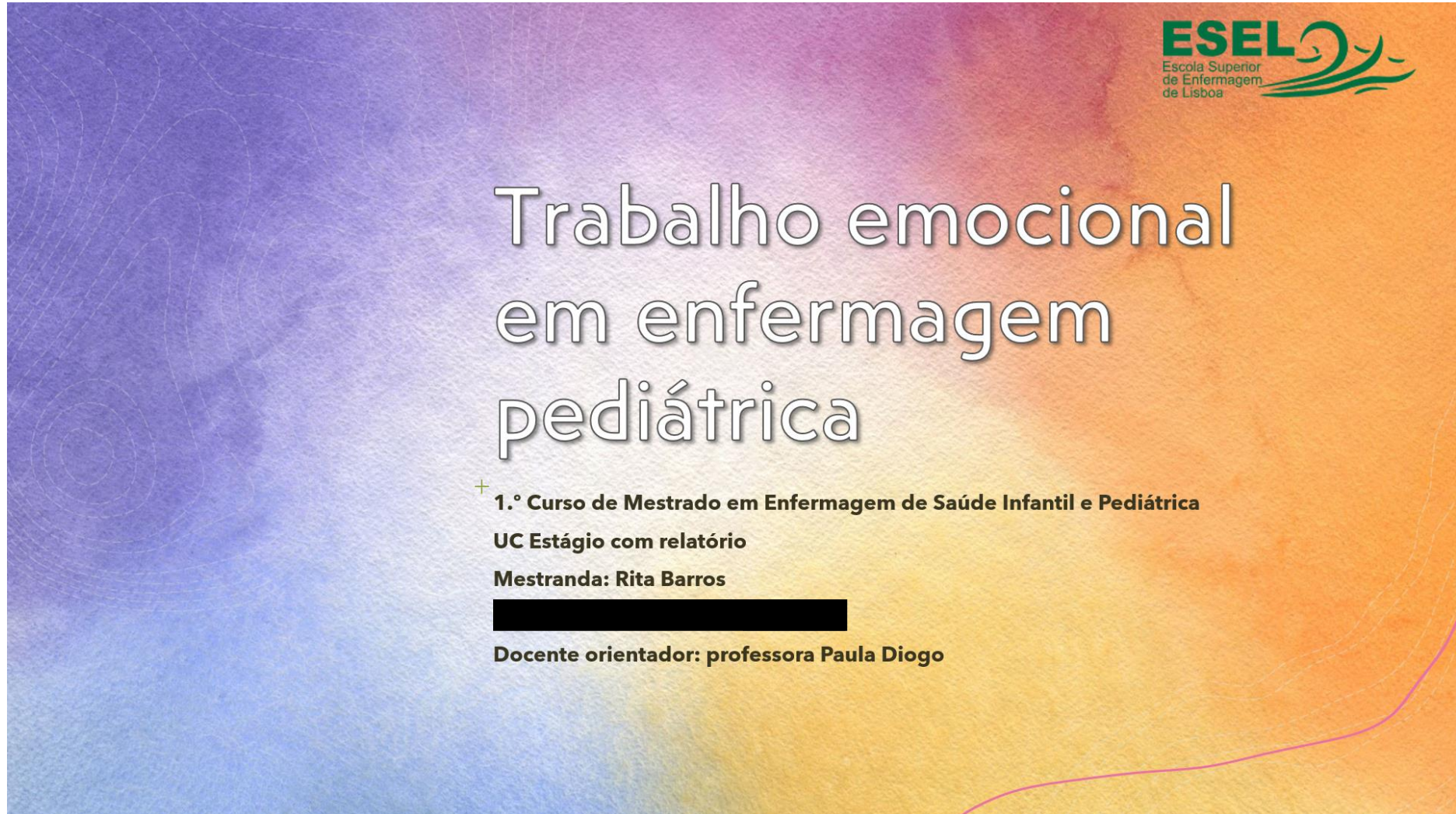
No presente capítulo, encontra-se o planeamento da sessão de formação, que foi realizada por Zoom, sendo este o formato das restantes formações realizadas naquele contexto. A data foi acordada com a equipa, e a sua divulgação foi realizada através de um póster e de um email para a equipa de enfermagem.

| | |
|----------------------------|--|
| Curso: | 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica |
| Unidade Curricular: | Estágio com relatório |
| Tema da sessão: | Trabalho emocional em enfermagem pediátrica |
| Objetivos | Explicitar o conceito de trabalho emocional Analisar o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica e a sua aplicabilidade |
| Duração: | 45 minutos |
| Data da sessão: | 07/12/2023 |
| Local: | Urgência pediátrica |
| Formadores: | Rita Barros |
| Destinatários: | Enfermeiros da urgência pediátrica |

| | Conteúdos | Metodologia | Recursos Didáticos | Tempo |
|------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------|--------------|
| Introdução | <p>Apresentação da mestrandia</p> <p>Contextualização e justificação da pertinência do tema</p> <p>Apresentação dos objetivos da sessão</p> | Método expositivo | Computador; Projetor; | 3min |
| Desenvolvimento | <p>Trabalho emocional em enfermagem</p> <p>Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica</p> | Método expositivo | Computador; Projetor; | 30 min |
| Conclusão | <p>Considerações finais</p> <p>Espaço para questões</p> <p>Entrega do questionário de avaliação da formação</p> | Método expositivo e interrogativo | Computador; Projetor; | 12min |

4. Execução

De seguida, apresentam-se os diapositivos utilizados para a realização da sessão de formação.



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Trabalho emocional em enfermagem pediátrica

+ **1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**
UC Estágio com relatório
Mestranda: Rita Barros
[Redacted]
Docente orientador: professora Paula Diogo



Índice

+Objetivos da sessão

+Projeto

+Trabalho emocional

+Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Objetivos

- +Explicitar o conceito de trabalho emocional e a sua importância
- +Analisar o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica e a sua aplicabilidade

Projeto

- + Temática: Cuidar em enfermagem pediátrica
- + Problema: Emocionalidade intensa experienciada pelas crianças e famílias nos processos saúde-doença
- + Objeto de estudo: trabalho emocional do enfermeiro que cuida de crianças e famílias nos processos de saúde-doença, com recurso ao Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Trabalho Emocional

- + Foco nas emoções do cliente e do enfermeiro, não existindo um subjugar às regras da profissão, mas sim uma adaptação (Diogo, 2023; Smith, 2012).
- + Competências no âmbito da gestão emocional e tendo como componentes, por exemplo, dar suporte e tranquilidade, o humor e alívio do sofrimento (Diogo, 2023; Smith, 2012).

Dimensão emocional do cuidar na urgência pediátrica

- + A **dimensão emocional do cuidar** é de particular importância em pediatria, estando a criança e família frequentemente sujeitas a emoções negativas (Diogo, 2023), designadamente no recurso à **urgência**.
- + A criança poderá sentir **medo**, nomeadamente pelo ambiente desconhecido e realização de procedimentos dolorosos (Diogo et al., 2017).
- + A família pode adotar **comportamentos violentos**, decorrentes da **emocionalidade intensa** que experienciam, estando o enfermeiro vulnerável à violência (Pich et al., 2013).
- + O enfermeiro intervém no sentido de **atenuar as emoções negativas** experienciadas pela criança e família (Diogo et al., 2017).

