



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA - LISBOA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Catarina de Jesus Sousa

Gestão das Emoções na Criança com Doença
Crónica e sua Família

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista de
Saúde Infantil e Pediátrica**

Julho 2024



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA - LISBOA
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Catarina de Jesus Sousa

Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica e sua Família

A Intervenção do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz
Vermelha Portuguesa – Lisboa para obtenção do grau de Mestre
em Saúde Infantil e Pediátrica

Orientador: Professora Mestre Graça Moraes Rocha

Julho 2024

Agradecimentos

Aos meus irmãos e aos meus pais, pelos abraços e pelas risadas nos momentos que eu mais precisava, pela roupa lavada e pelas refeições que me deixaram.

Ao Pedro Freitas, por resistires comigo nos momentos mais difíceis, por me levatares quando já não tinha forças para o fazer e pelos mimos na hora exata.

À minha amiga Filipa Moreira, pelos momentos em que não pude estar e pela força que me deste para continuar.

À professora Graça Moraes Rocha, pelo apoio e orientação que me deu ao longo destes últimos meses e por sempre ter acreditado em mim.

Resumo

Este relatório tem como objetivo geral analisar os cuidados de enfermagem especializados para a gestão das emoções da criança com doença crónica e sua família (CDCF). Os objetivos específicos são desenvolver intervenções de cuidados para a GE em CDCF e contribuir na qualidade dos cuidados para a GE em CDCF.

A gestão de emoções é a capacidade que permite à pessoa regular, compreender e expressar as próprias emoções. As crianças com doença crónica estão mais propensas a ter desregulação emocional. Devido à sua prevalência no cuidar emocional de enfermagem, o enfermeiro assume um papel fundamental na promoção do bem-estar emocional e mental perante a complexidade e individualidade de cada criança com doença crónica e sua família.

Foi realizado um diagnóstico de situação para cada contexto de estágio do qual surgiram objetivos transversais e específicos, baseados no Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica e o Modelo de Adaptação de *Callista Roy*, e suas atividades com o intuito de desenvolver competências de enfermeiro especialista comuns, de enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica e de mestre através da prática clínica, criação de instrumentos de trabalho, dinamização de sessões de sensibilização e reflexão crítica do percurso desenvolvido.

Ao realizar este estágio, desenvolvi aprendizagens profissionais, em particular nas competências de cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade, assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento, e nos domínios de melhoria contínua da qualidade e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Palavras-chave: enfermagem; pediatria, emoções, doença crónica

Abstract

The general aim of this report is to analyse specialised nursing care for emotional management in children with chronic diseases and their families (CDCF). The specific aims are to develop nursing interventions for emotion management in CDCF and to contribute to the quality of care for emotion management in CDCF.

Emotion management is the ability to regulate, understand and express emotions. Children with chronic illness are more prone to emotional dysregulation. Due to its prevalence in emotional care, nurses play a fundamental role in promoting emotional and mental well-being in the face of the complexity and individuality of each child with a chronic illness and their family.

A situation analysis was carried out for each placement context, from which transversal and specific objectives were derived, based on the model of emotional work in paediatric nursing and Callista Roy's model of adaptation, and their activities, with the aim of developing the competences of a generalist nurse, a specialist paediatric nurse and a master through clinical practice, the creation of work tools, the promotion of awareness sessions and the critical reflection of the path developed.

In carrying out this placement, I developed professional learning, particularly in the skills of caring for children/young people and their families in particularly complex situations, supporting children/young people and their families to maximise their health and providing specific care in response to the needs of the life cycle and development, and in the areas of continuous quality improvement and development of professional learning.

Keywords: nursing, paediatrics, emotions, chronic illness

Índice de Siglas

CDC - Criança com Doença Crónica

CDCF - Criança com Doença Crónica e Família

DC - Doença Crónica

CNSE - Criança com Necessidades de Saúde Especiais

EESIP - Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

EIHSCPP - Equipa Intra-Hospitalar de Suporte aos Cuidados Paliativos Pediátricos

MCCF – Modelo de Cuidados Centrados na Família

MTEEP - Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

PCC - População, Conceito e Contexto

SC – Supervisora Clínica

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCINP - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

UCIMN - Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UIPMCHD - Unidade de Internamentos de Pediatria Médica e Cirúrgica e Hospital de Dia

UPUICD - Urgência Pediátrica e Unidades de Internamentos de Curta Duração

Índice

I. Introdução.....	9
II. Enquadramento Teórico.....	12
• II.1. Criança com Doença Crónica.....	14
• II.2. Família/Cuidadores de Criança com Doença Crónica.....	17
• II.3. Enfermeiro ao cuidar de Criança com Doença Crónica e Família.....	19
III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre....	20
• III.1. Objetivos e Atividades Transversais a todos os Contextos.....	22
• III.2. Contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade.....	34
• III.3. Contexto de Internamento de Pediatria Médica e Cirúrgica e Hospital de Dia.....	37
• III.4. Contexto de Urgência Pediátrica e Unidades de Internamentos de Curta Duração.....	41
• III.5. Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos..	45
IV. Considerações Finais.....	48
V. Referências Bibliográficas	51
Apêndices	
Apêndice A – Diagrama de Prisma	
Apêndice B – Quadros de Artigos	
Apêndice C – Cronograma	
Apêndice D – Análise SWOT dos Contextos de Estágio	
Apêndice E – Plano de Projeto	
Apêndice F – Plano de Cuidados	
Apêndice G – Instrumento de Trabalho - Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica e Família	
Apêndice H – Póster “Massagem Infantil no Recém-Nascido como Estratégia de Vinculação”	
Apêndice I – Póster “Gestão das Emoções na Criança com Necessidades de Saúde Especiais”	
Apêndice J – Apresentação “Gestão das Emoções na Criança com Necessidades de Saúde Especiais”	
Apêndice K – Folheto “Gestão das emoções na criança com necessidades de saúde especiais”	
Apêndice L – Questionário de Avaliação de Sessão e Respostas	
Apêndice M – Questionário de Concordância “Gestão de Emoções na Criança com Doença Crónica e Família” e Respostas	

Apêndice N – Apresentação “Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica e Família”

Apêndice O – Folhetos “Gestão das emoções na criança com doença crónica” e “Gestão das emoções na família com criança com doença crónica”

Apêndice P – Questionário de Avaliação de Sessão e Respostas

Apêndice Q – Questionário de Concordância “Guias Orientadores da Prática de Enfermagem”

Apêndice R – Guia Orientador da Prática de Enfermagem “Intervenção de Enfermagem perante Maus Tratos Infantis em contexto de Urgência Pediátrica”

Apêndice S – Apresentação “Guias Orientadores da Prática de Enfermagem e Instrumento de Trabalho”

Apêndice T – Questionário de Avaliação de Sessão e Respostas

Apêndice U – Guia Orientador da Prática de Enfermagem “Intervenção de Enfermagem perante o Adolescente com Sinais de Depressão em contexto de Urgência Pediátrica”

Apêndice V – Resumo de Scoping Review

Apêndice W – Instrumento de Trabalho “Gestão das Emoções em Neonatologia”

Apêndice X – Apresentação “Gestão das Emoções em Neonatologia e Instrumento de Trabalho Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica e Família”

Apêndice Y – Questionário de Avaliação de Sessão e Respostas

Anexos

Anexo A – Certificado de Participação “Colóquios do CDC: Perturbações do Espectro do Autismo

Anexos B – Certificado de Participação “1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem”

Anexo C – Certificado de Participação “III Encontro de Saúde Escolar Loures-Odivelas”

I. Introdução

Este relatório final foi realizado no âmbito da disciplina de Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II, no âmbito do 2.º ano do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa, com o tema de projeto “Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica e Família - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica”.

O número de crianças e adolescentes com doença crónica ou necessidades de saúde especiais ou educativas têm vindo a aumentar ao longo dos anos. No ano letivo 2022/2023, em Portugal, foram mobilizadas medidas seletivas e/ou adicionais de suporte à aprendizagem e à inclusão para 88.682 crianças em educação pré-escolar e alunos matriculados nos ensinos básico ou secundário(1). Mais 14.414 que no ano letivo anterior(2).

Cerca de 18% de 5809 adolescentes e pré-adolescentes no ano de 2022, em Portugal, referiam ter uma doença prolongada. Destes, 543 adolescentes sofriam de alergias, 384 utilizavam óculos, 299 tinham asma, 117 tinham uma condição de saúde psicológica, 88 tinham dificuldades de visão não corrigidas por óculos ou lentes de contato, 41 tinham uma doença cardíaca, 34 apresentavam dificuldades na linguagem, 33 tinham uma doença no estômago/intestino, 30 sofriam de obesidade, 28 apresentavam dificuldades de audição, 22 sofriam de diabetes, 22 tinham doença renal, 17 sofriam de epilepsia, 9 apresentavam dificuldades motoras, 8 sofriam de artrite e 6 tinham paralisia cerebral(3).

Estes adolescentes e pré-adolescentes referiam ainda que estas doenças/condições crónicas tinham impacto no seu dia-a-dia e na sua vida escolar. 594 tinham necessidade de tomar medicação para controlar os sintomas, 317 referiam que afetava a sua participação nas atividades de tempos livres, como estar com os amigos, 297 na assiduidade e participação na escola, 199 na sua participação em atividades com a família e 136 adolescentes na necessidade de utilizarem algum equipamento especial, como medidor de glicemia, canadianas, cadeira de rodas, aparelho auditivo, computador adaptado, entre outros. Assim como terem necessidade de serem hospitalizados ou necessitarem da ajuda de outros, sejam profissionais de saúde ou de educação, familiares ou amigos, para realizarem as suas tarefas(3).

Situações de doença/condição crónica quando não geridas pelo próprio ou pela sua família com o devido apoio emocional e psicológico, podem gerar emoções intensas negativas derivadas de mecanismos promotores de desregulação emocional, que por sua vez originam perturbações emocionais e/ou mentais que podem tornar-se crónicas. Mesmo os adolescentes sem nenhuma doença crónica, podem desenvolver depressão ou ansiedade que eventualmente poderá se tornar crónica, caso não seja tratada (4). No mesmo estudo numa população de 5809 pré-adolescentes e adolescentes, 27,7% sentem-se infelizes perante a vida. Durante 6 meses, 17,1% dos adolescentes afirmaram sentir uma tristeza tão

grande que pareciam que não iam aguentar, quase todos os dias ou mais do que uma vez por semana (3). A capacidade de regulação das emoções dos pré-adolescentes e adolescentes também se encontrava alterada, 8,4% referiam que nunca encontravam uma solução para um problema mesmo se se esforçassem o suficiente e 28,4% encontrava apenas às vezes. 10,5% nunca conseguiam fazer as atividades que decidiam fazer e 30,2% só conseguia às vezes (3).

Qualquer criança e adolescente está em risco de sofrer uma doença crónica, que posteriormente poderá derivar para uma desregulação emocional, que por sua vez levará ao agravamento do seu estado de saúde em todas as dimensões do seu eu biopsicossocial e afetivo, e na sua resiliência e esperança para continuar a lutar. A família que cuida ou auxilia nos cuidados dos sintomas e estado de saúde destas crianças passa por uma situação emocional semelhante, sentindo-se desencorajados e esgotados caso não tenham os apoios necessários devido aos esforços constantes que realizam diariamente(5).

É uma necessidade prática destas crianças/jovens e famílias serem capazes de reconhecerem as suas emoções, compreendê-las e geri-las de forma a conseguirem manter o seu equilíbrio emocional e é também uma necessidade de enfermagem conseguir cuidar destas crianças e famílias de forma a fornecer-lhes ferramentas e estratégias para que possam ter uma gestão de emoções (GE) ativa(6).

Como tal, é fundamental para a área de especialidade de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, cujo uma das competências é cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade(7), o crescimento e desenvolvimento da área da saúde emocional, especificamente na criança com doença crónica e família por serem populações mais vulneráveis e com maior risco de sofrerem uma desregulação emocional pelas responsabilidades que acarretam, assistindo assim na maximização dos ganhos em saúde desta criança e família(7). Estas crianças e adolescentes serão um dia adultos com doença crónica que poderão ou irão precisar de cuidados e os enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica precisam de atuar para melhorar e promover o seu estado de saúde e capacitá-los para serem capazes de gerir a sua própria doença e emoções, assim como capacitar a família a manter uma GE ao cuidar destas crianças/jovens e serem capazes de se articular com os outros profissionais em trabalho de colaboração.

Assim, de forma a abordar melhor esta temática, apoiei a minha prática no modelo teórico de enfermagem “Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica” (MTEEP) de Paula Diogo que afirma que os enfermeiros têm a capacidade de analisar, fundamentar, orientar e avaliar as interações que podem ser emocionalmente intensas e perturbadoras para as crianças e famílias, mas também para o enfermeiro que deles cuida. Procurar transformar as vivências intensas e perturbadoras da criança e família e que podem ser emocionalmente desgastantes para os enfermeiros em cuidados de bem-estar, conforto

e crescimento global para os intervenientes envolvidos através de intervenções promotoras de GE. Baseando-se na tríade utente, enfermeiro e a relação entre o enfermeiro e utente, apresentando cinco categorias do cuidar, sendo elas: promover um ambiente seguro e afetivo; nutrir os cuidados com afeto; facilitar a GE dos clientes; construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional para cuidar(6).

Também baseei a minha prática ao longo dos estágios no Modelo de Adaptação de *Callista Roy*. Uma família/cuidadores e uma criança/jovem com doença crónica passam por diversas fases de adaptação desde o diagnóstico, sintomas e suas consequências e desregulações emocionais (6). A adaptação é um processo contínuo, cíclico, dinâmico e único à capacidade que a pessoa apresenta para se ajustar a alterações e fatores de stress em si e no ambiente envolvente de forma a alcançar um estado de equilíbrio emocional e mental. A adaptação divide-se em avaliação do estímulo, seleção de uma resposta, a organização da resposta e a avaliação da eficácia da resposta. O trabalho de enfermagem no processo de adaptação é fundamental ao promover comportamentos saudáveis, prevenir doenças e fornecer suporte durante a doença(8).

As emoções são respostas fisiológicas, neurológicas e químicas resultantes de estímulos gratificantes ou perturbadores, internos ou externos, e são demonstradas no indivíduo através de comportamentos corporais e/ou comportamentais. Estas demonstrações variam devido a experiências anteriores e por adaptação face a mudanças ambientais, contextuais e/ou situacionais. Estão associadas às áreas do cérebro responsáveis pela atenção e motivação. Por isso, os pensamentos e por consequente as ações e decisões necessitam desta resposta emocional para saber orientar a conduta do indivíduo (6,9,10).

A competência adaptativa de GE ou regulação emocional está incorporada na inteligência emocional e apresenta um conjunto de conhecimentos e habilidades para compreender, regular e expressar emoções. Ter como um dos focos da prática de enfermagem a GE permite utilizá-la como um instrumento terapêutico, capaz de transformar as experiências negativas em positivas e promotoras de segurança (6,10).

O cuidar emocional é uma área de enfermagem que utiliza estratégias de prevenção de exaustão emocional e stress focadas nas emoções do próprio, no seu eu e na sua esfera relacional, que melhora o seu bem-estar, equilíbrio e resiliência, a sua literacia emocional e da importância para o próprio do seu equilíbrio psicoemocional(6).

Este relatório tem como objetivo geral analisar os cuidados de enfermagem especializados para a gestão das emoções da criança com doença crónica e sua família (CDCF). Os objetivos específicos são desenvolver intervenções de cuidados para a GE em CDCF e contribuir na qualidade dos cuidados para a GE em CDCF

Este trabalho encontra-se estruturado segundo o guia de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa, encontrando-

se dividido em introdução, uma nota introdutório ao tema do projeto e dos seus principais conceitos, enquadramento teórico, descritivo da CDCF e sua GE e do enfermeiro, percurso de desenvolvimento das competências especializadas e de mestre, que descreve os contextos unidade de cuidados na comunidade (UCC), unidade de internamentos de pediatria médica e cirúrgica e hospital de dia (UIPMCHD), urgência pediátrica e unidades de internamentos de curta duração (UPUICD) e unidade de cuidados intensivos neonatais e pediátricos (UCINP), os objetivos planejados e a sua execução, considerações finais, referências bibliográficas e apêndices.

II. Enquadramento Teórico

Tanto os cuidados de enfermagem, como um desenvolvimento de um projeto, são baseados em evidência científica. Como tal e tendo este conceito como premissa, ou seja, basear a prática na evidência formulei a minha questão de investigação baseada no sistema População, Conceito e Contexto (PCC): “Como realizar cuidados de GE na CDCF em enfermagem pediátrica?”. População corresponde a crianças com doença crónica e sua família, conceito corresponde a cuidados de GE e contexto corresponde a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Com base na questão de investigação, formulei a equação de pesquisa, com os descritores mesh [(Child OR Pediatric*) AND (Family OR Family Support) AND Emotion* AND Chronic* AND Nurs*] que foi utilizada nas bases de dados Cinahl, Medline, Pubmed e Lilacs.

Utilizei como critérios de inclusão os artigos em português, inglês e espanhol com limitação temporal de cinco anos, entre novembro de 2018 e novembro de 2023, com os filtros “Full Text” e “Full Text PDF”. Incluindo as experiências e emoções das crianças com doença crónica, dos seus pais/família/cuidadores e/ou dos enfermeiros envolvidos, assim como estratégias utilizadas na GE pela criança, família/cuidadores ou enfermeiros.