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

- + O **Modelo TEEP** constitui uma orientação para a prática em pediatria, que possibilita a prestação de cuidados de enfermagem holísticos.
- + Define o trabalho emocional como a gestão da emocionalidade, tanto do enfermeiro como do cliente, nos processos de saúde-doença, com a intenção de transformar positivamente as experiências.
- + Cinco categorias de cuidados **"Promover um ambiente seguro e afetivo", "Nutrir os cuidados com afeto", "Facilitar a gestão das emoções dos clientes", "Construir a estabilidade na relação" e "Regular a disposição emocional para cuidar"**.

(Diogo, 2023)

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Promover um ambiente seguro e afetivo

| CONTEXTO/CONDIÇÕES | AÇÕES/INTERAÇÕES | CONSEQUÊNCIAS |
|--|---|---|
| <p>Porquê O ambiente dos serviços de saúde é muitas vezes estranho e stressante O cliente tem preconceitos negativos sobre os serviços de saúde (ambiente adverso, dominador e que causa insegurança) A criança precisa de proteção</p> <p>Fatores que facilitam <i>Ambiente físico</i> Pinturas nas paredes e tetos Vídeos de desenhos animados Brinquedos Sala de brincadeiras</p> | <p>Como Acolher Cumprimentar Expressar afeto Gerar ambiente familiar Preservar o quarto/unidade do cliente Sintonia com o mundo infantil (brincadeira, cantar, mobilizar personagens de contos de fada, de filmes ou desenhos animados) Despedidas calorosas Fotografias para recordar</p> <p>Modo Ambiente afetivo que se cria na relação com os clientes, durante os procedimentos e entre os enfermeiros Uso de fardas coloridas e com bonecos</p> | <p>A experiência de cuidados de saúde torna-se mais positiva, pois os clientes conseguem sentir-se à vontade na relação com os enfermeiros, colocam as suas dúvidas e estão mais tranquilos A recuperação das crianças e dos jovens é mais rápida quando estes estão familiarizados com o ambiente, quando estão melhor adaptados e se sentem seguros nos serviços de saúde</p> |

(Diogo, 2023, p.54)

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Nutrir os cuidados com afeto

| CONTEXTO/CONDIÇÕES | AÇÕES/INTERAÇÕES | CONSEQUÊNCIAS |
|--|--|--|
| <p>Porquê É necessário para o desenvolvimento das crianças É desejado É um direito As crianças apelam Diminui os fatores de stress associados aos cuidados de saúde Os cuidados não funcionam sem afetos Pode ser tão ou mais importante do que um procedimento técnico Facilita a execução dos procedimentos É essencial para conquistar a confiança</p> <p>Fatores que facilitam Gostar muito de crianças Considerar as crianças como se fossem o seu próprio filho ou alguém da família Modo afetivo de ser Tempo de contacto e desenvolvimento da relação Experiência de parentalidade</p> | <p>Como <i>Dádiva de afeto</i> Sorriso; voz embalada e suave; olhar meigo; falar amimados (adjetivos carinhosos, frases carinhosas, "inhos", movimentos balanceados com a cabeça); carinho (festas e toques suaves, beijinhos e abraços); colo</p> <p>Quando <i>Momento próprio</i> Cumprimento no início da interação; despedidas; tomar conta da criança Vinculado aos procedimentos Conforto; posicionamento; higiene; alimentação; segurança; procedimentos dolorosos</p> <p>Envolve todos os cuidados e inclui o ambiente e relação entre colegas</p> <p>Modo <i>Espontâneo</i> Ato natural ou que "sai" durante os cuidados <i>Intencional</i> Em substituição dos pais; aliviar o sofrimento de uma criança/jovem que está sem acompanhante; planeamento de cuidados</p> | <p>A criança ou jovem sente-se amado e considerado</p> <p>Os pais sentem confiança nos enfermeiros e segurança nos cuidados</p> <p>Tranquilidade, bem-estar e percepção de não ser tão mau estar num serviço de saúde</p> <p>Alivia o sofrimento e constitui uma forma de ajuda e apoio</p> <p>Desenvolvimento e consolidação da relação</p> <p>Colaboração facilitada dos clientes nos cuidados</p> |

(Diogo, 2023, p.55)

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Facilitar a gestão das emoções dos clientes

| CONTEXTO/CONDIÇÕES | AÇÕES/INTERAÇÕES | CONSEQUÊNCIAS |
|--|---|--|
| <p>Porquê As vivências emocionais inerentes aos cuidados de saúde são potencialmente intensas Podem existir problemas emocionais anteriores Os clientes conseguem lidar melhor se forem ajudados</p> <p>Fatores que facilitam Acesso prévio à informação sobre o estado emocional dos clientes Saber experiencial Sensibilidade vigilante Relação construída</p> | <p>Como <i>Gestão emocional de antecipação</i> Demonstrar postura calma e carinhosa Mostrar disponibilidade Preparar para os procedimentos Fornecer explicações/informações Favorecer a expressão de sentimentos Dar reforço positivo Distrair</p> <p><i>Gestão das emoções reativas</i> Envolver a família nos cuidados Explicar e esclarecer dúvidas Fazer pausas Fomentar a esperança Colocar-se ao lado Dar carinho Diferenciar os momentos Desviar o foco de atenção Encorajar e restringir</p> | <p>Na maioria das interações e a maior parte do tempo permite evitar que os clientes experienciem emoções de tonalidade negativa</p> <p>Promover a tranquilidade e bem-estar emocional</p> <p>Potenciar o autocontrolo emocional</p> <p>Conquistar a confiança que é tranquilizadora</p> |

(Diogo, 2023, p.56)

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Construir a estabilidade na relação

| CONTEXTO/CONDIÇÕES | AÇÕES/INTERAÇÕES | CONSEQUÊNCIAS |
|---|---|--|
| <p>Porquê Os clientes vivem uma experiência emocional intensa que projetam na interação A estabilidade das relações é essencial na prática de cuidados Por vezes a confiança é frágil ou está ausente A cultura do cliente influencia Existe recusa e defesa do cliente Existem conflitos mal resolvidos entre enfermeiros e clientes O cliente revela hostilidade Os procedimentos são dolorosos Existem incumprimentos Existem momentos de quebra de confiança</p> <p>Fatores que facilitam Pais calmos e simpáticos Crianças/jovens recetivos Enfermeiros com disponibilidade de tempo Sentimento de empatia Sentimento de confiança Tempo de contacto Figura de referência</p> | <p>Como <i>Envolvimento emocional</i> Ligação afetiva Proximidade Conhecimento mútuo confiança</p> <p><i>Gestão de episódios conflituosos</i> Abordagem calma e de controlo Dar espaço para a expressão Desmontar o problema Procurar a reconciliação Não fazer juízos de valor negativo</p> <p><i>Equilíbrio de poderes</i> Tomada de decisão partilhada Dar espaço à função parental Colaboração mútua Participação do cliente Partilha de informação</p> | <p>Tranquilidade nas relações entre enfermeiros e clientes; um convívio pacífico necessário à prestação de cuidados</p> <p>As relações são afetivas e os conflitos são minimizados</p> <p>Tranquilidade da parte dos pais e a uma perceção de que podem contar com os enfermeiros</p> <p>As orientações/explicações que fornecem aos clientes são levadas em conta</p> <p>Melhor adaptação e capacidade para lidar com os processos de saúde-doença</p> <p>Aceitação e compreensão para com os enfermeiros</p> |

(Diogo, 2023, p.57)

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Regular a disposição emocional para cuidar

| CONTEXTO/CONDIÇÕES | AÇÕES/INTERAÇÕES | CONSEQUÊNCIAS |
|--|--|--|
| <p>Porquê Motivação e missão Persistência para cuidar Vontade construtiva da relação Experienciam situações emocionalmente intensas (ficam afetados, vivem emoções perturbadoras, existência de situações difíceis de lidar)</p> <p>Fatores que facilitam Compensação (relações emocionalmente estáveis, sentimento de gratificação, sentimento de realização, as próprias crianças ajudam) Necessidade de gerirem as suas emoções para conseguir cuidar Conhecimento de si Apoio entre colegas</p> <p>Fatores que dificultam Excesso de trabalho que conduz a intensificação do stress e cansaço Fragilidades pessoais relacionadas com experiências anteriores Características individuais Transferência para os filhos Conflitos na equipa de saúde</p> | <p>Como <i>Analisar as experiências</i> Falar com os colegas Leituras Escrita reflexão</p> <p><i>Partilhar o que sente</i> Colega específico Grupo de colegas</p> <p><i>Compreensão das reações dos clientes</i> Minimizar o negativo Perceber que não é dirigido a si</p> <p><i>Atenuar positivamente</i> Perceber que não são os únicos a falhar Acreditar na sua competência Encarar como desafio</p> <p><i>Não se deixar afetar negativamente mantendo-se conectado</i> Descentrar-se Afastar-se por momentos Evitar prestar cuidados Cortar com a fonte de emoções Cessar funções</p> | <p>Os enfermeiros conseguem inibir ou induzir emoções nos próprios de modo a conseguirem transformar as emoções perturbadoras e a continuarem a cuidar dos clientes, mantendo o envolvimento emocional</p> <p>Promove o bem-estar, o alívio do sofrimento e contribui para a adaptação do cliente à situação</p> |

(Diogo, 2023, p.58)

Referências bibliográficas

- Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisbon International Press.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2017). Medos das crianças dos 6 a 12 anos em contexto de urgência pediátrica: o enfermeiro enquanto gestor emocional. In P. Diogo, *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem* (pp. 45-76). Lusodidacta.
- Li, H., Cheng, B., & Zhu, X. P. (2018). Quantification of burnout in emergency nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Emergency Nursing*, 39, 46-54. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.005>
- Pich, J., Hazelton, M., & Kable, A. (2013). Violent behaviour from young adults and the parents of paediatric patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 21(3), 157-162. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.08.007>
- Smith, P. (2012). *The emotional labour of nursing revisited: can nurses still care?* (2ª ed.). Palgrave Macmillan.
- Watson, J. (2021). *Caring science as sacred science - New revised edition*. Lotus Library Watson Caring Science Institute.

5. Avaliação da sessão de formação em serviço - “Trabalho emocional em enfermagem pediátrica”

Assistiram à formação 11 enfermeiros, dos quais seis realizaram a avaliação, encontrando-se, de seguida, a média das avaliações.

A. Orador: 4.9/5

- a. Domínio e clareza da exposição: 5/5
- b. Definição de objetivos: 5/5
- c. Capacidade de transmissão de conhecimentos: 4,8/5
- d. Esclarecimento de dúvidas: 4,8/5

B. Conteúdos e métodos: 4.9/5

- a. Conteúdos relevantes para a minha função: 5/5
- b. Temas coerentes e estruturados 4.8/5
- c. Métodos adequados aos temas: 4.8/5
- d. Temas atingiram os objetivos: 5/5

C. Avaliação global: 4.8/5

- a. Duração: 4.8/5
- b. Expetativas iniciais correspondidas: 4.8/5
- c. Organização geral: 4.8/5

D - Pontos fortes:

Confiança na exposição do tema

Tema muito pertinente

E - Oportunidades de melhoria

Organização dos slides

Mais exemplos práticos

6. Contributo para o Desenvolvimento de Competências

A realização desta atividade contribuiu para a consecução dos objetivos delineados de promover uma prática de qualidade e baseada em evidência científica, assumindo um papel dinamizador na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua e na pesquisa e partilha de evidência científica, assim como de analisar o trabalho emocional do enfermeiro nos processos de saúde-doença vivenciados pela criança ou jovem e família. A sua realização possibilitou o desenvolvimento de competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, designadamente ao ser facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho, atuando como formadora e favorecendo a aprendizagem dos enfermeiros, após o diagnóstico de necessidades formativas, com posterior avaliação do impacto da formação realizada (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Referências Bibliográficas

- Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisbon International Press.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2017). Medos das crianças dos 6 a 12 anos em contexto de urgência pediátrica: o enfermeiro enquanto gestor emocional. In P. Diogo, *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem* (pp. 45-76). Lusodidacta.
- Fox, J. L. (2024). Family-centered care of the child during illness and hospitalization. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's Nursing care of infants and children* (12^a ed., pp. 648-667). Elsevier.
- Pich, J., Hazelton, M., & Kable, A. (2013). Violent behaviour from young adults and the parents of paediatric patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 21(3), 157-162. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.08.007>
- Smith, P. (1992). *The emotional labour of nursing: how nurses care*. Macmillan Education.
- Smith, P. (2017). *The emotional labour of nursing revisited: Can nurses still care?* (2^a ed.). Bloomsbury Publishing.
- Scott, K. L. (2024). Communication and physical assessment of the child and family. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's nursing care of infants and children* (12^a ed., pp. 74-131). Elsevier.
- Vaz, F., & Trigo, R. (2020). A criança e o jovem em contexto de urgência. In A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 293-309). Lidel.

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

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

Unidade Curricular Estágio com relatório

**Gestão da emocionalidade da criança e família em
contexto de internamento de pediatria: análise da
intervenção do enfermeiro**

**Rita Vieira de Barros
Nº7566**

Orientadora: Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo

**Lisboa
Janeiro de 2024**



1. Introdução

A doença e consequente hospitalização constituem uma crise para a criança e família, estando associadas a stressores como a separação, a perda de controlo e a dor (Fox, 2024), pelo que é essencial que o enfermeiro esteja desperto para o impacto, designadamente a nível emocional, da hospitalização, devendo ser capaz de prestar cuidados à criança e família que não excluam a dimensão emocional e de realizar uma gestão adequada das emoções, adotando uma atitude positiva para com as famílias. Por este motivo, foi realizada uma sessão de análise das práticas no internamento de pediatria, tendo sido verificada uma oportunidade de partilha e aprendizagem neste âmbito, em conjunto com o enfermeiro orientador. Com o título “Gestão da emocionalidade da criança e família em contexto de internamento de pediatria: análise da intervenção do enfermeiro”, a sessão teve como finalidade identificar e analisar as práticas dos enfermeiros do internamento de pediatria, relativas à gestão emocional da criança e família, tendo em conta a evidência científica existente acerca do tema.