Os critérios de exclusão utilizados foram nos artigos que apresentavam as emoções de utentes adultos ou sobre os cuidadores informais de pessoas adultas e artigos cujo foco das intervenções fossem para cuidar apenas da sintomatologia física.

O diagrama de prisma desta pesquisa bibliográfica encontra-se no apêndice A e o quadro de artigos no apêndice B. Selecionei 14 artigos e utilizei 47 fontes de informações por pesquisa científica livre.

De forma a enquadrar a prática de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, irei descrever o Modelo dos Cuidados Centrados à Criança (MCCF), o Modelo de Parceria de cuidados de *Anne Casey* e a teoria do Autocuidado de Enfermagem de *Dorothea Orem*.

O MCCF evoluiu ao longo do tempo com imensas contribuições de vários profissionais de saúde. Tendo as suas raízes nos conceitos de terapia centrada no utente do psiquiatra *Carl Rogers*. Nos anos de 1960, estas ideias foram assimiladas pela *Association for the Care*

of Children's Health que defendia a importância da presença da família no bem-estar da criança. Esse movimento fez com que a família fosse vista nos cuidados de saúde como uma fonte de apoio e de conhecimentos importante sobre o comportamento e as estratégias de *coping* do indivíduo. Em 2001, Briar Lawson e a sua equipa publicaram um quadro concetual interdisciplinar internacional para a construção de políticas e práticas centradas na família(11,12). O Modelo dos Cuidados Centrados à Criança refere que o utente da prestação de cuidados não é apenas a criança, mas também a família/cuidadores, singulares na sua forma de ser, e que devem ser respeitados e ser-lhes dado o poder de participar nas tomadas de decisão sobre os processos de saúde da sua criança e cooperar na prestação de cuidados, se assim o desejarem. A saúde física e mental, a situação financeira e a vida social da família/cuidadores são frequentemente afetadas negativamente pelo internamento ou cuidados domiciliários, por isso, a qualidade e a sustentabilidade podem ser ameaçadas. Os profissionais devem estimular uma relação de honestidade e de empatia, que permita que a família confie no desempenho e intenções dos profissionais e que possam ter acesso a assistência à família emocional, física, educacional e social(12,13). Cuidar da família/cuidadores é torná-los mais autónomos e reabilitar o seu papel parental (14).

O modelo de parceria de cuidados de *Anne Casey* valoriza os conhecimentos e a presença da família nos cuidados prestados à criança/jovem. Afirma que os cuidados de enfermagem especializados satisfazem as necessidades de saúde interligadas à sua doença e sintomas, enquanto cuidados familiares têm como objetivo a satisfação das necessidades do dia-a-dia como higiene, alimentação, conforto e afeto. O enfermeiro pode prestar ambos os tipos de cuidados na ausência dos pais, mantendo as rotinas de conforto da criança. Se um membro da família/cuidador puder estar presente e desejar realizar cuidados, ou se a criança/jovem desejar cuidar de si própria, é iniciado um processo de negociação, com o enfermeiro a prestar apoio e ensino contínuos para permitir que a família tome decisões informadas sobre os cuidados e o seu papel nos mesmos. Assim como deve orientar, aconselhar e ser o apoio físico e psicológico da família, tornando-os elementos ativos e participativos, favorecer as suas habilidades e competências enquanto quem conhece melhor a criança e as suas necessidades e envolvê-los nas decisões e cuidados nos quais desejam participar. O seu envolvimento significa que a criança tem sempre disponível afeto, segurança e apoio, o que diminui os efeitos negativos da doença e hospitalização em todos os intervenientes(12,15,16).

A teoria do Autocuidado de Enfermagem de *Dorothea Orem* é composta por três teorias que se interligam: a teoria do autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. A teoria do autocuidado defende que o autocuidado é uma competência humana de autorregulação, aprendido e executada continuamente, e que pode ser desempenhada pelo indivíduo ou por alguém que a realiza por ele de forma a preservar

a sua vida, o seu bem-estar pessoal, a sua saúde e o seu desenvolvimento. Os seis requisitos de autocuidado universais são: alimentação; eliminação; sono e descanso; manter a harmonia entre solidão e interação social; segurança e presença em comunidade. A Teoria do Défice de Autocuidado afirma que a pessoa pode ter limitações, como déficit de amadurecimento e maturidade, que não lhe permitem regular o seu autocuidado ou de alguém seu dependente e, por isso, a enfermagem pode surgir para colmatar essas necessidades e realizar autocuidado terapêutico. A teoria de Sistemas de Enfermagem afirma que os sistemas de enfermagem são sistemas de ação concebidos por enfermeiros no exercício da sua atividade profissional para auxiliar pessoas com limitações de autocuidado, que são dependentes de autocuidado derivadas ou associadas à sua saúde(8).

II. 1. Criança com Doença Crônica

É considerada criança qualquer pessoa com menos de 18 anos de idade, podendo estender-se até aos 21 anos em casos de doença crônica, incapacidade ou deficiência, ou até que a transição adequada para a vida adulta seja efetuada com sucesso (1–3). Uma criança pode conviver durante toda a sua vida com uma doença crônica e com os seus sintomas ou desenvolvê-la em qualquer fase do seu crescimento(12,17).

Doenças crônicas são condições de saúde com sintomas que requerem acompanhamento clínico contínuo por mais de 12 meses, podendo necessitar de cuidados médicos especializados e internações hospitalares frequentes. O surgimento de doenças crônicas na infância pode ter um impacto significativo no desenvolvimento físico, social, emocional e cognitivo da criança, prejudicando a sua qualidade de vida e o bem-estar da família. As condições de saúde física mais comuns incluem asma, doença cardíaca congênita, diabetes tipo 1 e cancro(15).

As perturbações do desenvolvimento ocorrem devido a um sistema biológico comprometido ou por ambiente inadequado para o desenvolvimento normal, podendo afetar crianças sem deficiência aparente, mas expostas a condições desfavoráveis. É vital que essas crianças interajam socialmente com outras de desenvolvimento típico para promover trocas de conhecimento e experiências, ajudando-as a compensar as suas dificuldades. O desenvolvimento infantil segue uma sequência contínua, qualquer interrupção indica possíveis problemas que requerem atenção(18).

Crianças com doença crônica (DC), como perturbações do desenvolvimento, podem ser chamadas de crianças com necessidades especiais (CNSE). As necessidades especiais de saúde são condições físicas e mentais que afetam a funcionalidade e a frequência escolar, podendo comprometer o processo de aprendizagem (19,20). Estas condições podem ser temporárias ou permanentes. Crianças com necessidades educativas especiais, como perturbações do desenvolvimento, também se enquadram nesta categoria devido às

dificuldades na aprendizagem, resultantes da interação entre fatores ambientais e limitações sensoriais, motoras, cognitivas, de fala, linguagem e comunicação, emocionais, de personalidade e saúde física (6,15,17,19,21)

As crianças, mais focadas nas suas emoções do que na sua saúde, enfrentam intensamente o medo do desconhecido, o que pode ser desafiador para os enfermeiros(22). DC podem alterar a identidade e a autoimagem da criança, com impactos psicológicos significativos desde o diagnóstico. A desregulação emocional pode levar à ruminação, à catastrofização, à culpabilização e a sentimentos de ineficácia, resultando em problemas como depressão e ansiedade, frequentemente causados por medo do fracasso e expectativas sociais e familiares(22–24).

Nos recém-nascidos e latentes, o desenvolvimento afetivo pode ser prejudicado pela complexa gestão emocional e pelo processo de luto. Os enfermeiros podem apoiar os pais ensinando como atender às necessidades especiais da criança(17). Para crianças em idade pré-escolar são comuns as dificuldades em autocuidado e socialização, podendo haver sentimentos de culpa e isolamento. Os enfermeiros devem incentivar a socialização e preparar a criança para lidar com críticas, assegurando que a doença não é culpa dela (17,23). Em idade escolar, a criança pode enfrentar isolamento social e baixo rendimento escolar. Os enfermeiros podem comunicar as necessidades especiais da criança aos professores e promover a participação em atividades físicas e sociais(17). A brincadeira terapêutica é uma técnica psicoterapêutica útil para crianças em idade pré-escolar e escolar, ajudando na gestão de problemas emocionais e comportamentais e no desenvolvimento de competências de comunicação e resolução de problemas(25).

Durante a adolescência, a regulação emocional é crucial devido ao desenvolvimento cognitivo, que melhora as estratégias de enfrentamento e comportamentos adaptativos (23). Adolescentes com doenças crônicas podem se sentir isolados e inferiores, com menos oportunidades de socialização e trabalho, aumentando a dependência dos pais (17,23). Pode levar a perturbações mentais, emocionais e comportamentais, dificultando a gestão da sua doença, piorando a sua qualidade de vida e aumentando o risco de complicações e mortalidade prematura (22,26–29). Os enfermeiros devem abordar as preocupações comuns da adolescência, incentivar a socialização, a responsabilidade pela sua saúde (6), a tomada de decisões e as competências de gestão emocional (17), como utilizar reorientação positiva, ou seja, redirecionamento da atenção dos acontecimentos desagradáveis para os agradáveis, ou ensinar a ter auto-compaixão e a perdoar-se a si próprio (30).

Uma situação patológica que pode ocorrer durante a desregulação emocional continua numa DC é a depressão (31). Que é uma perturbação mental de natureza adaptativa, resultante da ineficácia dos mecanismos emocionais de uma pessoa para lidar com problemas (32–34). Pode ser episódica, recorrente ou crónica (34). As adolescentes do sexo

feminino apresentam maior risco de a desenvolver, por serem mais suscetíveis à autorreflexão e alterações hormonais, preocuparem-se mais com a imagem corporal, e estarem mais expostas à violência sexual e restrições sociais (32,34). Situações de perdas significativas, ausência de um ou de ambos os pais, problemas económicos, e questões de identidade de género e solidão podem também contribuir para a depressão (32). Algumas estratégias que podem auxiliar a regular esta desregulação emocional são: reestruturação positiva, que é a valorização das competências do adolescente, que reforça a sua autoestima, através da utilização de expressões que expressem compreensão pelo que ele sente; utilizar escuta ativa, pois quando o adolescente se sente escutado e aceite, é capaz de ouvir e aceitar o que enfermeiro lhe diz e aceitar o que lhe é dito, o que os faz compreender o que se passa e conseguem ter mais autocontrolo nas suas emoções, e usar afirmações positivas e de apoio de forma a fortalecer a relação terapêutica, demonstrando preocupação e que é possível existirem mudanças positivas (35).

Estas crianças e adolescentes estão mais suscetíveis a serem vítimas de maus-tratos. A DC é descrita como sendo um fator de risco para o desenvolvimento de uma situação de maus-tratos infantis (36). Os maus-tratos a crianças e jovens são ações ou omissões não acidentais que comprometem a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da criança, perpetuadas por pais, cuidadores ou outros indivíduos (17,36). Esses maus-tratos podem ter um impacto negativo, muitas vezes irreversível, no (36): Crescimento; Desenvolvimento físico, cognitivo, afetivo e social; Saúde e bem-estar; Segurança, autonomia e dignidade e pode provocar a morte da criança.

Na situação em que existe suspeita de maus-tratos, o foco de enfermagem deve ser proteger a criança/jovem, prevenir e evitar a evolução do perigo e a sua recorrência futura (17,36). Devendo para tal, a enfermeira realizar uma entrevista para colher os dados necessários e esclarecer a situação. Valorizando o testemunho da criança/jovem através da confirmação que esta pode manifestar as suas emoções e pensamentos, afirmando que ela não é culpada pelos acontecimentos e que existem outras crianças que também vivem situações semelhantes. Explicar que é essencial realizar estas perguntas de forma a esclarecer o ocorrido e poder-se ajustar os cuidados, referindo que também ela pode fazer questões encontrando-se o enfermeiro disponível para qualquer esclarecimento ou mesmo só para a ouvir, podendo ela procurá-lo sempre que necessitar. Valorizar o testemunho da criança e reforçar que ninguém deve sofrer maus-tratos (36).

II. 2. Família/Cuidadores de Criança com Doença Crónica

Ser pais/cuidadores é um processo de adaptação que se desenvolve ao longo do ciclo de vida e das fases de desenvolvimento da criança. Para que esta parentalidade seja bem-sucedida é necessário que os pais/cuidadores tenham recursos internos provenientes de

adaptações anteriores, como autoestima sobre a sua adequação e que se sintam capazes de lidar com a situação, e recursos externos, como apoio da comunidade e suporte social(14). Seja numa situação de pós-parto, aguda, crónica ou paliativa, os pais/cuidadores e os profissionais de saúde são parceiros no cuidar da criança.

A família/cuidadores, ao viver com uma criança com doença crónica (CDC), também experienciam emoções complexas e intensas, têm de gerir o seu bem-estar biopsicossocial e os seus sentimentos e pensamentos sobre a doença, enquanto, ao mesmo tempo, gerem o bem-estar da CDC(30), os seus papéis profissionais, familiares e sociais(23,37–48). Pode levá-los a sentirem-se desorganizados com o seu papel parental, a terem emoções paradoxais sobre a criança e diminuir o seu vínculo(49–51)

As mães usualmente assumem o papel de cuidadoras principais, são elas a quem os ensinamentos são principalmente dados, algumas deixam de trabalhar para cuidar dos filhos e lutam pelos direitos e apoios que a criança deve receber por outras instituições e profissionais de saúde e de educação. Quando desvalorizam as suas necessidades emocionais pela coesão familiar e bem-estar da criança ficam exaustas, isolam-se das suas redes na comunidade e emoções como vergonha, incerteza, depressão, raiva, ansiedade, stress e impotência intensificam. Quando são apoiadas por amigos, família, profissionais de saúde ou outros cuidadores na mesma situação, conseguem regular as suas emoções e desenvolver estratégias de coping(41–46,48,52–54).

Os pais assumem principalmente o papel de “protetor” da família, mantêm-se a trabalhar, cuidam das tarefas domésticas e dos outros filhos saudáveis, em particular quando a mãe permanece no internamento ou tratamentos com o filho doente. Também assumem o papel de cuidador e prestam cuidados (41–43,45,47,52). Podem ter dificuldade em compreender a informação médica transmitida pelos profissionais e sentem-se envergonhados de voltar a questionar o que inevitavelmente cria barreiras na comunicação terapêutica(9,49,51). A sua desregulação emocional demonstra-se por tristeza, raiva, sentimentos de incompetência e confusão, por isso, quando conseguem criar estratégias de GE, como manter as suas amizades e redes sociais, partilhar as suas emoções com outros numa situação semelhante, mantêm-se informados sobre a situação do filho e têm tempo para outras atividades, conseguem gerir melhor as suas emoções(41–43,45,47,52,55).

A desregulação emocional na família/cuidadores, também chamado de sofrimento parental, é constituído essencialmente por três elementos: depressão, ansiedade e stress(23,56,57). Que geram comportamentos desadaptativos, como culpabilização e ruminação emocional, que afetam o estado emocional e qualidade de vida da CDC(30), assim como reduzem a disponibilidade emocional dos pais para com os seus filhos(23) e a adesão ao tratamento, aumentam as hospitalizações(23), os conflitos familiares e o esgotamento(57). As preocupações com os resultados dos tratamentos a longo prazo, as dificuldades do dia-a-

dia(24), a forma como os outros irão reagir à CDC, se podem confiar nos profissionais de saúde, com o futuro do seu filho e que outras consequências da doença podem surgir são os principais elementos que os fazem ter dificuldade em reduzir o seu stress(23). Outros fatores que dificultam a estabilidade emocional das famílias/cuidadores são a falta de recursos na comunidade que possam apoiar a condição do seu filho e o estado emocional da família(56), a falta de informação, articulação de cuidados instável e a procura de sistemas de apoio social(23).

Os enfermeiros podem intervir sobre a saúde emocional da família de diversas formas: encaminhar para apoio psicológico profissional; fornecer toda a informação e ensinar sobre a doença e apoio na comunidade(9,49,58–60); intervir na regulação emocional da criança, pois tem um impacto positivo na saúde emocional e mental da família(56); brincadeira terapêutica como terapia familiar(25); articular para terapia de grupo(30); articular para recursos na comunidade como grupos de apoio presencial ou à distância com famílias que passaram por situações semelhantes (9,23,49,51,59,60); estratégias de comunicação terapêutica (9,49,51,59–61); desenvolver uma relação terapêutica, através de empatia e compaixão (9,49,51,59,60,62,63); promover a esperança realista(64–66); ensinar técnicas de relaxamento e momentos de lazer (9,49,51,59,60); valorizar as competências e atenção dos pais/cuidadores à criança(9,49,51,59,60) e estimular o pensamento positivo(9,49,51,59,60).

II. 3. Enfermeiros ao cuidar da Criança com Doença Crónica e Família

Os enfermeiros ao prestarem cuidados a CDCF são submetidos a situações emocionalmente complexas intensas que os fazem sentir emoções perturbadoras, como tristeza, desânimo, depressão, mágoa, medo, ansiedade, estresse, preocupação, culpa, impotência, revolta, injustiça, angústia, desgaste, bem como alegria, contentamento, alívio, compaixão e realização pessoal, que se não geridas, podem causar conflitos internos que levam a dificuldades no estabelecimento da relação terapêutica(6,9).

A relação emocional estabelecida com a criança/jovem e família pode interferir com a relação terapêutica e prestação de cuidados(6). Pois envolvem-se emocionalmente com as crianças/jovens e família(10) e em situações de morte, precisam viver o seu próprio luto, o que os faz sentirem-se menos confiantes ao cuidar da família/cuidadores em luto, por isso criam barreiras e distanciam-se de forma a reduzir este sofrimento(6,67) e a não estabelecer vínculos afetivos que provoquem exaustão emocional e mental (68). Há fatores externos à relação com a criança/jovem e família/cuidadores que podem interferir com a disposição para cuidar como o excesso de trabalho, como horas extra, cansaço intenso, inseguranças e sensibilidades anteriores, características individuais dos enfermeiros, transferência emocional para os seus próprios filhos e conflitos com a equipa multidisciplinar(6).

Os enfermeiros precisam considerar a GE uma competência prática de enfermagem, a competência emocional, um conjunto de capacidades, conhecimento e habilidades para compreender e expressar emoções e regular as suas situações emocionais, a ser treinada desde a licenciatura com auxílio de reflexões sobre a dimensão emocional do viver, morrer e do ser(6). E daí procurar estratégias para gerir e compreender as suas próprias emoções, pois só assim serão capazes de gerir as emoções da família/cuidadores e criança/jovem, promover-lhes bem-estar e confiança nas suas práticas, criar uma comunicação terapêutica eficaz e manter a disponibilidade para cuidar(6,9,10).

O estabelecimento de uma relação terapêutica e empática em que existe algum distanciamento emocional, de forma a que o enfermeiro não se imersa demasiado com o sofrimento, é o ideal para ser capaz de gerir as suas emoções, ou seja, conseguir inibir emoções perturbadoras e induzir emoções positivas em si próprios, o que os mantém a cuidar e gerir as emoções dos utentes, promovendo o seu bem-estar e adaptação à situação de doença(6), com respeito e compaixão(68). Alguns fatores que possam contribuir para a disponibilidade emocional ao cuidar são relações emocionalmente estáveis, sentirem-se autorrealizados e gratos pelas suas circunstâncias, conseguirem brincar com as crianças/jovens, família/cuidadores com uma presença positiva, equipa multidisciplinar unida e com boas relações e autoconhecimento sobre as suas qualidades e limites(6).

Os enfermeiros podem optar por várias estratégias de GE, sendo que alguns podem ser desenvolvidos em *workshops* e grupos de apoio, como: aprender a proporcionar melhores cuidados através da observação e participação das famílias; promover o autoconhecimento através da reflexão, reconhecimento e descrição das suas próprias emoções num diário ou jornal; passear na natureza, como jardins ou à beira-mar, para refletir sobre o seu dia de trabalho e experiências; procurar aspetos positivos nas suas experiências; refletir sobre novas soluções e abordagens através do autodiálogo; pesquisar sobre formação na área da GE; praticar exercícios de relaxamento e respiração profunda; partilhar sentimentos e experiências com colegas e pessoas próximas; compreender e minimizar as reações das famílias, ou seja, compreender que não são destinadas ao enfermeiro; reconhecer que o erro é normal e que nem sempre se consegue estabelecer uma relação terapêutica; encarar situações emocionalmente difíceis como um desafio e acreditar nas suas competências; afastar temporariamente dos cuidados referentes àquela situação para se recentrar(6).

III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre

O meu percurso formativo neste estágio profissional teve início a 4 de março e término a 23 de julho e dividiu-se em quatro contextos distintos: UCC; UIPMCHD; UPUICD e UCINP, apresentados no cronograma em apêndice C.

De 4 de dezembro a 22 de fevereiro, realizei estágios referentes ao módulo I, nos mesmos locais anteriormente referidos com o intuito de realizar um diagnóstico de situação para cada contexto, que é uma ferramenta que permite o levantamento de necessidades e riscos de um determinado contexto, através da observação e reconhecimento com o objetivo de avaliar os processos e necessidades de um determinado contexto de forma a planejar e programar ações formativas(69). Foi realizado através da observação participativa na prestação de cuidados de enfermagem, observação da dinâmica da equipa nos turnos da manhã e da tarde, consulta de normas orientadoras, protocolos, folhetos informativos e outros documentos existentes na unidade, que levaram à análise swot de cada unidade, presente no apêndice D.

A análise SWOT é um acrónimo para forças/*strengths*, fraquezas/*weaknesses*, oportunidades/*opportunities* and ameaças/*threats*. É uma ferramenta de planeamento e de gestão estratégica criada por Albert Humphrey nos anos de 1960, que considerava que qualquer organização existia em dois ambientes: um composto por fatores e recursos internos, forças e fraquezas, e outro composto por fatores e recursos externos, oportunidades e ameaças. Em que as forças e as oportunidades funcionavam como fatores favoráveis para as organizações, enquanto as fraquezas e as ameaças como sendo prejudiciais para a organização. E todas elas, através da sua análise conjunta, consistiam numa obtenção consistente em como se deveriam adequar os recursos e as capacidades da organização ao ambiente competitivo em que atua(70–72). Assim, e pela possibilidade de análise que esta apresenta, decidi utilizá-la de forma a expor as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças de cada contexto e permitindo assim uma análise mais concisa dos recursos da unidade de forma a que eu pudesse realizar um diagnóstico de situação mais personalizado e preciso.

O que levou à construção do plano de projeto, em apêndice E, com objetivos transversais a todos os contextos e objetivos específicos a cada contexto, com foco na saúde emocional em circunstâncias diferentes e com variadas populações-alvo apropriadas a cada contexto.

Os seguintes subcapítulos descrevem os objetivos transversais, as experiências e ganhos em competências adquiridos ao longo do percurso de estágio, os contextos de estágio e as suas características, a implementação dos objetivos específicos planeados, descrevendo os passos que levaram à sua criação através dos diagnósticos de situação e necessidades levantadas, planeamento das atividades, execução e resultados de acordo com o plano de projeto, avaliados pelo cumprimento dos critérios de avaliação, juntamente com os ganhos, enquanto formanda de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, em competências de enfermeiro especialista, de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica e de mestre.

As competências de enfermeira especialista são identificadas pelas letras e números em como estão apresentadas nos seus regulamentos(7,73) As competências de mestre são identificadas pela alínea e subalínea a que correspondem no artigo 7.º do documento onde estão descritas(74).

Em todos os questionários realizados ao longo deste projeto, todos obtiveram o consentimento informado e esclarecido e por isso estão aptos a serem utilizados na realização deste relatório.

III.1. Objetivos e Atividades Transversais a todos os Contextos

Um dos objetivos transversais definidos foi “Conhecer a dinâmica e organização do serviço”. O ambiente apresenta as influências e condições que afetam o comportamento de pessoas ou grupos por estímulos internos e externos referentes ao contexto onde se apresentam. Qualquer mudança no ambiente, como iniciar um internamento ou dirigir-se a uma consulta num novo local, exige que a pessoa se adapte podendo o enfermeiro ajudar neste processo ao gerir o ambiente clínico(8). De acordo com o modelo MTEEP, uma das categorias de cuidar é “Promover um ambiente seguro e afetuoso”, se os utentes pediátricos estiverem adaptados e se sentirem seguros com o seu ambiente, a sua recuperação é mais rápida e eficaz(6). Por isso procurei redescobrir as unidades após o primeiro contacto em estágio de módulo I, conhecer os seus recursos humanos, e materiais e dinâmicas de equipa e de serviço. Conhecer o ambiente em que iria interagir com as crianças/jovens e famílias de forma a desenvolver uma relação com as crianças/jovens e família.

Os enfermeiros em saúde infantil e pediátrica são capazes de reconhecer como o ambiente clínico pode ser agressivo e gerador de insegurança para as crianças/jovens, devido a preconceitos negativos. Para gerar um ambiente terapêutico, os enfermeiros procuram ser, em si, estímulos positivos e afetuosos. Apresentam-se ao conhecer a criança/jovem, falam e utilizam linguagem carinhosa, com comunicação não-verbal animada, utilizam fardas mais coloridas e com bonecos e promovem a presença de pessoas significativas e de momentos divertidos e de lazer, como contarem anedotas ou levarem a criança para a sala de brincar. Ter um espaço com pinturas nas paredes, televisões com desenhos animados e trazer brinquedos para o posto da criança são intervenções que quebram os preconceitos de um ambiente adverso e tornam a experiência mais positiva, permitindo que a criança/jovem se sinta mais tranquilo e seguro com o enfermeiro e com o seu ambiente(6). Nas unidades onde estive, estes fatores estiveram presentes nos espaços e na postura dos enfermeiros para com a criança/jovem, o que me permitiu executar uma postura calorosa e amigável com maior facilidade.

Foram realizadas reuniões com as supervisoras clínicas (SC) e chefia de enfermagem com o intuito de estruturar a melhor forma de aplicar as atividades propostas do projeto, o que levou a adaptações e adequações dos objetivos. Pude conhecer os projetos, programas

e protocolos que estavam em prática nas unidades e que técnicas de enfermagem eram praticadas em cada local e que estratégias de GE eram implementadas nas intervenções de enfermagem. O que me tornou capaz de manter um ambiente terapêutico seguro, adaptar-me individualmente a cada situação e construir estratégias de resolução de problemas com o utente pediátrico e cuidadores de acordo com as possíveis intervenções com foco na GE que poderia realizar, assim como em equipa e com a SC, colocá-las em prática e aferir os seus resultados (B3). Agindo segundo a deontologia profissional e os valores éticos que permitem proteger os direitos humanos do utente como a privacidade e autodeterminação dos seus cuidados, como respeitar não só a vontade dos cuidadores, mas principalmente o maior benefício e vontade para a criança/jovem (A1 e A2).

Pude também explorar os registos de enfermagem realizados no programa informático Sclínico, o que possibilitou a análise da forma como os registos das emoções do utente e cuidadores, assim como as intervenções para as gerir são realizadas. O que me levou a constatar que a maioria dos diagnósticos não apresentam intervenções pré-descritas com foco na saúde emocional dos utentes e seus cuidadores, o que leva à descrição das estratégias implementadas como notas associadas a uma intervenção pré-descrita ou em notas gerais do turno. Os registos de enfermagem devem fornecer informação objetiva sobre as avaliações, intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes realizadas e resultados com a perspetiva de manter a continuidade dos cuidados. Esta documentação traduz legalmente a concretização dos cuidados prestados(75). São uma parte fundamental onde está descrito o processo de enfermagem que comprova e justifica os cuidados prestados aos utentes, assim como são uma fonte de informação e comunicação entre a equipa(76). Como tal, os registos acerca da GE realizados da forma descrita, não são objetivos e práticos para a continuidade de cuidados nem são considerados para os indicadores de saúde por não estarem em intervenção pré-descrita. O que me levou a desenvolver o meu autoconhecimento ao explorar a forma como os registos são realizados e a importância que eles têm (D1).

O objetivo “Contribuir para a uniformização dos cuidados de enfermagem na gestão das emoções da CDCF” tinha como principal atividade a construção de um instrumento de trabalho, ou seja, um documento de trabalho em enfermagem com acesso a informação sobre uma determinada temática, neste caso, sobre GE na CDCF.

Como iniciei o estágio na UCC, considerei que era fundamental iniciar o instrumento de trabalho sobre a GE na CDC adequado à prática de saúde escolar, reunindo evidência científica atualizada sobre algumas das patologias que afetavam as CNSE e com qual tive contato no contexto.

As crianças/jovens e famílias/cuidadores, quando um diagnóstico de DC é descoberto, vivenciam diferentes estádios com respostas ineficazes e adaptativas relacionadas com os

seus processos de *coping*, regulação e cognição que afetam o seu autoconceito e papéis no seio da família (8,12). Estas crianças/jovens e família/cuidadores experienciam choque, que pode ser caracterizado com negação, tristeza e/ou distanciamento, ajustamento, que inicialmente se demonstra por proteção excessiva dos filhos, rejeição da DC, negação e aceitação, e adaptação e aceitação do diagnóstico e da CDC, que permite a reintegração social. Estas etapas podem variar consoante as experiências individuais, culturais, sociais e consequências da doença, nas quais os enfermeiros têm impacto (12). Por isso, apresentei no instrumento os conceitos de CNSE e emoções ao longo das fases de desenvolvimento com uma doença crónica, descrevendo os principais sintomas e as estratégias encontradas para a sua GE na PEA, PHDA, síndrome de down, paralisia cerebral e diabetes mellitus tipo I, e refletindo sobre a atuação da saúde escolar. Devido à dimensão da equipa e dinâmica do serviço, não foi possível apresentar o instrumento de trabalho à equipa, tendo sido apresentado à SC que afirmou adequar-se às necessidades da unidade.

No contexto seguinte foi necessário expandi-lo para abordar as necessidades de GE da família e algumas intervenções que os enfermeiros podem realizar e/ou estratégias que os enfermeiros podem aconselhar através da comunicação terapêutica, relação terapêutica, promoção da esperança e parentalidade. De acordo com MTEEP, a dimensão emocional dos cuidados de enfermagem é o que permite o olhar holístico para a criança/jovem e família/cuidadores e a construção de uma relação terapêutica, segura e afetuosa. A presença de emoções e afetos nos cuidados de enfermagem é o que permite a apreciação e utilização dos comportamentos e estímulos positivos em confronto com as vivências de cada estágio e consequências da DC, estímulos internos e externos que, de acordo com Callista Roy, estimulam a adaptação(8) à situação atual e a esperança(6,8,12). Como tal, os cuidados de enfermagem com foco emocional são fundamentais para manter o bem-estar biopsicossocial da CDCF em qualquer contexto que se apresentem.

Assim como foram expandidos os temas da diabetes mellitus tipo I e da abordagem hospitalar em cada serviço disponível. O instrumento de trabalho foi apresentado em conjunto com as sessões de sensibilização de forma breve ao longo dos contextos, o que se demonstrou eficaz na aderência das equipas à apresentação do tema. Devido ao défice de recursos humanos das equipas, que as leva a realizar horas extraordinárias, não houve a aderência total por parte das equipas às sessões, sendo por isso uma forma de assegurar a sua partilha e sensibilização.

A criação deste instrumento de trabalho permitiu-me melhorar o meu conhecimento na praxis clínica especializada de saúde infantil e pediátrica, nomeadamente na área da GE da CDCF, assim como contribuir para a disciplina de enfermagem (D2). Consegui diagnosticar necessidades formativas e oportunidades relevantes para investigar o tema durante o módulo I, que me levou a investigar e criar sessões formativas e atuar como

formadora e dinamizadora para o favorecimento da aprendizagem [B1, B2, 2.b), 2.c)], prática clínica em enfermagem especializada e tomada de decisão no processo de cuidados, ou seja, orientei um programa na área da qualidade da GE das instituições (C1). Que me levou a aprender a gerir as minhas emoções sob pressão, a deter consciência de mim enquanto enfermeira e pessoa (D1), e a ser capaz de promover um ambiente psicossocial e emocional no utente e família (B3).

Ao realizar este instrumento pude intervir em programas do âmbito da saúde escolar ao apoiar a inclusão de CNSE, proporcionar às equipas de enfermagem competências e estratégias para serem capazes de ensinar os utentes e famílias a serem capazes de lidar com o seu processo emocional de adaptação às diferentes fases de uma doença crónica e promover o seu desenvolvimento infantil (E1, E2, E3).

A realização do objetivo “Colaborar na prestação de cuidados de EESIP que envolvem a CDCF, nomeadamente na gestão emocional” foi bastante individualizada para cada contexto, as atividades e intervenções foram específicas para cada área, o que me permitiu desenvolver uma visão mais ampliada de saúde infantil e pediátrica.

Na saúde escolar, pude auxiliar e apresentar formações a crianças e adolescentes sobre as temáticas dos projetos da unidade. Auxiliei na formação de uma comunidade escolar sobre diabetes mellitus tipo I e II, por terem recebido uma criança com diagnóstico de diabetes mellitus tipo I. Com CNSE, é fulcral identificar fatores ambientais que influenciam de forma positiva a realização de atividades escolares e fatores que limitem ou impeçam a participação da CNSE na vida e aprendizagens escolares(77). Por isso, ao participar na reunião com a encarregada de educação, criança e professora responsável no preenchimento do plano individual de saúde e consequentes ensinamentos derivados da preocupação da mãe com a gestão dos sintomas, pude observar a validação das competências que a criança já tinha adquirido e fatores de proteção que a envolviam, ficando a mãe visivelmente mais calma. Mais tarde, realizou-se, com o consentimento da criança, uma formação adaptada a alunos da fase escolar, sobre diabetes mellitus. Estes momentos levaram-me a realizar um plano de cuidados da criança, que se encontra no apêndice F, com referência a todas estas intervenções de forma a registar e revelar a importância destes cuidados de enfermagem na saúde escolar. Esta situação permitiu-me compreender o nível de envolvimento que a comunidade escolar precisa ter com uma CNSE, ao avaliar, intervir e monitorizar de forma a assegurar a continuidade das melhores condições, assim como o acompanhamento e encaminhamento de crianças que a escola possa sinalizar por suspeita de CNSE(77).