2. Fundamentação

A doença e consequente hospitalização são, frequentemente, a primeira crise experienciada pela criança e família, implicando stressores como a separação, a perda de controlo e a dor (Fox, 2024). Toda a unidade familiar é afetada pela hospitalização, de forma diferente consoante o problema de saúde, os seus recursos, as experiências anteriores, os problemas concomitantes e os padrões de comunicação, entre outros, sendo cada experiência única, assim como a reação de cada pessoa (Fox, 2024). Os pais sentem-se, frequentemente, assoberbados e desamparados quando o seu filho é hospitalizado, necessitando de apoio e de informação acerca da situação (Fox, 2024). É essencial que o enfermeiro tenha em conta esta informação e seja capaz de prestar cuidados à criança e família que não excluem a dimensão emocional, sendo capaz de realizar uma gestão das emoções adequada, e adotando uma atitude positiva para com as famílias, com foco nas forças destas (Diogo, 2023; Fox, 2024).

As emoções são indissociáveis de uma abordagem holística ao cuidar, não sendo possível separar a pessoa das suas emoções (Diogo, 2023; Watson, 2021). Em pediatria, a dimensão emocional do cuidar é particularmente importante, pois a criança e família estão sujeitas a emoções negativas, associadas aos processos de saúde-doença, sendo os enfermeiros capazes de as mitigar (Diogo, 2023). Diferentes situações podem levar à hospitalização de uma criança, implicando experiências diferentes, embora todas elas potencialmente intensas do ponto de vista emocional.

A infeção pelo vírus sincicial respiratório é um motivo frequentemente de hospitalização, e os pais de crianças internadas por este motivo experienciam stress e ansiedade relacionados com o estado de saúde atual do seu filho e com potenciais reinfeções e reinternamentos, sendo o apoio emocional, a informação transmitida pelos profissionais e a relação estabelecida extremamente importantes para a família (Carbonell-Estrany et al., 2018).

Os casos em que a criança é hospitalizada em contexto de diabetes inaugural também constituem um impacto significativo para esta e para a sua família. O diagnóstico

é assoberbante e implica uma mudança drástica a vários níveis, exigindo um ajuste a todos os membros e a aquisição rápida de conhecimentos e técnicas (Thoft et al, 2022).

A carga emocional para a família é também elevada quando a criança se encontra internada em contexto de prematuridade, baixo peso à nascença ou sepsis precoce, entre outras situações associadas ao período neonatal. Este evento está associado a grandes níveis de stress e ansiedade para a família, descrito pelos pais como uma montanha-russa de emoções, implicando, por vezes, alterações na relação do casal, sendo que cada um poderá ter reações diferentes à situação, muitas vezes associadas às expectativas para cada elemento, a nível social (Loewenstein et al., 2021).

Um estudo por Claridge e Powell (2023) explorou as experiências de 17 crianças internadas, entre os quatro e os 15 anos de idade, que relataram stress associado à dor, medo do equipamento médico, alterações à rotina, incerteza e saudades de casa, enquanto as oportunidades para sair do quarto e o apoio dos pais, amigos e profissionais constituíam estratégias de *coping*.

Assim, é extremamente importante que o enfermeiro esteja desperto para o impacto, particularmente a nível emocional, que a hospitalização tem na criança e família, devendo ser capaz de intervir a este nível, estando inclusive contemplado na Carta da Criança Hospitalizada que a equipa deve ser capaz de dar resposta às necessidades psicológicas e emocionais da criança e família (European Association for Children in Hospital, 1996). Porém, existem alguns obstáculos, tais como a elevada carga de trabalho, que comprometem a capacidade do enfermeiro se focar e gerir as necessidades emocionais da criança e família (Boztepe & Yıldız, 2017).

3. Planeamento e Divulgação da Sessão

No presente capítulo, encontra-se o planeamento da sessão de análise das práticas, que foi realizada presencialmente e por Zoom. A data foi acordada com a equipa, e a sua divulgação foi realizada através de um póster e de um email para a equipa de enfermagem.

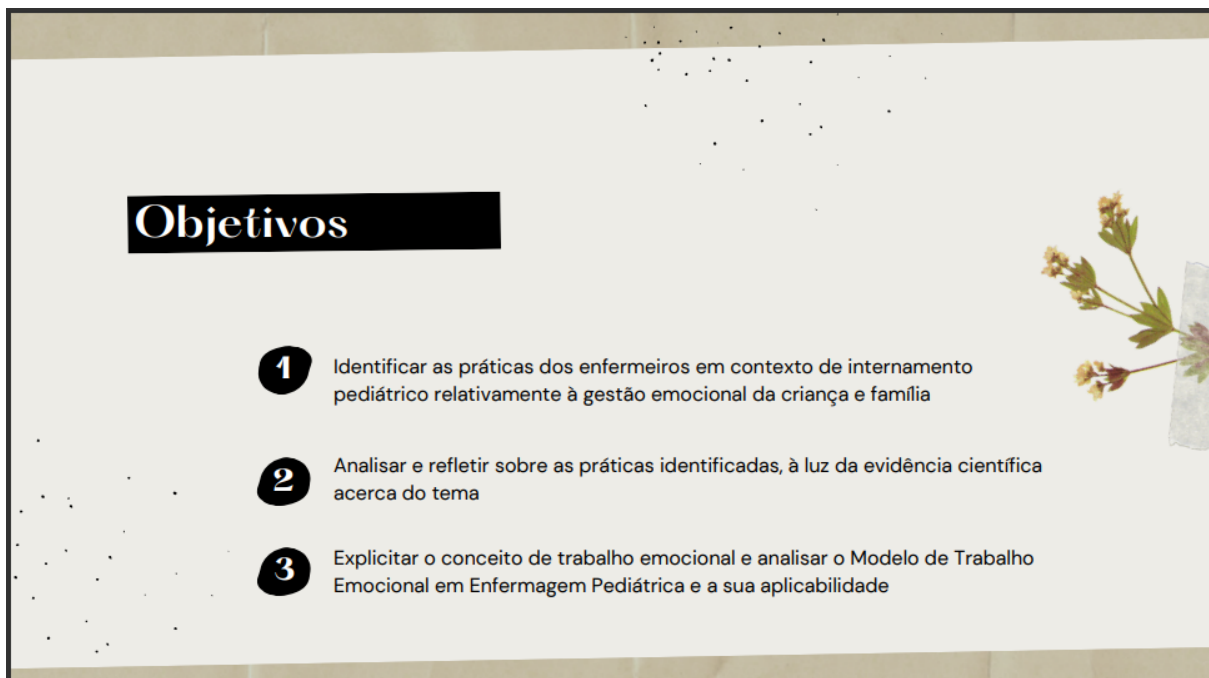
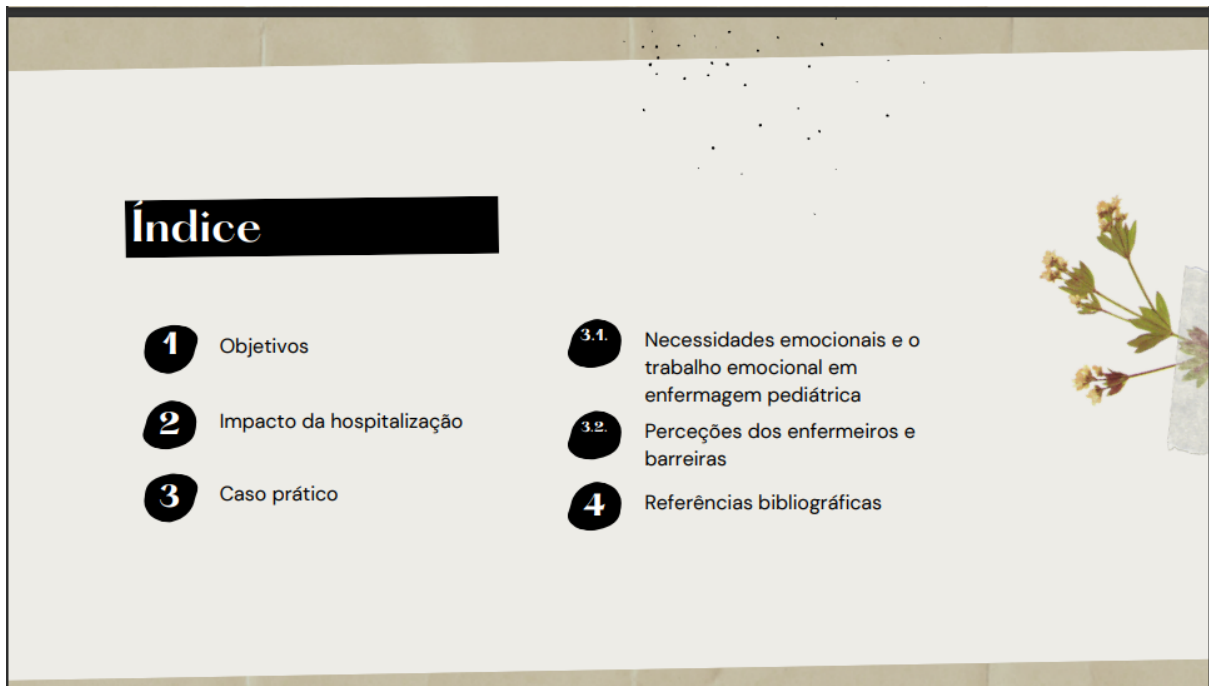
| | |
|----------------------------|--|
| Curso: | 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica |
| Unidade Curricular: | Estágio com relatório |
| Tema da sessão: | Sessão de análise das práticas: Gestão emocional da criança e família em contexto de internamento de pediatria |
| Objetivos | Identificar as práticas de gestão emocional da criança e família em contexto de internamento pediátrico Analisar e refletir acerca das práticas identificadas à luz da literatura sobre o tema Explicitar o conceito de trabalho emocional e analisar o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica e a sua aplicabilidade |
| Duração: | 45-60 minutos |
| Data da sessão: | 08/02/2024 |
| Local: | Internamento de pediatria |
| Formadores: | Enfermeira Rita Barros |