Também pude participar e planear cuidados em entrevistas de enfermagem realizadas em ambiente escolar, às quais os alunos se deslocavam quando precisavam do apoio de enfermagem. Por isso, acompanhei jovens e CNSE, suspeitas de situação aguda ou crónica, que verbalizassem necessitar de apoio emocional ou ensinamentos. Aos adolescentes

com ansiedade, foi ensinado técnicas de respiração e sugerido a utilização de tecnologias com músicas e textos narrados que transmitissem calma, intervenções descritas no MTEEP para GE(6), pedindo-lhes que viessem à sessão seguinte para reavaliação. Promovendo-se através desta forma, o seu desenvolvimento de competências socioemocionais como: o autoconhecimento, a autogestão emocional e a tomada de decisão responsável(77). Para além de os estarmos a capacitar no seu autocuidado emocional e mental, ao seguirmos Dorothea Orem(8). Nas entrevistas em que os alunos retornaram, a maioria deles reportou resultados positivos, nos que apresentaram resultados negativos tentou-se encaminhar para outros profissionais.

No hospital de dia, pertencente ao internamento de pediatria, todas as crianças têm intervenções de enfermagem marcadas consoante as suas situações, o que me permitiu planear as intervenções e gerir o ambiente para as suas possíveis necessidades. Quando chegavam, utentes com PEA, eu procurava identificar as necessidades emocionais alteradas através da comunicação verbal e não verbal, como manter ou não o contato visual, se sorri quando se brinca com ela e rejeição do toque (17,31,78–89), e através dos relatos dos cuidadores acompanhantes sobre as competências emocionais para gerir situações de medo perante procedimentos, local e pessoas desconhecidas de cada criança, porque os pais/cuidadores conhecem melhor os seus filhos do que qualquer outra pessoa e seriam quem nos poderia transmitir essas informações, de acordo com o MCCF(13) e Anne Casey(13,16). Assim, as intervenções não farmacológicas para o alívio das emoções intensas tornavam-se mais personalizadas, como a utilização do brinquedo ou música preferidas como método de distração e utilização de brincadeira terapêutica para explicar o procedimento que iria ser realizado, inspirado pelo MTEEP(6). Quando estas tinham sucesso, os cuidadores eram capazes de gerir melhor o seu próprio estado emocional, o que os permitia adaptarem-se à nova situação e obter respostas adaptativas, como descrito por *Callista Roy*. As intervenções e seus resultados eram registados com abertura de diagnósticos de enfermagem e suas intervenções no foco “Medo”.

Em internamento, tive a oportunidade de estar com uma adolescente com uma DC dermatológica acompanhada pelos pais. O diagnóstico tinha sido descoberto na infância, por isso a jovem estava mais capacitada e aceitava a sua condição. Quando era hora de aplicar os tratamentos, através de cremes, a jovem aceitava, mas ficava chorosa pelas dores que lhe causavam. Por isso, utilizei o humor como técnica de estabilização emocional como no MTEEP(6), sendo a massagem executada com creme e aplicação de gelo nas zonas afetadas. Tendo sido posteriormente efetuados cuidados ao cabelo de forma a relaxá-la. Revelando-se as estratégias eficazes para o bem-estar e autoestima da jovem, o que promoveu a sua adaptação ao internamento ao diminuir os estímulos negativos internos e externos e ao facilitar o desenvolvimento de respostas adaptativas, como afirmaria *Callista*

Roy(8). Foi registado no foco “Emoções” e descrita a situação em notas livres. A mãe, no entanto, apresentava-se triste, com um discurso mais rígido com a filha. Revelou-me, num momento privado, que sentia repulsa da condição da filha, o que a fazia ser mais severa e distanciar-se da filha. Ela afirmava que era algo que ela queria reverter. Por isso utilizei a escuta ativa e o reforço positivo de forma a mantê-la junto da sua filha na qualidade e quantidade que ela fosse capaz de dar. Ofereci-lhe espaço para chorar, que se demonstrou eficaz a acalmar o medo e o stress que sentia. Motivei-a a participar nos cuidados emocionais da filha de forma voluntária ao permitir-lhe ser parceira nos cuidados, como descrito por Anne Casey(12,16), e ao proporcionar-lhe espaço para cuidar das suas necessidades emocionais, promovendo a prática do MCCF(12,13), o que promoveu o seu autocuidado emocional como afirmaria Dorothea Orem(8). Manteve uma postura fria e distante da filha, mas procurou interagir com ela. Foi registado no foco “Capacitação Parental” em notas livres.

Em urgência pediátrica, pude participar nos cuidados em sala de triagem e sala de tratamentos. Tive oportunidade de cuidar de crianças e jovens em situação de doença aguda com e sem diagnóstico anterior de DC. Pude experienciar algumas crianças com perturbações do desenvolvimento que quando recorriam ao serviço de urgência frequentemente apresentam desorganização emocional com alguma agitação psicomotora por uma doença aguda e/ou descompensação do estado de equilíbrio da sua DC. É recorrente as crianças/jovens e os pais sentirem-se ansiosos e desconfortáveis com as visitas à urgência pediátrica por preconceitos negativos anteriores(12). Estas situações foram mais desafiantes do que no contexto anterior, porque as crianças apresentavam-se mais agitadas e irrequietas e as primeiras intervenções com foco emocional, como técnicas de distração e o uso da brincadeira terapêutica, nem sempre surtiram efeito. No entanto, sempre foi possível realizar as avaliações necessárias. Houve crianças em que tive de procurar diferentes técnicas para os distrair como: música; uso das tecnologias; colocá-los ao colo da mãe ou mesmo deixá-los explorar a sala. Tudo isto fez-me refletir e pesquisar mais sobre as estratégias de GE relatadas no MTEEP(6) e como cada criança/jovem pode precisar de diferentes estratégias e alterar o planeamento dos cuidados adequando-o a cada situação.

No entanto, houve um adolescente com uma perturbação do desenvolvimento, que estava a ser violento com a sua mãe, em que a única solução para diminuir a sua agitação psicomotora foi a utilização de técnicas farmacológicas, e foi colocado numa sala com algumas pessoas significativas. Esta situação ajudou-me a refletir sobre a importância da segurança tanto do jovem como da família em que a agitação psicomotora e desorganização mental e emocional evolui para a violência e como é importante prevenir e controlar estas situações de saúde de forma a proteger todos os intervenientes.

Também tive a oportunidade de presenciar casos de suspeita de maus-tratos infantis. A intervenção de enfermagem nestas situações tem como função proteger a criança/jovem,

antever a recorrência e evolução de situações de perigo e cooperar com os pais/cuidadores na aquisição e desenvolvimento de competências parentais(17,36).

Uma jovem foi acompanhada pela polícia por violência doméstica e ficou na unidade o tempo suficiente para colherem provas. A outra situação de negligência e violência doméstica a que assisti, a jovem foi acompanhada para um espaço isolado com um dos enfermeiros para uma entrevista de enfermagem sobre o que sucedeu. Fez-me compreender a individualidade de cada caso apesar de serem situações semelhantes, a dificuldade que os enfermeiros generalistas e especialistas sentem perante estas situações complexas e delicadas e que a reflexão sobre a nossa prática clínica e a atualização em evidência científica é sempre necessária para melhorarmos os nossos cuidados.

Na UCINP, pude cuidar de um latente de 9 meses com DC, com possível diagnóstico de paralisia cerebral, internado na UCIP, que já estava internado na UCIN no módulo I. Ele ficava agitado durante a alimentação por sonda por dificuldades gastrointestinais, por isso, utilizava a contenção durante o colo, uma voz calma e balançava lentamente de forma a que o latente se sentisse mais calmo e protegido. Estas são estratégias de GE adequadas ao recém-nascido e latente como afirma MTEEP(6). Nos outros momentos, um dos pais estava presente e realizava os cuidados principais autonomamente, assim como brincavam com o latente. Ao avaliar as necessidades emocionais dos pais, foi possível compreender que se encontravam na fase de aceitação do diagnóstico e das alterações do latente, por isso estavam adaptados às necessidades especiais da criança. As intervenções focadas na GE dos pais que utilizei foi a promoção da sua autonomia nos cuidados de higiene e posicionamento do latente, e promover a esperança e empoderamento nos pais por relevar o impacto que a sua presença tinha no latente ao diminuir a sua agitação psicomotora e como este procurava-os com o seu olhar quando os ouvia chegar. Promovi a parceria de cuidados ao incentivar a sua participação nos cuidados do latente, segundo *Anne Casey*(12,16), e cuidei da sua autoestima enquanto cuidadores principais do seu filho, de acordo com MCCF(12,13). Essas intervenções ficaram registadas em notas livres no foco “Capacitação parental” e “Agitação”.

Nos dias em que fiquei na UCIMN, pude prestar cuidados a um recém-nascido prematuro e auxiliar nos ensinamentos realizados aos pais sobre amamentação, mudar a fralda e dar banho. Pude promover a confiança dos pais através do reforço positivo quando realizavam alguma tarefa adequadamente e acalmá-los quando o recém-nascido não realizava a pega, que não era culpa deles e que se devia à sua prematuridade, colocando em prática o MTEEP(6), através da utilização de estratégias de GE como o reforço positivo, e MCCF(12,13), ao cuidar da confiança dos pais nos cuidados ao seu filho. Ao longo dos dias, os pais chegavam à unidade e sentiam-se mais calmos e tranquilos com os cuidados diários ao recém-nascido. Com o recém-nascido realizei técnicas de relaxamento como a contenção

e a utilização da chucha e do dedo protegido com luva com gotas do leite materno com o intuito de acalmar e estimular a sucção não nutritiva. Todas estas intervenções foram registadas nas notas livres associadas à intervenção “promover papel parental” e em notas livres do processo do recém-nascido.

A prestação de cuidados ao longo de 6 meses às crianças, jovens e famílias/cuidadores da comunidade levou-me a reaprender, gerir e otimizar cuidados de enfermagem (C1), através da procura constante pela melhor evidência científica (D2), de forma a ser capaz de liderar os cuidados à criança/jovem/família e articular com a equipa de forma a proporcionar uma melhor prática (C2) promotora da parentalidade, através de estratégias que promovam a vinculação e competências individuais, e da participação da criança/jovem no seu próprio processo de saúde, através de uma comunicação de acordo com o seu desenvolvimento e utilizando estratégias que promovam a autodeterminação do adolescente no seu processo de saúde e adaptação à suas características individuais provenientes da sua doença aguda ou crónica, como descrito ao longo do relato deste objetivo (E1, E2 e E3). Por isso, promovi a qualidade dos cuidados de saúde através da pesquisa e utilização de estratégias de GE mais atualizadas [2.b)]. Estas experiências diversificadas pelas diversas áreas da saúde infantil e pediátrica permitiram-me expandir a minha visão sobre o que é uma prática profissional, os direitos das crianças e jovens hospitalizadas e em cuidados paliativos, assim como a importância de fazer prevalecer os valores éticos que protegem a criança e jovem, cumprindo a deontologia profissional e responsabilidades profissionais (A1 e A2). Garantindo assim um ambiente terapêutico em que as famílias, crianças e jovens se sentissem seguros com os cuidados prestados e que poderiam confiar que seriam respeitados (B3). Levou-me a conhecer outras facetas de mim própria, e deter autoconsciência de mim própria enquanto profissional e a forma como os meus limites pessoais dificultavam a construção da relação, que nem sempre facilitou a minha articulação em desenvolver uma relação terapêutica com a família, criança/jovem ou equipa (D1), no entanto fui capaz de me tornar um elemento integrante e dinamizadora da equipa, contribuindo nos cuidados e projetos ativos nas unidades [2.c)].

O objetivo “Analisar o processo de acompanhamento da CDC entre os diversos serviços de pediatria” pretendia tornar possível a exploração de como o processo de articulação entre os serviços de pediatria dentro da Unidade Local de Saúde (ULS) era realizado, e como o projeto de “enfermeira de referência” da UIPMCHD, UCINP e EIHSPP permitia uma continuação e articulação de cuidados ao longo do tempo, assim como as CDC eram acompanhadas no Centro de Desenvolvimento.

O EESIP cuida da criança/jovem e da família/cuidadores em qualquer contexto de saúde infantil e pediátrica para promover o melhor nível de saúde da criança saudável ou doente, de literacia em saúde à criança/jovem e família/cuidadores e mobiliza recursos de

suporte, ou seja, articula com outras unidades e profissionais de saúde para maximizar a saúde. Tem como competências estabelecer, manter e trabalhar com redes de recursos da comunidade no suporte e apoio da CNSE e família(7).

O modelo de Referência de Enfermagem centra-se na relação enfermeiro-utente e tem como base do seu processo operacional a continuidade dos cuidados. Envolve conhecimento científico e proporciona autonomia ao enfermeiro para intervir no processo saúde-doença e atender às necessidades do utente. A relação é transmitida pelo enfermeiro através do respeito mútuo, da acessibilidade, do carácter pessoal e da utilização do pensamento crítico(90,91). O projeto “enfermeiro de referência” permite aos enfermeiros assegurarem responsabilmente a articulação correta e assegurarem o acompanhamento da criança e família. Pude observar como a articulação para a equipa de visitação domiciliária pediátrica pelas equipas de UCINP e UIPMCHD   realizada. Descrevi o projeto de forma mais aprofundada no instrumento de trabalho que se encontra no apêndice G.

A Visita o Domiciliária   uma atividade de enfermagem que permite a promo o e vigilância da saúde em saúde infantil e pediátrica, em situa es de doença cr nica ou prolongada, situa es identificadas como de risco e nos dias seguintes após a alta da maternidade. A periodicidade com que estes momentos são realizados está dependente das necessidades especiais de cada criança(92). As enfermeiras realizam a articula o por escrito no programa informático Sclínico como “pedido de colabora o”. As enfermeiras da visita o domiciliária respondem a esse pedido e marcam visita com a família. Nos dias das visitas, os enfermeiros deslocam-se às habita es dos utentes, avaliam as condi es habitacionais e sociais em que a criança e família vivem, de forma a perceber se precisam de apoio social, avaliam o peso ponderal, o conhecimento que os familiares têm sobre as necessidades da criança e que dúvidas têm, levando os materiais médicos necessários para as famílias, realizam tratamentos e escutam as suas dificuldades em rela o   criança, a sua situa o de vida atual, as suas emo es, o que lhes permite posteriormente articular para o apoio de psicologia. A visita o domiciliária está interligada com a EIHS CPP, que também realiza visitas domiciliárias personalizadas para as necessidades cr nicas da criança/jovem e família, e realizam reuniões informais sobre as CDC que acompanham. Pude participar em algumas destas visitas realizadas pelas duas equipas, que me deu outro olhar sobre as necessidades habitacionais, de recursos e de outros apoios, como apoio emocional, que muitas destas crianças/jovens e famílias precisam e o papel dos enfermeiros em ensinar sobre os recursos na comunidade e articular com outros profissionais, de forma a garantir a satisfa o das suas necessidades.

No centro do desenvolvimento, as crianças e jovens com patologias neurológicas agudas, cr nicas e perturba es do desenvolvimento são acompanhadas e são promovidos cuidados de preven o, diagnóstico e tratamento para manter ou melhorar a qualidade de vida da

criança e da família, através de uma equipa multidisciplinar com várias especialidades médicas, de enfermagem e terapêuticas. Existe uma equipa de profissionais de saúde, que vigia e acompanha as crianças com espinha bífida e paralisia cerebral. Os enfermeiros realizam consultas de enfermagem a estas crianças para avaliação e monitorização do seu estado de saúde e desenvolvimento infantil. Vão buscar as crianças à entrada com a perspectiva de avaliar a sua locomoção, equilíbrio, fala e ligação parental. Realizam reuniões entre a equipa para discutir e refletir sobre casos de crianças e famílias que precisem de mais consultas ou apoio e articulam com os cuidados de saúde primários. Articulação com a comunidade, especialmente com as professoras de educação especial e escola onde a criança está inserida, para promover uma melhor inclusão e acesso à educação, e com os cuidados neonatais, ao realizarem consultas de acompanhamento após alta. De forma a ser capaz de refletir de uma forma mais estruturada, descrevi e incorporei no Instrumento de Trabalho a atuação das UPUICD e UIPMCHD, EIHSCPP, Centro de Desenvolvimento da Criança, UCINP e da Saúde Escolar de uma UCC.

Puder testemunhar como a articulação entre os serviços de pediatria é realizada, permiti-me compreender como realizar uma tomada de decisão mais informada, em que seria capaz de selecionar respostas para as necessidades da criança/jovem e família com maior exatidão e com respeito pelos direitos humanos dos utentes como o direito à privacidade (A1 e A2), ou seja, estaria mais capacitada para reconhecer quando deveria referenciar o utente e família para outros profissionais de saúde (C1) de forma a promover cuidados eficientes e de qualidade [C2, 2.b)] às necessidades de desenvolvimento da criança/jovem (E3), que possam maximizar a saúde e adaptá-los à doença crónica quando necessário (E1, E2).

Por fim, realizei o objetivo “Promover a autoformação sobre gestão de emoções em pediatria”. O enfermeiro especialista apresenta competências científicas, técnicas e humanas, sendo capaz de prestar cuidados de enfermagem especializados em várias áreas de enfermagem. É capaz de contribuir para o desenvolvimento de novo conhecimento e da prática clínica especializada e ser dinamizador dos processos de aprendizagem das suas equipas(73). Por isso, o enfermeiro especialista deve procurar manter a formação contínua na sua área de atuação para poder desenvolver a sua prática profissional e prestar cuidados de qualidade(15). Assim, é fundamental, como formanda de EESIP, procurar adquirir o conhecimento mais atualizado por especialistas e peritos.

No contexto referente ao internamento pediátrico, a SC foi uma das formadoras no primeiro dia da formação para enfermeiros em “Enfermagem em Cuidados Especiais de Neonatologia e Pediatria” do hospital onde realizei o estágio, tive oportunidade de assistir às formações: “Considerações éticas e filosofia de cuidados em pediatria”; “Comunicação em pediatria”; “Cuidados não traumáticos e estratégias não farmacológicas de controlo da dor”; “Promoção da Esperança”; “Vinculação e Parentalidade”; “Transição de cuidados para o

domicílio” e “Cuidados Paliativos Pediátricos”. O que me permitiu expandir os meus conhecimentos em estratégias não farmacológicas na abordagem com a CDCF e inspirou-me a partilhar os conhecimentos adquiridos sobre comunicação e comunicação terapêutica, promoção da esperança, vinculação e parentalidade no instrumento de trabalho “GE na CDCF”, assim como na sessão de sensibilização “GE na CDCF”.

Pude participar no congresso “Colóquios do Centro de Desenvolvimento da Criança: Perturbações do Espectro do Autismo”. Onde foram abordados os temas: os sinais e sintomas; os testes de rastreio; a intervenção multidisciplinar de várias especialidades, como psicologia, terapia da fala, terapia ocupacional, psicomotricidade, musicoterapia e educação especial; abordaram-se algumas possíveis comorbilidades de PEA, como PHDA, perturbações do sono, perturbações com comportamento, perturbações do movimento e epilepsia; projetos de professoras de educação especial; terminando com a conferência “As crianças com autismo serão adultos com autismo” uma opinião de um médico sobre o cuidar de jovens e adultos com autismo em ambiente institucional e a importância de criar estruturas que possam auxiliar na inclusão social. Estas palestras permitiram-me expandir o meu conhecimento acerca da patologia PEA, entender como outras patologias interferem enquanto comorbilidades na saúde emocional da criança/jovem, assim como me permitiu adquirir outra perspetiva acerca do futuro destas crianças/jovens enquanto adultos e suas necessidades que são muitas vezes não correspondidas de acordo com o apresentado. Permitiu-me transportar este conhecimento para a sessão de sensibilização “GE na CDCF”. Encontrando-se o certificado desta formação no anexo A.

No contexto referente à urgência pediátrica pude estar presente no “I Seminário Internacional de Mestrados em Enfermagem da ESS CVP Lisboa”, no dia da Sessão de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e pude assistir às sessões: “Promoção da parentalidade - o papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica na parentalidade positiva”; “O impacto do uso das tecnologias no desenvolvimento da criança em idade pré-escolar: a perspetiva dos pais”; “O sofrimento associado à criança e sua família com doença incurável: desafios das equipas de cuidados paliativos pediátricos”; “Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade na área da massagem infantil”; “Estudo dos padrões e distúrbios de sono das crianças dos 0-3 anos de quatro infantários da região de Setúbal” e “O cuidado especializado em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: uma abordagem humanista na era digital”. A abrangência dos temas permitiu-me melhorar o meu conhecimento na área da saúde infantil e pediátrica e fatores que podem envolver a saúde emocional como o uso das tecnologias e padrões de sono irregulares. Apresentei um póster em concurso de pósteres no apêndice H. Encontrando-se o certificado desta formação no anexo B.

Por fim, pude estar presente no III Encontro de Saúde Escolar ULS Loures Odivelas, onde foram abordados projetos realizados com a comunidade escolar ao longo dos anos letivos anteriores com foco na saúde mental, saúde oral e alimentação com várias parcerias pertencentes à comunidade. O que melhorou o meu conhecimento acerca das atividades que são possíveis realizar em contexto de saúde escolar e a forma como os recursos na comunidade podem interagir entre si para projetos mais completos dentro da área. Participei no concurso de pósteres com o póster presente em apêndice I. Encontrando-se o certificado referente a este encontro no anexo C.

Aprender e reaprender com estas formações permitiu-me adquirir competências científicas, técnicas, éticas e culturais na gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, ou seja, melhorar a minha prática clínica com evidência científica e opiniões de especialistas e peritos [D2, 2.a)], melhorou a forma como realizava as intervenções ao torná-las mais especializadas para crianças e famílias em situações complexas de forma a maximizar a saúde nas diversas fases do desenvolvimento (E1, E2, E3). Ao participar nos concursos de pósteres, pude contribuir para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem e da formação especializada de saúde infantil e pediátrica através da realização de revisões sistemáticas, com equação de pesquisa e com intervalo limite de 5 anos, que foram expostos ao público que permitiu a quem os leu adquirir conhecimento especializado sobre as temáticas desenvolvidas. Estes pósteres foram avaliados e aceites pela professora orientadora e pelas comissões científicas [2.d)].

III.2. Contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade

O estágio referente à área de cuidados na comunidade foi realizado de 4 de março a 12 de abril numa UCC, pertencente a uma ULS do distrito de Setúbal, que tem como principal função promover a melhoria do estado de saúde e alteração de comportamentos na população a quem presta cuidados através da sua intervenção na comunidade(93).

Apresenta uma equipa de 14 enfermeiros, uma assistente administrativa e uma assistente técnica em permanência. Tem a colaboração de outros profissionais da unidade local de saúde como uma assistente operacional, outros enfermeiros, higienistas orais, técnicos de serviço social, psicólogos, uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional, médicos de saúde pública, técnicos de saúde ambiental e nutricionistas(93).

A sua atuação está organizada em quatro equipas de intervenção comunitária: Equipa de Saúde Escolar, Equipa de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Equipas de Cuidados Continuados Integrados e Equipa de Saúde Mental. A Equipa de Saúde Escolar tem 3 enfermeiras e tem como principal objetivo melhorar a saúde das crianças, jovens e da restante comunidade educativa. Tendo eles, os seguintes projetos: “Alimentação Saudável”, “Afetos”, “Embaixadores da Saúde” e “Adolescer Saudável”. Em que realizam sessões de

formação às crianças, jovens e comunidade escolar sobre temáticas relevantes para o desenvolvimento adequado das crianças e adolescentes. Apoiam CDCF ou CNSE através do ensino da comunidade escolar e da realização de planos de saúde individuais(93).

O município a que a UCC responde às necessidades apresenta uma população de 177 238 habitantes(94) com 22 269 crianças e jovens(95). A equipa de saúde escolar têm que realizar atividades e projetos em 13 agrupamentos de escolas, ou seja, 58 escolas, 2 escolas secundárias não agrupadas(96), 2 escolas profissionais com acordo de cooperação e 19 instituições particulares de solidariedade social(97). No entanto, existem 2 agrupamentos escolares e uma instituição particular de solidariedade social que não estão a receber apoio e projetos da equipa de saúde escolar, porque a UCC não tem dotações seguras e os enfermeiros apresentam acumulação de atividades para que todas estas organizações consigam ser apoiadas sem que haja exaustão da equipa de enfermagem(12,93).

Os registos são realizados na plataforma Sclinico na versão específica para cuidados de saúde primários. Registam as atividades específicas à comunidade escolar em notas gerais e se existir alguma situação de uma criança ou adolescente durante as intervenções que seja necessário reavaliar e/ou intervir, articulam com a unidade onde se situa o médico e o enfermeiro(a) de família.

O principal elemento que levou à elaboração do diagnóstico de situação ocorreu durante as visitas às escolas e instituições. Quando apresentava o tema do meu projeto aos colaboradores da comunidade escolar estes demonstravam imenso interesse na área, referindo que cada vez mais tinham CNSE e que precisavam de apoio na área.

O número de CNSE tem vindo a aumentar, como tal, os enfermeiros de saúde escolar assumem cada vez mais intervenções variadas e complexas. São considerados os líderes em situações de avaliação na deteção precoce de alterações nas crianças/jovens, na educação para a saúde e no controlo e prevenção de doenças. No entanto, os profissionais de educação afirmam ter competências limitadas sobre a temática da saúde. Consideram a sua formação inicial sobre saúde limitada, por isso sentem necessidade em saber mais sobre a doença, seus sintomas e demonstrações. Sentem-se mais seguros com a presença de um enfermeiro de saúde escolar por ser capaz de avaliar as necessidades de saúde da criança, identificar que sintomas podem criar barreiras na educação e assumem a liderança e desenvolvem o plano de saúde individual(12).

Uma das funções da equipa de saúde é realizarem formações à comunidade escolar quando necessário, criar objetivos específicos com o intuito de promover o conhecimento sobre perturbações do desenvolvimento e sensibilizar os colaboradores para o apoio das CNSE. Inicialmente, os objetivos específicos que estavam definidos para este contexto eram “Capacitar os profissionais do ensino pré-escolar a identificar sinais de CDC/CNSE/CNEE”,

“Capacitar os profissionais do ensino escolar a identificar sinais de CDC/CNSE/CNEE” e “Promover a GE dos pais de crianças com diagnóstico de autismo”. Os dois primeiros objetivos foram unidos num único objetivo, porque as estratégias referidas podiam ser adaptadas a cada criança. O póster foi alterado para um folheto, pela sua fácil acessibilidade. O objetivo “Promover a GE dos pais de crianças com diagnóstico de autismo” não foi concretizável porque o centro de desenvolvimento que iria participar cancelou o projeto.

Os objetivos “Sensibilizar os professores, educadores, assistentes operacionais e amas para situações de GE de CDC e Promover a utilização de estratégias de GE pelos professores, educadores, assistentes operacionais e amas ao cuidarem de uma CDC” transformaram-se numa pesquisa por evidência científica atualizada obtida através da pesquisa em base de dados com a equação de pesquisa: [child* AND (autism OR attention deficit hyperactivity disorder OR cerebral palsy OR Down syndrome) AND (emotion OR emotion regulation)] com intervalo temporal de 5 anos e pesquisa livre. Esta pesquisa foi utilizada para realizar uma apresentação para as sessões de sensibilização, em apêndice J, e um folheto, em apêndice K, com o intuito dos colaboradores poderem manter um documento de fácil acesso e leitura com estratégias de GE na PEA, PHDA e nos profissionais.

A apresentação descreveu 4 DC: PEA, perturbação do défice de atenção e hiperatividade (PHDA), síndrome de down e paralisia cerebral, com os sintomas que provocavam desregulação emocional e estratégias para a GE, as emoções dos profissionais de educação e que estratégias poderiam utilizar na sua GE. Foi possível realizar 5 sessões de sensibilização presenciais, em 2 escolas e 3 instituições particulares de solidariedade social.

A categoria do cuidar do MTEEP em que baseei a minha prática para este objetivo foi “Construir a estabilidade na relação”. Os enfermeiros gerem os relacionamentos com a criança/jovem e família/cuidadores para harmonizar e estabilizar as interações, manter a confiança e não perturbar a relação terapêutica, já que, por vezes, as emoções intensas e negativas derivadas de momentos particulares dos utentes interferem com a relação, como processos dolorosos, informações contraditórias ou cultura. Os enfermeiros praticam cuidados com afetividade, empatia e positividade, partilham informações com a criança/jovem e promovem a participação voluntária da família nos cuidados da criança dentro das suas capacidades. Após um procedimento, utilizam reforço positivo verbal e não-verbal e diplomas de coragem (6). Transportando estes conceitos para a concretização deste objetivo, procurei demonstrar aos profissionais de educação que era importante utilizarem estratégias de GE para estabilizar a desregulação emocional da criança com compaixão e afeto, assim como a sua própria desregulação emocional, de forma a harmonizar a sua relação e transformá-la numa relação segura. O processo de adaptação entre um profissional de educação e uma CNSE a cada um pode ser complexo. As CNSE podem ter alterações na sua regulação

emocional e conseqüentemente, nos processos de *coping*, sendo que os colaboradores podem ter dificuldades a lidar com estes processos, segundo *Callista Roy* (8). Por isso, procurei facilitar este processo através da apresentação de estratégias de GE para os colaboradores a serem utilizadas com a CNSE. Assim como capacitar os profissionais de educação a serem capazes de se autogerir perante situações que lhes são adversas e assim permitir-lhes satisfazer a sua necessidade de equilíbrio emocional, sendo em si um autocuidado como afirmaria *Dorothea Orem*(8).

Foi aplicado um questionário de avaliação de sessão aos 55 participantes da sessão, presente no apêndice L. As respostas nas questões de escolha múltipla foram maioritariamente positivas, ou seja, 80% das respostas, o que confirmou que a população-alvo sentiu que a apresentação correspondeu às suas expectativas e foi útil para a sua prática. Na questão “A duração da ação/formação foi adequada”, houve respostas de “discordo totalmente” e “discordo parcialmente”, provavelmente pela duração de uma das sessões ter tido um tempo de discussão bastante superior ao esperado.

Na questão de resposta aberta referente a outros aspetos a abordar, os profissionais de educação referiram que poderiam haver momentos práticos, atividades e jogos sobre como interagir com as crianças. Sugeriram que houvesse mais formações sobre o tema e que abordassem a família. Na questão de resposta aberta sobre outros assuntos que considerassem pertinentes, os profissionais referiram que os assuntos tratados eram fundamentais, sendo muito importante estarem sensíveis às características de cada criança e valorizaram as estratégias para a sua GE. No entanto, houve respostas que referiram que não é possível pôr em prática estas intervenções por falta de recursos, apoio da equipa e de tempo. Serem capazes de gerir as emoções da CNSE, assim como as suas é crucial para o seu desempenho profissional e bem-estar e interação social da CNSE. Referiram múltiplas vezes a importância de existirem mais formações com esta temática, que estas falassem sobre a GE e melhoria da relação com os pais/familiares, e colaboradores. No entanto referiram que a falta de recursos humanos, físicos e tecnológicos era um ponto-chave para não conseguirem realizar as intervenções. Em contexto do projeto, estas sessões poderiam ser alargadas e englobar a relação com os pais e momentos práticos em *roleplay* com partilha de experiências.

A realização destas sessões de sensibilização partilhou a importância da proteção dos direitos humanos (A2), em particular a proteção dos direitos das CNSE, de forma a reforçar a inclusão de CNSE (E1) e a promover a sua adaptação à sua DC, através da transmissão de estratégias de GE aos colaboradores de forma a que estes possam utilizá-las com os seus alunos [E2, 2.b)]. Foram as primeiras sessões que realizei enquanto enfermeira para outros colaboradores num contexto profissional, o que me despertou para as minhas dificuldades enquanto dinamizadora (D1) e que precisava de melhorar.

Consegui diagnosticar necessidades formativas na comunidade escolar, o que me permitiu gerir um projeto na comunidade escolar e partilhar informação atualizada de bases científicas [D2, 2.c)] com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços prestados pela comunidade escolar (B1, B2) e manter um ambiente seguro para todos os elementos (B3).

III.3. Contexto de Internamento de Pediatria Médica e Cirúrgica e Hospital de Dia

O estágio referente à área de medicina ou cirurgia foi realizado de 15 de abril a 18 de maio. A UIPMCHD pertence a um hospital de uma ULS do distrito de Setúbal com uma equipa de 23 enfermeiras, sendo que 3 enfermeiras também participam no hospital de dia e 2 enfermeiras participam na EIHS CPP. O internamento de pediatria médica e cirúrgica procura cuidar de crianças que necessitem de cuidados constantes por descompensação de uma DC, doença aguda e medicação e/ou casos sociais que precisam de apoio social. Tem 4 quartos individuais e 12 postos em vários quartos que podem ser camas ou berços. Apresenta um espaço com carros para transporte de crianças com diferentes veículos e um armário com brinquedos, consolas de jogos e outras tecnologias para utilizar com as crianças e jovens. Tem uma sala com educadoras chamada “Sala de brincar” com variados brinquedos, jogos de tabuleiro e materiais de desenho e bricolagem acessível para as crianças/jovens internados ou em consulta. Tem um espaço destinado à família onde podem comer e descansar, assim como uma casa de banho. É possível às famílias ficarem com as suas crianças durante todo o internamento e a equipa de enfermagem procura trabalhar em parceria com os pais para que estes possam descansar e sair do serviço se precisarem. Os projetos da unidade de apoio à CDCF são: o enfermeiro de referência e a visita domiciliária.

O hospital de dia tem uma sala com espaço para 5 postos que tanto podem ser camas como berços. Prestam cuidados de enfermagem prescritos como administração de medicação, colheitas de sangue e preparações para exames médicos e outros cuidados de apoio às especialidades médicas que não necessitem de internamento.

Os registos são realizados em Sclínico, e os registos com foco na dimensão emocional da criança são realizados em notas livres nos focos “Emoções” e “Medo”. Para os pais, o foco é “Capacitação parental”, onde se pode registar em notas livres as emoções.

No processo de elaborar o diagnóstico de situação verifiquei que haviam vários internamentos de CDC, cuidados de enfermagem em hospital de dia com CDC, visitas domiciliárias de acompanhamento pela UIPMCHD e pela equipa intra-hospitalar de suporte aos cuidados paliativos pediátricos (EIHS CPP) a CDCF, o que me levou a refletir sobre a relevância que teria para a equipa desenvolver a temática GE na CDCF. Inicialmente, queria incluir a importância da presença dos irmãos no internamento, mas observei, em módulo II,

que havia uma maior presença e fácil acesso aos irmãos no serviço em situações de internamento, dentro das regras instituídas pelo serviço.