| | |
|-----------------------|--|
| Destinatários: | Enfermeiros do internamento de pediatria |
|-----------------------|--|

| | Conteúdos | Metodologia | Recursos Didáticos | Tempo |
|------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------|--------------|
| Introdução | Apresentação da mestrandia Contextualização e justificação da pertinência do tema Apresentação da estrutura e objetivos da sessão | Método expositivo | Computador; Projetor; | 2min |
| Desenvolvimento | Impacto emocional da hospitalização para a criança e família Apresentação de caso prático para discussão Análise e reflexão sobre as práticas de gestão emocional, no serviço de pediatria, à luz da evidência atual | Método expositivo e participativo | Computador; Projetor; | 40-55 min |
| Conclusão | Considerações finais Espaço para questões Entrega do questionário de avaliação da formação | Método expositivo e interrogativo | Computador; Projetor; | 3min |

4. Execução

De seguida, apresentam-se os diapositivos utilizados para a realização da sessão de formação.



Impacto da hospitalização

Doença e hospitalização

perda de controlo

separação

dor

(Fox, 2024)

Família

- desamparo
- stress
- ansiedade
- sobrecarga
- mudança
- ambiguidade

(Carbonell-Estrany, et al., 2018; Fox, 2024; Loewenstein et al., 2021; Thoft et al., 2022)

Criança

- dor
- medo
- mudança
- incerteza
- saudades de casa

(Claridge & Powell, 2023)

Impacto da hospitalização

Doença e hospitalização

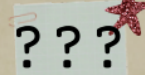
Família

Criança

Impacto emocional

```
graph TD; A[Doença e hospitalização] --> B[Impacto emocional]; C[Família] --> B; D[Criança] --> B;
```

Caso prático



O João é um menino de seis meses internado por bronquiolite há dois dias. É o segundo internamento da criança e a mãe, que está a acompanhar a criança, encontra-se muito ansiosa, pois o internamento anterior, noutra hospital, "correu muito mal" (sic). Está sozinha com o João, pois o pai está fora, em trabalho, sendo que este só vai regressar no dia seguinte.

A mãe está presente e presta cuidados ao seu filho, sendo envolvida pela equipa de enfermagem nas decisões e nos cuidados ao João. Durante o internamento, toca frequentemente à campainha e aborda os profissionais com questões acerca do seu filho, repetindo várias vezes as mesmas perguntas.

Os profissionais sentam-se junto da mãe no quarto e esclarecem todas as suas questões, utilizando algum tempo para ouvir a mãe, nomeadamente acerca de como esta se sente e daquilo que a preocupa. Porém, quando regressam para a sala de trabalho, comentam com os colegas que têm pena da mãe, mas que estão fartos de lidar com esta, pois consideram que se encontra demasiado ansiosa, dificultando a prestação de cuidados. Na passagem de turno, afirmam o mesmo. Um dos enfermeiros presente concorda com o colega e afirma que irá esperar que a mãe se ausente para realizar a aspiração de secreções, para evitar ter de explicar todo o procedimento novamente, sendo que a irá apenas informar quando esta regressar, pois "era mais fácil". Mais tarde, o enfermeiro realiza o procedimento na ausência da mãe que, quando regressa, afirma que gostaria de ter estado presente. O enfermeiro sorri, coloca a mão no ombro da mãe e refere que compreende, mas que não precisa de se preocupar com procedimentos técnicos e que correu tudo bem. Faz uma festinha ao João e ausenta-se do quarto, dizendo que estará na sala de trabalho, caso a mãe necessite de alguma coisa. Esta demonstrou-se apreensiva, mas disse que sim com a cabeça e sentou-se ao pé do berço do filho.

Necessidades emocionais

da criança e família

A doença e hospitalização são, frequentemente, a primeira crise, que afeta toda a unidade familiar (Fox, 2024).

As emoções são indissociáveis de uma abordagem holística ao cuidar e, em pediatria, são particularmente importantes, pois a criança e família estão sujeitas a emoções negativas, associadas aos processos de saúde-doença, sendo os enfermeiros capazes de as mitigar (Diogo, 2023; Watson, 2021).