Um episódio de hospitalização é um grande evento na vida de uma criança/jovem e sua família/cuidadores, que interrompe as rotinas e padrões da vida quotidiana e que testa os seus mecanismos de defesa e adaptação ao enfrentar situações perturbadoras. As situações de hospitalização e cirurgia são potenciadoras de ansiedade e medo devido a ideias preconcebidas que podem resultar numa experiência traumática. Os enfermeiros apresentam um papel fundamental em promover o desenvolvimento das capacidades de *coping* da criança/jovem e família/cuidadores e em transformar as experiências de crise em positivas. As CDC podem apresentar alterações do seu desenvolvimento físico, comportamental e/ou emocional que lhes faça requerer vários internamentos(12).

O objetivo “Promover o envolvimento emocional dos enfermeiros com a CDCF” transformou-se no objetivo “Sensibilizar os profissionais de saúde para as estratégias não farmacológicas na GE com a CDCF”, por se enquadrar mais com as atividades que pretendia realizar.

Realizei um questionário de avaliação de concordância, em apêndice M, para verificar se a equipa de enfermagem também achava a temática relevante. Obtive 93,75% de respostas positivas em todas as questões de escolha múltipla. Nas questões de resposta aberta, as enfermeiras maioritariamente referiam que gostavam que fosse abordado estratégias de comunicação e GE com CDCF e CNSE e que as principais necessidades que encontravam na GE da CDC era incentivar a esperança e espaço para GE na CDCF.

Planei realizar uma apresentação para realizar uma sessão de sensibilização, em apêndice N, e dois folhetos, em apêndice O, com o intuito de fornecer à unidade informação de leitura mais acessível, assim como uma forma de partilha de informação com novos colaboradores. Utilizei evidência científica anteriormente descrita no contexto anterior referente às CNSE e realizei uma nova pesquisa livre sobre as estratégias de GE com a família de CDC, inspirada pelas apresentações da formação Enfermagem em Cuidados Especiais de Neonatologia e Pediatria” e da literatura encontrada e trabalhada anteriormente no instrumento de trabalho. Realizou-se uma sessão de sensibilização tanto presencial como online. A apresentação continha uma explicação sobre o MTEEP, o conceito de CDC, o ciclo de mecanismos promotores da sua desregulação emocional com as vivências comuns de cada fase do desenvolvimento e as principais intervenções/estratégias para melhorar a GE, CNSE com a abordagem dos principais sintomas que desregulam as suas emoções, as suas demonstrações e as principais estratégias para cada uma das DC, o processo emocional das famílias com CDC com estratégias que podiam ser utilizadas pelos enfermeiros, incluindo a comunicação terapêutica, a relação terapêutica e os benefícios da promoção da esperança,

também foi partilhada a escala de avaliação de regulação emocional infantil “*emotion regulation checklist*” e folhetos sobre estratégias com a CDCF.

A categoria de cuidar do MTEEP que considerei que mais se enquadrava com este objetivo foi o “Nutrir os cuidados com afeto”. O afeto nos cuidados de enfermagem, que ocorre muitas vezes em momentos de brincadeira e durante procedimentos, é defendido como um direito inerente da criança/jovem e alivia os fatores de stress associados aos procedimentos técnicos. Facilita a execução de intervenções, aumenta a confiança, tranquilidade e sensação de controlo da criança, o que diminui o sofrimento, facilita a colaboração, suscita sentimentos de proteção pelos enfermeiros, assim como aumenta a confiança dos pais na equipa de enfermagem e ajuda a construir uma relação de ajuda e apoio. Aplica-se através do sorriso, uma voz suave, um olhar meigo, um discurso animado, do toque, manifestando-se em abraço, colo ou embalar(6). Com a sessão procurei demonstrar à equipa de enfermagem a importância da presença do afeto nas intervenções à CDCF, que é o fator dos cuidados que mais influencia não só os utentes, mas também a sua disponibilidade para cuidar. O afeto também pode ser utilizado como um mecanismo de adaptação às circunstâncias vivenciadas pela hospitalização, que podem ser estímulos negativos e que podem gerar efeitos negativos e respostas ineficazes de *coping*, como afirmaria *Callista Roy*(8).

De seguida, foi pedido para preencherem um questionário de avaliação da sessão, em apêndice P, tendo obtido 10 respostas, equivalente ao número de participantes. As questões de resposta de escolha múltipla obtiveram 90 % de respostas positivas, no entanto foram obtidas respostas de “nem concordo nem discordo” em questões referentes à avaliação global da formação e avaliação do impacto da formação. O que me levou a refletir sobre a forma como apresentei como algo a melhorar. Na questão de resposta aberta “Na sua opinião, que outros aspetos podem ser desenvolvidos sobre a GE nas CDC para a prática de enfermagem?” obtive as respostas “Mais estratégias para os enfermeiros”, “Exemplos práticos mais específicos; casos clínicos”, “Desenvolvimento de documentação específicas na área de enfermagem.” e “Treino de competências”, que me transmitiu a necessidade de realizar esta formação com discussão de casos clínico e de treino de competências através de *roleplays*. A questão de resposta aberta referente a aspetos importantes e facilitadores para a sua GE nos cuidados de enfermagem com CDCF obtive as respostas “Formação de todos os profissionais”, “Trabalho e partilha de emoções em equipa multiprofissional”, “Maior conhecimento da história de saúde e hábitos de vida do utente na qual estamos a prestar cuidados de saúde” e “Treino de competências”, que me confirmou que os enfermeiros consideram que a formação e treino destas competências é fundamental para os cuidados de enfermagem e que se deve explorar mais as dimensões do utente pediátrico e família.

A gestão e liderança destas atividades de melhoria contínua (B1 e B2) permitiu-me trabalhar num projeto com vista a desenvolver as competências emocionais na relação

terapêutica dos enfermeiros, melhorando a sua práxis clínica, assim como a minha [D2, 2.b)]. Promovi a minha aquisição e da equipa, competências científicas e éticas sobre GE na CDCF com visa a otimizar a tomada de decisão e qualidade dos cuidados de enfermagem quando se encontram ou procuram prevenir uma situação de desregulação emocional [2.a), C1]. Ao ser capaz de reconhecer as necessidades especiais da criança/jovem e família, consegui utilizar e promover a utilização de estratégias de GE e adaptação à DC pela criança/jovem e família e conseqüentemente o seu bem-estar biopsicossocial e relação entre os intervenientes (E2 e E3). Permitindo-me melhorar os meus recursos pessoais e limites profissionais (D1), tornando-me lentamente um membro dinamizador e proativo de uma equipa [2.c)].

III.4. Contexto de Urgência Pediátrica e Unidades de Internamentos de Curta Duração

O estágio referente à área de urgência ou UCIP foi realizado de 20 de maio a 22 de junho. A unidade UPUICD está inserida numa ULS do distrito de Setúbal e possui uma equipa de 27 enfermeiros. Possui duas salas de triagem, onde se realiza a triagem de um episódio de urgência, uma sala de tratamentos, onde se realizam intervenções de enfermagem prescritas como: administração de medicação, punções venosas e colheitas de sangue, colheitas de urina asséptica e administração de fórmulas de reidratação oral, uma sala de reanimação, onde se procede à reanimação de criança em choque ou paragem cardiorrespiratória, uma sala destinada a pequenas cirurgias ou cirurgias de ambulatório e duas unidades de internamento de curta duração com 6 postos com cama ou berço e 3 postos com cama e cadeirão para o acompanhante.

Devido à natureza das situações agudas e caráter urgente que surgem, a unidade não apresenta projetos ou programas dedicados à criança com doença crónica. Apresenta normas de procedimento para algumas patologias crónicas mais comuns na unidade, como drepanocitose e diabetes mellitus tipo I, assim como o projeto “Satisfação do Utente Pediátrico e família” partilhado pelos serviços de pediatria do hospital.

A unidade possui dois programas para registo formal de enfermagem: o *Alert* e o *SClinico*. O *Alert* é utilizado nas salas de triagem e de tratamento, intervenções de enfermagem, resultados de análises e exames e atualizações do processo de enfermagem e médico para cada criança chamadas de “reavaliações”. Apresenta diagnósticos para a CDC em situação aguda. O *SClinico* é utilizado nas salas de internamento de curta duração para registo do acolhimento, planeamento, execução e resultados. Nesta unidade não se realizam diagnósticos com foco nas emoções em criança com CDCF, realizam sim registos em notas gerais sobre o estado geral emocional da criança perante o episódio de doença aguda, hospitalização ou tratamento, assim como o da família em situação de stress e capitação parental.

Uma visita ao serviço de urgência pediátrica é considerada pelos utentes como impessoal e/ou assustadora, por isso é sempre um momento de elevada carga emocional e com imensas particularidades devido à situação de doença aguda, episódio de desregulação emocional ou episódio de maus-tratos(12).

Nos cuidados de enfermagem observados em módulo I, houve crianças que recorriam ao UPUICD e apresentavam sinais de suspeita de maus tratos e adolescentes que apresentavam sinais de depressão ou histórico de depressão com instabilidade emocional atual. Os enfermeiros, quando questionados, referiam ter dificuldades na abordagem inicial e acompanhamento destas crianças e adolescentes. Ao ponderar sobre o diagnóstico de situação, compreendi que seria importante refletir com a equipa de enfermagem sobre a temática dos maus-tratos infantis e comunicação em situações de instabilidade emocional. No entanto, no módulo II, em reuniões informais com a SC, averiguei que a temática da comunicação seria demasiado extensa para ser abordada à equipa em simultâneo com o tema de maus-tratos infantis, assim como, o momento que me sensibilizou para a temática que foi uma desregulação emocional de uma adolescente com perturbação depressiva diagnosticada em que a enfermeira que estava comigo referia apresentar dificuldades em interagir com esta situação. Acabando o meu diagnóstico de situação por apresentar dois objetivos que irei descrever.

No objetivo “Refletir sobre atuação do EESIP em situações de maus-tratos na CDCF” foi realizado um questionário de concordância, em apêndice Q, do qual obtive 6 respostas. As questões davam ênfase à importância da atenção e ao conhecimento dos sinais de maus-tratos infantis, cujas as 6 respostas foram 92,86% positivas, no entanto alguns responderam que não concordavam nem discordavam. Em questões abertas os enfermeiros responderam que gostavam que fossem abordados temas como: “Esclarecimento sobre os tópicos da folha de identificação para o núcleo de apoio hospital”; “Diretrizes para apoio a criança, jovem, família em situação de risco”; “Informação sobre os possíveis locais de encaminhamento para respostas a estas situações” e “Aspectos jurídicos e comunicacionais específicos a esta área de intervenção”. E responderam que as principais necessidades numa intervenção a crianças em situação de maus-tratos infantis eram: “Apoio emocional; proteção da criança; identificação de um cuidador”; “Apoio emocional, Esclarecimentos, Comunicação, Conforto, Segurança” e “Necessidade de proteção e apoio emocionais”. Os enfermeiros consideraram a temática importante para a sua prática clínica e apresentaram interesse em adquirir mais competências.

De forma a obter uma visão centrada no enquadramento legal de Portugal, realizei uma pesquisa bibliográfica livre e com essa informação realizei um guia orientador da prática de enfermagem sobre a temática com um fluxograma de atuação para os enfermeiros, que se

encontra no apêndice R. Foram concretizadas 4 sessões de sensibilização presenciais, em apêndice S, de forma a conseguir chegar a um maior número de elementos na equipa.

“Facilitar a gestão das emoções dos utentes” foi a categoria do cuidar que privilegiei na execução deste objetivo. As emoções vividas pelas crianças/jovens e família/cuidadores são muitas vezes perturbadoras e intensas, porque podem ter existido experiências emocionais negativas anteriores em serviços de saúde. Os enfermeiros, ao utilizarem e ajustarem as estratégias de GE na criança/jovem e família/cuidadores, são capazes de os ajudar a lidar melhor com novas situações. Ao utilizarem a esperança e o otimismo, juntamente com afeto e sensibilidade para com as emoções sentidas, ajustam as estratégias de GE para transformar as experiências em promotoras de segurança e tranquilidade nas crianças/jovens. Alguns exemplos disto são a utilização de uma abordagem inicial calma e afetuosa, demonstrar disponibilidade se a criança/jovem precisar de algo, usar a brincadeira terapêutica ou livros para explicar os procedimentos, ensinar técnicas de relaxamento e de respiração, usar imaginação guiada, proporcionar um livro para colorir que aborde o procedimento, utilizar um boneco ou peluche que a criança goste como reforço positivo e de proteção, promover a expressão de emoções através de um desenho ou brincadeira, distrair do foco doloroso e contar histórias. A presença e participação dos pais nos procedimentos também é importante para manter a sensação de segurança na criança/jovem. Estas intervenções permitem evitar emoções negativas e proporcionar bem-estar e autogestão emocional(6). Quando uma criança/jovem se encontra a vivenciar uma situação de maus-tratos pode estar numa posição de sobrecarga emocional e, como tal, quando chega ao serviço de urgência, necessita que os profissionais consigam transmitir estratégias de GE para transformar a experiência numa situação menos angustiante. Para a adaptação à situação ser executada da melhor forma, é necessário organizar as respostas do utente para que sejam o mais adaptativas possível aos estímulos internos e externos a que foram e são expostos, de acordo com *Callista Roy*(8). Por isso, procurei explicitar esse conhecimento através da partilha de documentos com a equipa de enfermagem.

Apliquei um questionário de avaliação de sessão, em apêndice T, aos participantes e cujos resultados irei apresentar na descrição do próximo objetivo, visto o questionário ser partilhado com objetivo seguinte.

Para concretizar o objetivo “Promover a intervenção de enfermagem em adolescentes com sinais de depressão”, comecei por aplicar um questionário de concordância aos enfermeiros para verificar se a equipa considerava que a temática era relevante o suficiente para realizar uma sessão, ao qual obtive 6 respostas. As questões de escolha múltipla falavam sobre a importância do enfermeiro estar atento a sinais de depressão, assim como a utilização de diferentes estratégias de comunicação, de forma a estabelecer uma relação para quando o adolescente partilha as suas problemáticas. As 6 questões obtiveram 97,2% de

respostas positivas. Em questões de resposta aberta, os enfermeiros responderam que gostavam que fosse abordado: “Estratégias de comunicação”; “Diretrizes para soluções, respostas”; “Antecedentes Familiares”; “Fatores de risco de depressão na adolescência, sinais e sintomas de depressão na adolescência, intervenção inicial e articulação interdisciplinar, comunicação com o adolescente depressivo, suporte emocional ao adolescente e familiares”. E as respostas para a questão “Quais são as principais necessidades que encontra na intervenção com adolescentes com sinais de depressão” foram: “Comunicação”; “Segurança”; “Apoio emocional”; “Perceber contexto familiar e escola” e “Apoio emocional, *coaching* e *coping*”, o que me levou a interpretar que os enfermeiros consideravam esta uma temática fundamental a ser exposta neste contexto.

Por isso, realizei uma pesquisa bibliográfica livre para obter artigos e fontes de informação portuguesas e da ordem dos enfermeiros. Através desta informação, realizei um guia orientador da prática de enfermagem com um fluxograma de atuação para os enfermeiros, em apêndice U. Realizei 4 sessões de sensibilização sobre os dois guias orientadores de prática e o instrumento de trabalho e obtive 13 participantes.

Considero que a categoria do cuidar do MTEEP “Facilitar a gestão das emoções dos utentes”(6) também se aplica a este objetivo do meu projeto. Quando um adolescente que aparenta sinais de depressão ou tem diagnóstico de depressão se dirige ao serviço de urgência pediátrica, encontra-se em desregulação emocional e necessita que os enfermeiros lhe consigam transmitir estratégias de GE para diminuir a negatividade da situação que está a viver e conseguir articular com outros profissionais, o que permite educá-los a serem capazes de praticar o autocuidado, como afirmaria *Dorothea Orem* (8).

Apliquei um questionário de avaliação de sessão, no entanto somente 6 é que devolveram o questionário preenchido. Todas as respostas do questionário foram positivas. À questão de resposta aberta “Na sua opinião, que outros aspetos podem ser trabalhados sobre as temáticas desenvolvidas na prática de enfermagem?” obtive a resposta “Acho que a sessão foi bastante completa e foram abordados os assuntos importantes”. Por isso, considero que apesar de poucas respostas, a sessão foi bem recebida pelos enfermeiros e proveitosa para a sua prática.

A concretização destes guias orientadores permitiu-me desenvolver as minhas competências científicas, éticas e deontológicas, ao ser capaz de proteger os direitos humanos da criança ou adolescente e identificar mais eficazmente sinais de maus-tratos infantis e depressão [2.a), A1, A2, D2] ao compreender provas de mal-estar emocional e mental, de risco de violência ou negligência (E1). Ao ser criado um espaço/ambiente que os fizesse sentirem-se seguros e protegidos (B3), permitindo aos adolescentes com sinais de depressão, a comunicação aberta de emoções de forma a identificar os comportamentos e pensamentos pejorativos e reforçar uma tomada de decisão sobre a sua saúde responsável

(E3). Assim, ao criar guias orientadores da prática de enfermagem, avaliei, planei e liderei um projeto de melhoria contínua dos cuidados de saúde com evidência científica atualizada [B1, B2, 2.b)] e tornei-me dinamizadora desta informação ao apresentar a sessão de sensibilização [2.c)] melhorando os meus recursos pessoais de formadora (D1).