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Promover um ambiente seguro e afetivo

Nutrir os cuidados com afeto

Facilitar a gestão das emoções do cliente

Construir a estabilidade na relação

Regular a (própria) disposição emocional para cuidar

(Diogo, 2023)

Necessidades emocionais

da criança e família

Nutrir os cuidados com afeto

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

(Diogo, 2023)

*"O enfermeiro **sorri, coloca a mão no ombro** da mãe e refere que compreende, mas que não precisa de se preocupar com procedimentos técnicos e que correu tudo bem. **Faz uma festinha ao João** e ausenta-se do quarto, dizendo que estará na sala de trabalho, caso a mãe necessite de alguma coisa"*

Necessidades emocionais

da criança e família

Facilitar a gestão das emoções do cliente

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

(Diogo, 2023)

*"Os profissionais **sentam-se junto da mãe no quarto e esclarecem todas as suas questões, utilizando algum tempo para ouvir a mãe, nomeadamente acerca de como esta se sente e daquilo que a preocupa.**"*
*"vai esperar que a mãe se ausente para realizar a **aspiração de secreções, para evitar ter de explicar todo o procedimento novamente, sendo que a irá apenas informar quando esta regressar, pois "era mais fácil"**.*

Necessidades emocionais

da criança e família

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

(Diogo, 2023)

Construir a estabilidade na relação

*"Mais tarde, o enfermeiro realiza o procedimento na ausência da mãe que, quando regressa, afirma que gostaria de ter estado presente. O enfermeiro sorri, coloca a mão no ombro da mãe e refere que compreende, mas que **não precisa de se preocupar com procedimentos técnicos**"*

*"diz que **estará na sala de trabalho, caso a mãe necessite de alguma coisa**. Esta demonstrou-se apreensiva"*

Necessidades emocionais

da criança e família

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

(Diogo, 2023)

Regular a (própria) disposição emocional para cuidar

análise de experiências

*"quando regressam para a sala de trabalho, **comentam com os colegas**"*

Perceções dos enfermeiros e barreiras



BARREIRAS

- Menor experiência do profissional
- Número insuficiente de profissionais
- Elevada carga de trabalho
- Menor permanência dos pais
- Cultura da instituição

(Al-Motlaq, 2023; Barreto, et al., 2022; Boztepe e Yildiz, 2017; Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020; Feeg, et al., 2016; Fox, 2024; Yoo et al., 2020).

Referências bibliográficas

- Al-Motlaq, M. A. (2023). Family-Centred Care and the expectancy-value theory: Luxury or necessity. *Child care in practice*, 29(2), 181-190. doi:<https://doi.org/10.1080/13575279.2021.1887816>
- Barreto, M. S., Marquete, V. F., Camparoto, C. W., García-Vivar, C., Barbieri-Figueiredo, M., & Marcon, S. S. (2022). Factors associated with nurses' positive attitudes towards families involvement in nursing care: A scoping review. *Journal of clinical nursing*, 31(23-24), 3338-3349. doi:[10.1111/jocn.16226](https://doi.org/10.1111/jocn.16226)
- Boztepe, H., & Yildiz, G. K. (2017). Nurses perceptions of barriers to implementing family-centered care in a pediatric setting: A qualitative study. *Journal for specialists in pediatric nursing*, 22(2), 1-8. doi:<https://doi.org/10.1111/jspn.12175>
- Carbonell-Estrany, X., Dall'Agnola, A., Fullarton, J. R., Rodgers-Gray, B. S., Girardi, E., Mussa, A., . . . Manzoni, P. (2018). Interaction between healthcare professionals and parents is a key determinant of parental distress during childhood hospitalisation for respiratory syncytial virus infection (European RSV Outcomes Study [EROS]). *Acta Paediatrica*, 107(5), 854-860. doi: <https://doi.org/10.1111/apa.14224>
- Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Cuidados centrados na família. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (p. 2832). Lidel.
- Claridge, A. M., & Powell, O. J. (2023). Children's experiences of stress and coping during hospitalization: A mixed-methods examination. *Journal of Child Health Care*, 27(4), 531-546. doi:<https://doi.org/10.1177/13674935221078060>
- Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisbon International Press.
- Feeg, V. D., Paraszcuk, A. M., Çavuşoğlu, H., Shields, L., Pars, H., & Al Mamun, A. A. (2016). How is Family Centered Care perceived by healthcare providers from different Countries? An international comparison study. *Journal of pediatric nursing*, 31, 267-276. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.007>
- Fox, J. L. (2024). Family-centered care of the child during illness and hospitalization. Em M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's Nursing care of infants and children* (12th ed., pp. 648-667). Elsevier.
- Jerofke-Owen, T. A., McAndrew, N. S., Gralton, K. S., Weiss, M. E., & Sawin, K. J. (2022). Engagement of families in the care of hospitalized pediatric patients: A scoping review. *Journal of family nursing*, 28(2), 151-171. doi:<https://doi.org/10.1177/10748407211048894>
- Loewenstein, K., Barroso, J., & Phillips, S. (2021). The experiences of parent dyads in the neonatal intensive care unit: A qualitative description. *Journal of Pediatric Nursing*, 60, 1-10. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.01.023>
- Smith, W. (2018). Concept Analysis of Family-Centered Care of Hospitalized Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57-64. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
- Thoft, D. S., Nielsen, B. K., & Enggaard, H. (2022). To become an expert within a week: Children's and parents' experiences of the child being diagnosed with type 1 diabetes and receiving diabetes education - A qualitative interview study. *Journal of Pediatric Nursing*, 67, 24-30. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.10.004>
- Watson, J. (2021). *Caring science as sacred science - New revised edition*. Lotus Library Watson Caring Science Institute.
- Yoo, S. Y., Cho, H., Kim, Y. Y., & Park, J. H. (2020). Levels of partnership between nurses and parents of hospitalized children and the quality of pediatric nursing care as perceived by nurses. *Children's health nursing research*, 26(1), 64-71. doi:<https://doi.org/10.4094/chnr.2020.26.164>

5. Avaliação da sessão de análise das práticas - “Gestão da emocionalidade da criança e família em contexto de internamento de pediatria: análise da intervenção do enfermeiro”

Assistiram à formação 15 enfermeiros, nove presencialmente e os restantes por Zoom, dos quais 10 realizaram a avaliação, encontrando-se, de seguida, a média das avaliações.

A. Orador: 4.6/5

- a) Domínio e clareza da exposição: 4,6/5
- b) Definição de objetivos: 4.5/5
- c) Capacidade de transmissão de conhecimentos: 4.5/5
- d) Esclarecimento de dúvidas: 4.7/5

B. Conteúdos e métodos: 4.8/5

- a) Conteúdos relevantes para a minha função: 4.8/5
- b) Temas coerentes e estruturados 4.8/5
- c) Métodos adequados aos temas: 4.7/5
- d) Temas atingiram os objetivos: 4.7/5

C. Avaliação global: 4.7/5

- a) Duração: 4.7/5
- b) Expetativas iniciais correspondidas: 4.8/5
- c) Organização geral: 4.7/5

D - Pontos fortes:

Atualidade e pertinência do tema. Caso prática facilita a participação.

Pertinência do tema.