III.5. Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos e Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

O estágio referente à área de neonatologia foi realizado de 24 de junho a 27 de julho. A UCINP e Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (UCIMN) tem uma equipa de 40 enfermeiras e é constituída por 3 salas de cuidados, a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais com 5 postos para recém-nascidos prematuros, UCINP, com 4 postos para utentes pediátricos que pode ter um berço, incubadora ou cama, e a UCIMN com capacidade para 10 postos para recém-nascidos que pode ter um berço ou incubadora. São unidades cujo objetivo é prestar cuidados diferenciados a crianças que apresentem falência de um ou mais órgãos ou sistemas orgânicos, ou seja, com doença crítica, com necessidade de cuidados permanentes e de apoio tecnológico. Apresentam uma sala destinada à conservação do leite materno, uma sala de armazenamento de terapêutica, sala de armazenamento de material, uma sala de refeições para os enfermeiros e dois espaços destinados aos pais, uma sala de refeições e uma sala reservada para a sua higiene pessoal, que são partilhadas com o UIPMCHD.

A equipa de enfermagem promove a participação e autonomia dos pais nos cuidados ao seu recém-nascido nas tarefas em que os podem realizar como apenas a amamentação ou método canguru nos cuidados intensivos ou cuidados com amamentação/alimentação, higiene, segurança e conservação do leite materno nos cuidados intermédios. O turno da manhã e da tarde tem sempre duas enfermeiras por unidade.

A equipa realiza registos em Sclínico. As alterações emocionais da criança são registadas no diagnóstico “Agitação”, de acordo com a sua agitação psicomotora. A alterações emocionais dos pais/cuidadores são registadas em notas livres de intervenções no diagnóstico “Capacitação parental”.

O recém-nascido pré-termo, devido à sua imaturidade neurofisiológica, está vulnerável a determinadas doenças agudas e crónicas tais como: sequelas do neurodesenvolvimento, como paralisia cerebral, atraso cognitivo, cegueira e surdez; doença pulmonar crónica, dificuldades do desenvolvimento; dificuldades na alimentação; estenose subglótica após intubação endotraqueal prolongada e maior prevalência de PEA e PHDA(12).

Ao refletir sobre a implementação da promoção da parentalidade através do método canguru como um dos objetivos do diagnóstico de situação deste contexto, reconsiderarei que conseguiria melhorar o meu conhecimento acerca de estratégias de GE com as famílias e

enfermeiros, apoiar os cuidadores/famílias através da partilha de estratégias sobre como os enfermeiros poderiam gerir e proteger os pais neste momento de grande fragilidade, assim como poderia despertar os enfermeiros para a importância das suas próprias emoções e da sua GE nos cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros em neonatologia promovem a presença dos pais/cuidadores no internamento do seu neonato e que estes proporcionem cuidados familiares, promovidos pelo estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança com os enfermeiros e por ensinamentos sobre como devem cuidar do seu recém-nascido para que o consigam fazer com confiança e autonomia, o que possibilita a vinculação com o recém-nascido. Os pais são sempre considerados os melhores cuidadores dos seus filhos(12).

Nos objetivos “Refletir com a equipa de enfermagem sobre a importância das emoções sentidas pelos enfermeiros. Refletir com a equipa de enfermagem sobre as emoções e GE dos pais/cuidadores” não foi aplicado questionário de concordância porque a SC e chefia da unidade não consideraram que a equipa fosse aderir e como tal não iria obter respostas. Por isso, iniciei uma pesquisa bibliográfica em bases de dados através da equação de pesquisa [(Nurs*) AND (family OR mother OR father) AND (neonatology OR neonatal*) AND (emotion*)] com um limite temporal de 5 anos e pesquisa livre de forma a encontrar a evidência científica mais atualizada e focada para a temática que queria abordar. Alguma da pesquisa utilizada neste objetivo foi retirada de um artigo que estava a realizar “Comunicação de Más Notícias a Crianças e suas Famílias: Scoping Review”, cujo resumo está presente em apêndice V. Com esta informação, realizei um instrumento de trabalho “Emoções dos Enfermeiros e das Famílias durante o internamento de Recém-Nascidos em Neonatologia”, em apêndice W, e uma apresentação, em apêndice X. Executei duas sessões de sensibilização em formato presencial e online para enfermeiros com aderência de 9 enfermeiros. A apresentação abordava as emoções que os pais/família vivem quando o seu recém-nascido está internado em neonatologia e as intervenções que os enfermeiros podem realizar para auxiliá-los na sua GE, as emoções dos enfermeiros e que estratégias podiam utilizar para a sua GE, os pontos-chave do instrumento de trabalho “Gestão das Emoções na CDCF” e a partilha dos folhetos sobre a GE da CDCF e os cartões de bolso sobre as estratégias para a GE dos pais/família em neonatologia e para os enfermeiros.

As categorias do cuidar do MTEEP nas quais baseei a minha prática para este objetivo foram “regular a disposição emocional para cuidar” para as estratégias de GE com os enfermeiros e “construir a estabilidade na relação” para as estratégias de GE com os pais/cuidadores(6). Os pais encontram-se numa situação fragilizada de grande emocionalidade que pode interferir com a relação terapêutica. Por isso, os enfermeiros devem partilhar informações sobre o seu recém-nascido, demonstrar empatia e afeto pela situação vivida e incentivá-los a prestar cuidados para que os pais/cuidadores possam confiar nos

enfermeiros. Isto foi o que procurei transmitir com a realização do instrumento de trabalho e apresentação.

Em “Regular a disposição emocional para cuidar” a relação enfermeiro-criança-família é importante por favorecer a expressão e GE dos intervenientes. Nesta relação, os enfermeiros vivenciam experiências emocionais perturbadoras em momentos curtos e longos. Para garantirem a sua tranquilidade e bem-estar interno, assim como o da equipa, e conseguirem manter a disponibilidade dos seus cuidados com confiança e serenidade, devem adotar estratégias de GE individuais que podem ser desenvolvidas em workshops de GE ou com a própria equipa. A GE dos enfermeiros é importantíssima para garantir a eficácia dos cuidados, por isso transmiti estes conhecimentos à equipa através da criação de um instrumento de trabalho e de uma apresentação(6). Todas estas situações são processos de adaptação a uma nova realidade emocional que precisam de mecanismos de *coping* para que os pais e os enfermeiros se possam adaptar às situações adversas que a prematuridade pode trazer, como afirmaria *Callista Roy*(8). Assim como realizar o autocuidado da sua desregulação emocional e encontrar o seu equilíbrio, segundo *Dorothea Orem*(8)

Apliquei um questionário de satisfação sobre a apresentação, em apêndice Y que obtive 6 respostas. As respostas foram 96,16% respostas positivas. Uma resposta acerca dos meios audiovisuais referia que discordava parcialmente e uma resposta acerca das instalações serem adequadas afirmou que discordava totalmente. Na primeira sessão realizada houve vários problemas técnicos que não nos permitiram realizar a sessão na sala planeada. Tivemos que ir para um gabinete de enfermagem com pouco espaço e por isso a enfermeira que assistiu presencialmente não ficou tão confortável como poderia ter estado. No entanto, em todas as outras questões, como as referentes à importância da sessão e conhecimento adquirido foram positivas na sua totalidade, por isso considero que as sessões foram um sucesso com a equipa.

Procurar conhecimento científico sobre estratégias de GE com as famílias/cuidadores permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre a comunicação de forma a promover a autonomia e envolvimento nos cuidados, esperança realista e vinculação com a criança, em particular no caso de se tratar de uma CDC ou em fim de vida (E2, E3). Este conhecimento faz com que adquirisse competências científicas e práticas em saúde infantil e pediátrica que me permitiram compreender a diferença entre cuidados com qualidade e processo de tomada de decisão em neonatologia, por ser uma área bastante complexa [2.a)]. Partilhar este conhecimento com a equipa através do desenvolvimento de um projeto com instrumento de trabalho e apresentação, permitiu-me expandir a qualidade de cuidados e partilhar com as enfermeiras uma outra perspetiva sobre a emocionalidade nos cuidados de enfermagem com famílias com CDC [B1,B2, 2.b), 2.c)]. Permitiu-me confrontar-me com a adversidade, por ser um serviço com poucos elementos na equipa e cujo o tema não foi bem recebido por ser

considerado inadequado para o tipo de serviço, o que me fez ter que dinamizar o tema de forma a torná-lo mais adaptado à equipa (D1).

IV. Considerações Finais

O número de crianças que desenvolvem doenças crónicas como perturbações do desenvolvimento tem aumentado, verificando-se o seu impacto não só na área da saúde, mas também na da educação. O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica deve estar preparado para a complexidade e individualidade de cada criança e providenciar cuidados que satisfaçam as suas necessidades e peculiaridades, assim como as da sua família que assume um papel de cuidador e que necessita de apoio e literacia em saúde transmitidos por profissionais competentes e especializados. Valorizar a importância de estarmos atentos ao plano emocional das crianças e famílias, assim como dos enfermeiros, para auxiliá-los a compreender e gerir as suas emoções de uma forma positiva e adaptativa, através de intervenções promotoras de estratégias reguladoras de emoções. Por isso, enquanto formanda de enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, propus-me a realizar um projeto com o tema "Gestão de Emoções em Criança com Doença Crónica e Família".

Baseei a minha prática clínica, assim como a construção dos diagnósticos de situação e objetivos nas categorias do cuidar do MTEEP, que refere que a utilização do cuidar emocional na prestação de cuidados de enfermagem permite ao enfermeiro utilizar estratégias de GE para gerir as emoções das crianças/jovens e família/cuidadores com afeto e compaixão, transformar o ambiente envolvente em acolhedor e seguro e as emoções negativas em positivas, gerir a relação terapêutica e as próprias emoções do enfermeiro ao cuidar, e nos conceitos do Modelo de Adaptação de *Callista Roy*, que afirma que as pessoas procuram adaptar-se a situações adversas das quais recebem estímulos internos e externos que geram respostas ineficazes ou adaptativas.

A família/cuidadores e a CDC vivenciam vários estádios de adaptação em resposta a uma notícia de CDC ou a uma descompensação do seu estado de saúde, o que leva a uma sobrecarga emocional que os faz passar por diferentes fases emocionais de choque, ajustamento à situação atual e por fim aceitação da DC.

A escolha do tema previu algumas dificuldades na sua implementação pela sua especificidade ao delinear a gestão de emoções apenas a situações de CDCF e o facto de não trabalhar na área de saúde infantil e pediátrica, o que poderia ser um obstáculo, nomeadamente no que respeita à minha capacidade para prestar cuidados. Iniciei o desenvolvimento do projeto ao formular os diagnósticos de situação para cada contexto de estágio, o que me permitiu delinear objetivos transversais e específicos e suas atividades que sofreram transformações ao longo do tempo. Estas alterações deveram-se ao ganho de

competências em atuar como formadora oportuna e diagnosticar necessidades formativas, assim como ganhos em liderança, gestão e avaliação de programas de melhoria contínua na área do cuidar emocional.

Pude prestar cuidados de enfermagem à CDC e utilizar estratégias de GE, como brincadeira terapêutica, distração da situação dolorosa e ensinar técnicas de respiração nos vários contextos com vários níveis de sucesso e em diferentes estádios de desenvolvimento, o que se verificou desafiante, mas permitiu-me adquirir melhores capacidades de educação para a saúde na criança e adolescente, aprofundar conhecimentos sobre o desenvolvimento da criança, como estabelecer uma relação terapêutica através da utilização do afeto e do humor e promover a adaptação à doença crónica através da comunicação empática e intervenções terapêuticas para os seus sintomas.

Realizar sessões de sensibilização com contributos teóricos como instrumentos de trabalho e guias orientadores da prática de enfermagem em todos os contextos foi muito enriquecedor no ganho das minhas competências de liderança, no papel dinamizador e na demonstração da importância da literacia em saúde e da formação como meio de procurar atingir cuidados de qualidade e excelência entre a equipa de enfermagem. Todas as sessões tiveram avaliações positivas, o que considero que demonstra os ganhos e a valorização da equipa de enfermagem. Trouxe ganhos a cada contexto em que estive presente, deixando trabalhos baseados em evidência científica atualizada e personalizada às necessidades de cada unidade.

A minha própria valorização do que seriam ganhos e qualidade em serviço, evoluiu bastante desde que iniciei os estágios, o que me permitiu adquirir assertividade, autoconhecimento e autoestima enquanto futura enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica. Os objetivos foram executados com sucesso pois consegui cumprir as atividades propostas para cada contexto.

As principais limitações do meu projeto foram: a ambiguidade da aplicabilidade em contextos em que não existia a presença de várias CDC como a área da neonatologia e da urgência pediátrica; a necessidade de procurar evidência científica sobre uma temática pouco explorada, em particular em algumas DC, como a Síndrome de Down e paralisia cerebral, e nem sempre conseguir assegurar o número de elementos necessários para uma sessão de sensibilização interativa e de partilha de experiências, como planeado.

O cuidar emocional em saúde infantil e pediátrica é uma parte do exercício de enfermagem que necessita de investigação e de exposição às equipas de enfermagem. A nível da especialidade, o cuidar emocional e a GE são dimensões integrais do ser humano cujas necessidades precisam de ser satisfeitas, tanto na criança/jovem, que apresenta imaturidade emocional correspondente do seu desenvolvimento, como a família/cuidadores,

que requerem que as suas necessidades emocionais estejam satisfeitas para que possam cuidar dos seus filhos. Para que seja possível maximizar a saúde da criança, cuidá-la em situações complexas ou prestar cuidados específicos às necessidades do ciclo de vida, é necessário cuidar da dimensão emocional, como tal, para a área da especialidade, é necessário expandir o conhecimento e sensibilidade ao tema.

Todo o percurso que fiz foi muito positivo e enriquecedor, uma vez que consegui atingir todos os objetivos a que me propus, adquirindo, desenvolvendo e consolidando competências de futura enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica.

A curto prazo, gostaria de produzir e expôr um póster sobre a temática GE na CDCF num congresso de enfermagem de saúde infantil e pediátrica. A médio prazo, apreciaria realizar formações sobre o cuidar emocional em plataformas de ensino online. A longo prazo, gostaria de expandir o instrumento de trabalho sobre GE na CDCF desenvolvido num guia orientador da boa prática em enfermagem.

VI. Referências Bibliográficas

1. Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência, República Portuguesa. Síntese de resultados Suporte à aprendizagem e à Inclusão, 2022/2023 Escolas da rede pública do Ministério da Educação. 2023.
2. Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência. Educação Inclusiva 2020/2021: Apoio à Aprendizagem e à Inclusão, Escolas públicas da rede do Ministério da Educação. 2021.
3. Gaspar T, Guedes FB, Cerqueira A, Matos MG de, Equipa Aventura Social. A SAÚDE DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES EM CONTEXTO DE PANDEMIA. 1.ªedição. Lisboa; 2022.
4. Simões MAS, Matos APS De. Estudo de algumas caraterísticas psicométricas da versão portuguesa da Children's Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R) numa amostra de adolescentes portugueses. 2014 Sep;
5. Florêncio A, Cerqueira M. A família da criança com doença crónica no domicílio: emoções no cuidar. Revista de Investigação & Inovação em Saúde. 2021 Dec 21;4(2).

6. Diogo P. Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica. 1st ed. Lisbon International Press; 2023.
7. dos Enfermeiros O, da República D. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. 2018.
8. Tomey AM. Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. 5.^a. Loures: Lusociência; 2004.
9. Fernandes A, Toledo D, Campos L, Vilelas JM da S. A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais : Uma competência do enfermeiro The Emotionality to Care Premature Infants and Their Parents : A competence of nurses. Pensar Enfermagem. 2014;18(March 2013):45–60.
10. Callado AAP. Emotional Labour In Pediatric Nurse. Journal of Aging & Innovation [Internet]. 2020;9(2):18–29. Available from: <http://journalofagingandinnovation.org/>
11. Bamm EL, Rosenbaum P. Family-Centered Theory: Origins, Development, Barriers, and Supports to Implementation in Rehabilitation Medicine. Arch Phys Med Rehabil. 2008 Aug;89(8):1618–24.
12. Ramos AL, do Céu Barbieri-Figueiredo M. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. Lidel; 2020.
13. Kokorelias KM, Gignac MAM, Naglie G, Cameron JI. Towards a universal model of family centered care: a scoping review. BMC Health Serv Res. 2019 Dec 13;19(1):564.
14. dos Enfermeiros O. Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização. 2015 Jun.
15. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. 2011.
16. Casey A. Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. J Adv Nurs. 1995 Dec 3;22(6):1058–62.
17. Saraiva H, Sousa A. Cuidados Diferenciados em Enfermagem de Saúde. 1.^a. Lidel; 2022.
18. Cachapa VMP. Famílias de Crianças com Perturbações do Desenvolvimento Importância das Redes Formais. [Portalegre]: Instituto Politécnico de Portalegre; 2022.
19. do Conselho de Ministros P. Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho. 2018.
20. Oliveira LLS, da Silva Festas Barbosa CM, Machado CPF, Machado N, Galvão DMPG, de Jesus Pereira LMC, et al. Guia Orientador de Boas Práticas: A Criança e o Jovem com Necessidades Educativas Especiais. In Papa-Letras; 2023.