E - Oportunidades de melhoria

Sem resposta

6. Contributo para o desenvolvimento de competências

A realização desta atividade contribuiu para a consecução dos objetivos delineados de promover uma prática de qualidade e baseada em evidência científica, assumindo um papel dinamizador na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua e na pesquisa e partilha de evidência científica, assim como de analisar o trabalho emocional do enfermeiro nos processos de saúde-doença vivenciados pela criança ou jovem e família. Possibilitou a consolidação de competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, designadamente ao ser facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho, atuando como formadora e favorecendo a aprendizagem dos enfermeiros, após o diagnóstico de necessidades formativas, com posterior avaliação do impacto da formação realizada (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Motlaq, M. A. (2023). Family-Centred Care and the expectancy-value theory: Luxury or necessity. *Child care in practice*, 29(2), 181-190. doi:<https://doi.org/10.1080/13575279.2021.1887816>
- Barreto, M. S., Marquete, V. F., Camparoto, C. W., García-Vivar, C., Barbieri-Figueiredo, M., & Marcon, S. S. (2022). Factors associated with nurses' positive attitudes towards families' involvement in nursing care: A scoping review. *Journal of clinical nursing*, 31(23-24), 3338-3349. doi:10.1111/jocn.16226
- Boztepe, H., & Yildiz, G. K. (2017). Nurses perceptions of barriers to implementing family-centered care in a pediatric setting: A qualitative study. *Journal for specialists in pediatric nursing*, 22(2), 1-8. doi:<https://doi.org/10.1111/jspn.12175>
- Carbonell-Estrany, X., Dall'Agnola, A., Fullarton, J. R., Rodgers-Gray, B. S., Girardi, E., Mussa, A., . . . Manzoni, P. (2018). Interaction between healthcare professionals and parents is a key determinant of parental distress during childhood hospitalisation for respiratory syncytial virus infection (European RSV Outcomes Study [EROS]). *Acta Paediatrica*, 107(5), 854-860. doi: <https://doi.org/10.1111/apa.14224>
- Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Cuidados centrados na família. In A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (p. 2832). Lidel.
- Claridge, A. M., & Powell, O. J. (2023). Children's experiences of stress and coping during hospitalization: A mixed-methods examination. *Journal of Child Health Care*, 27(4), 531-546. doi:<https://doi.org/10.1177/13674935221078060>
- Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisbon International Press.
- European Association for Children in Hospital. (1996). Carta da criança hospitalizada. Obtido de https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf

- Feeg, V. D., Paraszczuk, A. M., Çavuşoğlu, H., Shields, L., Pars, H., & Al Mamun, A. A. (2016). How is Family Centered Care perceived by healthcare providers from different Countries? An international comparison study. *Journal of pediatric nursing, 31*, 267-276. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.007>
- Fox, J. L. (2024). Family-centered care of the child during illness and hospitalization. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's Nursing care of infants and children* (12^a ed., pp. 648-667). Elsevier.
- Jerofke-Owen, T. A., McAndrew, N. S., Gralton, K. S., Weiss, M. E., & Sawin, K. J. (2022). Engagement of families in the care of hospitalized pediatric patients: A scoping review. *Journal of family nursing, 28*(2), 151-171. doi:<https://doi.org/10.1177/10748407211048894>
- Loewenstein, K., Barroso, J., & Phillips, S. (2021). The experiences of parent dyads in the neonatal intensive care unit: A qualitative description. *Journal of Pediatric Nursing, 60*, 1-10. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.01.023>
- Smith, W. (2018). Concept Analysis of Family-Centered Care of Hospitalized Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Nursing, 42*, 57-64. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
- Thoft, D. S., Nielsen, B. K., & Enggaard, H. (2022). To become an expert within a week: Children's and parents' experiences of the child being diagnosed with type 1 diabetes and receiving diabetes education – A qualitative interview study. *Journal of Pediatric Nursing, 67*, 24-30. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.10.004>
- Watson, J. (2021). *Caring science as sacred science - New revised edition*. Lotus Library Watson Caring Science Institute.
- Yoo, S. Y., Cho, H., Kim, Y. Y., & Park, J. H. (2020). Levels of partnership between nurses and parents of hospitalized children and the quality of pediatric nursing care as perceived by nurses. *Children's health nursing research, 26*(1), 64-71. doi:<https://doi.org/10.4094/chnr.2020.26.1.64>

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

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

Unidade Curricular Estágio com relatório

**Adolescente com epilepsia refratária: reflexão sobre o
impacto na pessoa e família e a intervenção do
enfermeiro especialista**

**Rita Vieira de Barros
Nº7566**

Orientadora: Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo

**Lisboa
Janeiro de 2024**



O presente trabalho constituiu uma oportunidade de reflexão acerca do caso de um jovem de 17 anos com epilepsia e a sua família, internados no serviço de pediatria onde foi realizado estágio, que era um centro de referência para a epilepsia refratária. A reflexão não foi realizada acerca de um único evento durante este internamento, mas sim acerca de todo o caso deste jovem e da sua mãe que o acompanhou, por ter sido particularmente impactante e intenso, nomeadamente do ponto de vista emocional, de modo a melhor compreender as experiências desta e de outras crianças e as suas famílias em situações semelhantes.

O internamento decorreu durante oito dias, sendo marcado por múltiplos e longos episódios convulsivos deste jovem, todos acompanhados pela sua mãe. Além da epilepsia, importa destacar que este jovem tinha também uma série de outros antecedentes, dos quais se salientam um síndrome depressivo e ideações suicidas, além de comportamentos heteroagressivos. Além disso, o jovem era vítima de *bullying* na escola. Ao longo do internamento, foi possível compreender que a situação implicava um grande impacto na vida do jovem e da sua mãe. O jovem apresentava-se triste e pouco comunicativo, embora, ocasionalmente, conversasse com alguns profissionais, mostrando-se bem-disposto. A mãe falava mais do que o jovem, colocando questões e contribuindo frequentemente com informação acerca deste, aparentando estar cansada, mas maioritariamente tranquila, com exceção dos momentos em que o seu filho tinha uma convulsão, altura em que se encontrava bastante ansiosa, ainda que demonstrando um grande controlo da situação.

Primeiramente, e tendo em conta que o local de estágio era um centro de referência para o tratamento da epilepsia refratária, foi importante explorar o problema de saúde que motivou o internamento do jovem e as principais formas como este diagnóstico pode condicionar a vida da pessoa e da sua família, de modo a melhor compreender a sua experiência. A epilepsia é caracterizada por uma atividade elétrica anormal a nível cerebral, sendo utilizada a designação de epilepsia refratária quando ocorre a persistência de convulsões, apesar de tentativas de controlo com recurso a três terapêuticas anticonvulsivantes, isoladas ou combinadas (Ingle & Gibbs, 2024; World Health Organization, 2019). O estabelecimento de um prognóstico e tratamento implica um processo que é, muitas vezes, longo e exaustivo, e que poderá incluir a realização de

vídeo-EEG, como no caso do jovem desta situação, no qual é realizada uma gravação e monitorização durante dias inteiros, implicando um internamento, com o objetivo de determinar o tipo de convulsão e o seu tratamento, que pode passar por medicação ou cirurgia, entre outros (Ingle & Gibbs, 2024).

A nível global, a epilepsia afeta cerca de 50 milhões de pessoas, constituindo o problema de saúde mais comum em crianças, a nível neurológico (Ingle & Gibbs, 2024; World Health Organization, 2019). O seu impacto é significativo, não só a nível neurológico e cognitivo, como a nível psicológico e social, o que implica a adoção de uma abordagem holística, desenvolvida por uma equipa multidisciplinar (World Health Organization, 2019). Além do peso que este problema de saúde acarreta, por si só, pessoas com epilepsia são frequentemente alvo de discriminação, que resulta em vergonha e tristeza, o que irá comprometer ainda mais a sua qualidade de vida (World Health Organization, 2019).

Cianchetti et al. (2015) averiguaram o impacto da epilepsia na qualidade de vida de crianças e adolescentes, em casos associados à necessidade de alterações ao tratamento. Os autores verificaram um impacto significativo a nível psicológico, destacando-se, ainda, uma atitude negativa, por parte dos pais, em relação ao problema de saúde, constatando-se nestes maior ansiedade, stress e medo, relacionado com a cronicidade, bem como com o estigma e a discriminação associados. Um outro estudo desenvolvido por Dawes et al. (2020) avaliou o impacto da epilepsia em idade pediátrica, incluindo 341 crianças e jovens, tendo corroborado o grande impacto na sua qualidade de vida, principalmente em casos de epilepsia refratária e nos quais as convulsões estavam a ocorrer presentemente, destacando-se a importância de intervenções direcionadas a este impacto. Mantendo o foco no impacto na qualidade de vida que o diagnóstico de epilepsia pode ter, Liu et al. (2021) exploraram a qualidade de sono e incidência de depressão nos pais destas crianças e destes jovens, procurando relacioná-los com a resiliência familiar. Comprovou-se que quase metade dos pais incluídos apresentavam algum grau de sintomas depressivos e quase 40% apresentavam distúrbios do sono, verificando-se um comprometimento significativo a nível físico e psicológico, sendo a prevalência destes sintomas inversamente proporcional à resiliência familiar. Os autores destacam ainda que, embora as famílias incluídas apresentassem

uma alta resiliência, sendo este um aspeto positivo, a sua utilização de recursos sociais era baixa, podendo este facto estar relacionado com o estigma associado a esta condição. Ainda no mesmo seguimento, outro artigo (Fowler et al., 2021) focou-se nos medos dos pais destas crianças, relacionando-os com o conhecimento que detinham, tendo sido identificados medos a curto e longo prazo, relacionados com a morte da criança, persistência das convulsões ao longo da vida e a própria capacidade de lhes dar resposta, não estando estes medos, aparentemente, relacionados com a educação e contexto dos pais, nem com a sua idade.

Ao explorar as experiências das crianças e dos pais, torna-se também interessante compará-las, tendo Boldyreva et al. (2020) comparado o reporte de qualidade de vida, pelos próprios e pelos familiares de adolescentes com epilepsia, com paralisia cerebral, ou ambos, com a população geral. Constatou-se no grupo de adolescentes com epilepsia ou paralisia cerebral, ao contrário do verificado na população geral, uma tendência dos pais para percecionarem uma menor qualidade de vida do que a reportada pelos próprios jovens, possivelmente relacionado com subestimarem a capacidade do jovem para se adaptar à situação. Além disso, destacou-se, no caso da epilepsia, a natureza imprevisível da condição, comparada a outras, que pode levar a maior stress nos pais, sendo indispensável ter em conta esta perspetiva.

A análise da literatura contribuiu para a aquisição e consolidação de conhecimentos relacionados com as experiências das crianças ou dos jovens com epilepsia e das suas famílias, permitindo o seu confronto com a situação vivenciada em estágio. O diagnóstico de epilepsia e a vivência deste problema de saúde representa uma carga elevada a vários níveis, para a criança e família, associada à imprevisibilidade da condição, assim como o processo de diagnóstico e seleção do tratamento, muitas vezes longo, destacando-se os casos como o selecionado para a realização deste trabalho, no qual as convulsões persistem, apesar de diferentes tentativas para o seu controlo. Desta forma, torna-se evidente que o impacto vai muito além do físico, implicando consequências a nível psicológico e social, tal como se verifica nesta situação. Vários estudos exploram as experiências, designadamente relacionadas com o impacto emocional e na qualidade de vida de crianças e famílias em situações semelhantes, sendo salientadas consequências relacionadas com o estigma associado, tais como o *bullying* do

qual este jovem era vítima, que causava e intensificava sintomas depressivos e ideações suicidas.

Tendo isto em conta, a intervenção do enfermeiro, particularmente do enfermeiro especialista, não poderá limitar-se ao processo de diagnóstico e tratamento que motivam o internamento do jovem, pelo que é indispensável uma abordagem holística e humanizada na prestação de cuidados, visando compreender e intervir no impacto causado em cada caso, através de intervenções para a adaptação à condição, a gestão emocional e promoção do bem-estar psicológico, assim como a promoção da resiliência familiar e da utilização de recursos sociais, estando estas intervenções refletidas nas competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Assim, a realização deste trabalho foi bastante significativa neste percurso, e permitiu o desenvolvimento de competências no âmbito da avaliação da qualidade das práticas, promoção de um ambiente terapêutico e seguro, do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, assim como da implementação e gestão de um plano de saúde em parceria, diagnóstico e intervenção em doenças comuns e situações de risco, promoção da adaptação à doença crónica, comunicação de forma apropriada e promoção da autoestima do adolescente e da sua autodeterminação (Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 422/2018, 2018)

Referências Bibliográficas

- Boldyreva, U., Streiner, D. L., Rosenbaum, P. L., & Ronen, G. M. (2020). Quality of life in adolescents with epilepsy, cerebral palsy, and population norms. *Developmental medicine & child neurology*, *62*, 609-614. doi:<https://doi.org/10.1111/dmcn.14450>
- Cianchetti, C., Messina, P., Pupillo, E., Crichiutti, G., Baglietto, M. G., Veggiotti, P., . . . Beghi, E. (2015). The perceived burden of epilepsy: Impact on the quality of life of children and adolescents and their families. *Seizure*, *24*, 93-101. doi:<https://doi.org/10.1016/j.seizure.2014.09.003>
- Dawes, A., Attipoe, S., Mittlesteadt, J., Glynn, P., Rust, S., Debs, A., & Patel, A. D. (2020). Measuring the impact of epilepsy on families. *Epilepsy & Behavior*, *111*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107254>
- Fowler, S. B., Hauck, M. J., Allport, S., & Dailidonis, R. (2021). Knowledge and Fears of Parents of Children Diagnosed with Epilepsy. *Journal of Pediatric Nursing*, *60*, 311-313. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.08.008>
- Ingle, T., & Gibbs, K. D. (2024). The child with cerebral dysfunction. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, *Wong's Nursing care of infants and children* (12^a ed., pp. 1111-1171). Elsevier.
- Liu, P.-P., Yin, P., Zhu, Y.-H., Zhang, S., & Sheng, G.-M. (2021). The Correlation of Family Resilience with Sleep Quality and Depression of Parents of Children with Epilepsy. *Journal of Pediatric Nursing*, *56*, 49-54. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.07.016>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Diário da República, 2ª Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, 4744 - 4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

World Health Organization. (2019). *Epilepsy: a public health imperative. Summary*. Geneva.

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