21. Cosma A, Abdrakhmanova S, Taut D, Schrijvers K, Catunda C, Schnohr C. A focus on adolescent mental health and wellbeing in Europe, central Asia and Canada. 2023;1.
22. Lica MM, Papai A, Salcudean A, Crainic M, Covaciu CG, Mihai A. Assessment of Psychopathology in Adolescents with Insulin-Dependent Diabetes (IDD) and the Impact on Treatment Management. *Children (Basel)*. 2021 Jun;8(5).
23. Thomas S, Byrne LK, Ryan NP, Hendrieckx C, White V. Unmet supportive care needs in families of children with chronic health conditions: an Australian cross-sectional study. *World J Pediatr*. 2023 Jun;19(12):1181–91.
24. Stapleton C, Watkins E, Hare MJL, Timms F, Wood AJ, Titmuss A. The prevalence of diabetes distress and its association with glycaemia in young people living with insulin-requiring-diabetes in a regional centre in Australia. *J Paediatr Child Health*. 2022 Jun;58(12):2273–9.
25. Koukourikos K, Tsaloglidou A, Tzaha L, Iliadis C, Frantzana A, Katsimbeli A, et al. An Overview of Play Therapy. *Materia Socio Medica*. 2021;33(4):293.
26. Miniksar DY, Öz B, Kılıç M, Kaban ŞÖ, Yavuzylmaz F, Öztürk O, et al. An Evaluation of Difficulty in Emotion Regulation, Impulsivity, and Emotional Eating in Children and Adolescents Diagnosed with Type 1 Diabetes Mellitus. *Turkish archives of pediatrics*. 2024 Jun;59(1):78–86.
27. Riso D Di, Cambrisi E, Bertini S, Miscioscia M. Associations between Pretend Play, Psychological Functioning and Coping Strategies in Pediatric Chronic Diseases: A Cross-Illness Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jun;17(12).
28. Barrett CE, Zhou X, Mendez I, Park J, Koyama AK, Claussen AH, et al. Prevalence of Mental, Behavioral, and Developmental Disorders Among Children and Adolescents with Diabetes, United States (2016-2019). *J Pediatr*. 2023 Jun;253:25–32.
29. Goncerz D, Mazurek E, Piasny M, Surówka A, Starzyk JB, Wójcik M, et al. Depressive and anxiety symptoms in adolescents with type 1 diabetes – a single-centre observational study. *Pediatr Endocrinol Diabetes Metab*. 2023;29(4):231–6.
30. Cserép M, Szabó B, Tóth-Heyn P, Szabo AJ, Szumska I. The Predictive Role of Cognitive Emotion Regulation of Adolescents with Chronic Disease and Their Parents in Adolescents' Quality of Life: A Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jun;19(23).

31. Northrup JB, Patterson MT, Mazefsky CA. Predictors of Severity and Change in Emotion Dysregulation among Children and Adolescents with ASD. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2021;50(6):708–29.
32. Crivelatti MMB, Durman S, Hofstatter LM. Sofrimento psíquico na adolescência. *Texto & Contexto - Enfermagem.* 2006;15(spe):64–70.
33. Margot Phaneuf. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Sintra: Lusodidacta; 2005.
34. Simões MAS. Estudo de algumas características psicométricas da versão portuguesa da Children's Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R) numa amostra de adolescentes portugueses. Universidade de Coimbra; 2014.
35. Ordem dos Enfermeiros. Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem 19 de Saúde Infantil e Pediátrica. Vol. 1. 2010.
36. Leça A, Perdigão A, Menezes B, Velez C, Veloso C, Oliveira D, et al. MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS: GUIA PRÁTICO DE ABORDAGEM, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO. 2011.
37. AZEVEDO CDS, PFEIL NV. No fio da navalha: a dimensão intersubjetiva do cuidado aos bebês com condições crônicas complexas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2019;29(4).
38. Souza MH do N, Nóbrega VM da, Collet N. Social network of children with chronic disease: knowledge and practice of nursing. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2).
39. Deavin A, Greasley P, Dixon C. Children's Perspectives on Living With a Sibling With a Chronic Illness. *Pediatrics.* 2018 Aug 26;142(2):e20174151.
40. Havill N, Fleming LK, Knafelz K. Well siblings of children with chronic illness: A synthesis research study. *Res Nurs Health.* 2019 Oct 16;42(5):334–48.
41. Grandjean C, Ullmann P, Marston M, Maitre MC, Perez MH, Ramelet AS. Sources of Stress, Family Functioning, and Needs of Families With a Chronic Critically Ill Child: A Qualitative Study. *Front Pediatr.* 2021 Nov 4;9.
42. Bristow S, Jackson D, Shields L, Usher K. The rural mother's experience of caring for a child with a chronic health condition: An integrative review. *J Clin Nurs.* 2018 Jul;27(13–14):2558–68.
43. Lemos HJM de, Mendes-Castillo AMC. Social support of families with tracheostomized children. *Rev Bras Enferm.* 2019 Dec;72(suppl 3):282–9.
44. Figueiredo MH. *Enfermagem de Saúde Familiar.* 1st ed. Lisboa: Lidel; 2023.
45. Heydari F, Nikfarid L, Oujian P, Nasiri M, Motefakker S. Predictors of Perceived Family Sense of Coherence in Parents of Children with Cancer. *Indian J Palliat Care.* 2022 Feb 4;28:28.

46. Pourghaznein T, Manzari ZS, Heydari A, Bazaz MM. Basic Needs of Mothers with Children Undergoing Hemodialysis: A Meta-synthesis of Qualitative Studies. *Journal of Evidence-Based Care*. 2019 Jan;8(4).
47. Lin P, Liu Y, Huang C, Huang S, Chen C. Caring perceptions and experiences of fathers of children with congenital heart disease: A systematic review of qualitative evidence. *Int J Nurs Pract*. 2021 Oct 8;27(5).
48. CASTRO BDSM DE, MOREIRA MCN. (Re)conhecendo suas casas: narrativas sobre a desospitalização de crianças com doenças de longa duração. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2018;28(3).
49. Im M, Oh J. Nursing Support Perceived by Mothers of Preterm Infants in a Neonatal Intensive Care Unit in South Korea. *Child Health Nursing Research*. 2021;27(2):146–59.
50. Alinejad-naeini M, Peyrovi H, Shoghi M. Emotional disorganization: The prominent experience of Iranian mothers with preterm neonate: A qualitative study. *Health Care Women Int*. 2021;42(4–6):815–35.
51. Gilstrap CM. Organizational Sensegiving in Family-Centered Care: How NICU Nurses Help Families Make Sense of the NICU Experience. *Health Commun*. 2020;36(13):1–11.
52. Ahmadi B, Sabery M, Adib-Hajbaghery M. Burnout in the Primary Caregivers of Children With Chronic Conditions and its Related Factors. *Journal of Client-centered Nursing Care*. 2021 May 1;7(2):139–48.
53. Lise F, Schwartz E, Milbrath VM, Castelblanco DC, Angelo M, Garcia RP. Uncertainties of mothers of children in conservative renal treatment. *Escola Anna Nery*. 2018 May 14;22(2).
54. Park J, Bang KS. The physical and emotional health of South Korean mothers of preterm infants in the early postpartum period: A descriptive correlational study. *Child Health Nursing Research*. 2022;28(2):103–11.
55. Park J, Bang KS. Parenting experiences among fathers of prematurely-born children with cerebral palsy in South Korea. *Child Health Nursing Research*. 2021;27(1):75–85.
56. Thomas S, Ryan NP, Byrne LK, Hendrieckx C, White V. Psychological Distress Among Parents of Children With Chronic Health Conditions and Its Association With Unmet Supportive Care Needs and Children's Quality of Life. *J Pediatr Psychol*. 2024 Jun;49(1):45–55.
57. Holtz B, Mitchell K. Supporting Parents of Children With Type 1 Diabetes: Experiment Comparing Message and Delivery Types. *JMIR Form Res*. 2023 Jun;7:e41193.

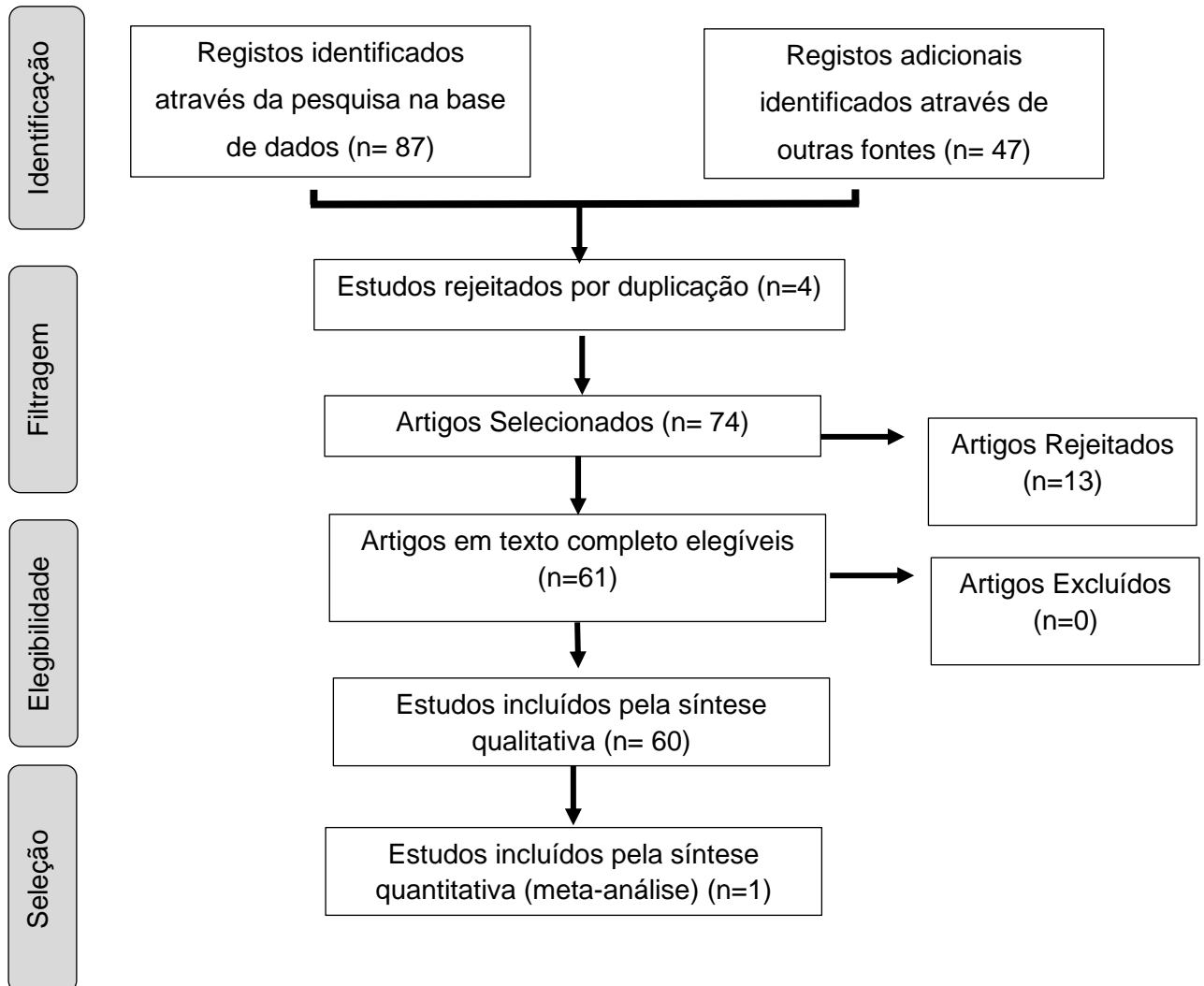
58. Nguyen LA, Pouwer F, Winterdijk P, Hartman E, Nuboer R, Sas T, et al. Prevalence and course of mood and anxiety disorders, and correlates of symptom severity in adolescents with type 1 diabetes: Results from diabetes LEAP. *Pediatr Diabetes*. 2021 Jun;22(4):638–48.
59. Souza LG de, Queiroz VC de, Andrade SS da C, César ESR, Melo VFC de, Oliveira SH dos S. Anxiety and depression in mothers of newborns in intensive care units. *Rev Gaucha Enferm*. 2021;42(e20200388):1–16.
60. Gutiérrez SSR, García PE, Prellezo AS, Paulí LR, Castillo BL del, Sánchez RB. Emotional support for parents with premature children admitted to a neonatal intensive care unit: a qualitative phenomenological study. *Turk J Pediatr*. 2020;62(May-June):436–49.
61. Kohlsdorf M, Costa-Junior ÁL. Comunicação em pediatria: revisão sistemática de literatura. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2013 Jun;30(4):539–52.
62. dos Enfermeiros O. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. 2001.
63. Guerreiro PIBPB. A Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica: A 'ARTE' de Cuidar. 2016.
64. Campos C. A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Psilogos, Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca*. 2017;15.
65. Vicente V. PROMOVER A ESPERANÇA PARENTAL: o papel do enfermeiro especialista no suporte à parentalidade. 2021.
66. dos Enfermeiros O. GUIAS ORIENTADORES DE BOA PRÁTICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA. 2011 Jun.
67. Zanon BP, Cremonese L, Ribeiro AC, Padoin SM de M, Paula CC de. Communication of bad news in pediatrics: integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(suppl 4).
68. Knihs N da S, Silva AM da, Santos J dos, Silva RM da, Paim SMS, Silva VS e, et al. BRAIN DEATH: HEALTH TEAM'S EXPERIENCE WITH PARENTS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2022;31.
69. Carvalho AL, Barroso C, Teixeira L. Diagnóstico de Situação.
70. GÜREL E. SWOT ANALYSIS: A THEORETICAL REVIEW. *Journal of International Social Research*. 2017 Aug 30;10(51):994–1006.
71. Kumar C.R S, K.B P. SWOT ANALYSIS. *Int J Adv Res (Indore)*. 2023 Sep 30;11(09):744–8.
72. Puyt RW, Lie FB, Wilderom CPM. The origins of SWOT analysis. *Long Range Plann*. 2023 Jun;56(3):102304.

73. Ordem dos Enfermeiros, Diário da República. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 2019 Feb.
74. Diário da República, ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA — Lisboa. Regulamento n.º 705/2021. 2021 Jul.
75. Ordem dos Enfermeiros, Conselho Jurisdicional 2012/2015. PARECER CJ 196/2014. 2015.
76. Henriques H. Inovação na Qualidade dos Registos de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem. [Setúbal]; 2016.
77. de Saúde DG. Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. 2015;
78. Tsai CH, Chen KL, Li HJ, Chen KH, Hsu CW, Lu CH, et al. The symptoms of autism including social communication deficits and repetitive and restricted behaviors are associated with different emotional and behavioral problems. *Sci Rep.* 2020 Jun;10(1):20509.
79. Ros R, Graziano PA. A Transdiagnostic Examination of Self-Regulation: Comparisons Across Preschoolers with ASD, ADHD, and Typically Developing Children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.* 2020 Jun;49(4):493–508.
80. Tse ACY. Brief Report: Impact of a Physical Exercise Intervention on Emotion Regulation and Behavioral Functioning in Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord.* 2020 Jun;50(11):4191–8.
81. Jaisle EM, Groves NB, Black KE, Kofler MJ. Linking ADHD and ASD Symptomatology with Social Impairment: The Role of Emotion Dysregulation. *Res Child Adolesc Psychopathol.* 2023 Jun;51(1):3–16.
82. Conner CM, White SW, Scahill L, Mazefsky CA. The role of emotion regulation and core autism symptoms in the experience of anxiety in autism. *Autism.* 2020 Jun;24(4):931–40.
83. Costescu C, Roşan A, David C, Cozma L, Calota A. The Relation between Cognitive and Emotional Processes in Children and Adolescents with Neurodevelopmental Disorders-A Meta-Analysis. *Eur J Investig Health Psychol Educ.* 2023 Jun;13(12):2811–26.
84. Li B, Blijd-Hoogewys E, Stockmann L, Vergari I, Rieffe C. Toward feeling, understanding, and caring: The development of empathy in young autistic children. *Autism.* 2023 Jun;27(5):1204–18.
85. Clifford P, Gevers C, Jonkman KM, Boer F, Begeer S. The effectiveness of an attention-based intervention for school-aged autistic children with anger regulating problems: A randomized controlled trial. *Autism Res.* 2022 Jun;15(10):1971–84.

86. Kirst S, Bögl K, Gross VL, Diehm R, Poustka L, Dziobek I. Subtypes of Aggressive Behavior in Children with Autism in the Context of Emotion Recognition, Hostile Attribution Bias, and Dysfunctional Emotion Regulation. *J Autism Dev Disord.* 2022 Jun;52(12):5367–82.
87. Neuhaus E, Webb SJ, Bernier RA. Linking social motivation with social skill: The role of emotion dysregulation in autism spectrum disorder. *Dev Psychopathol.* 2019 Jun;31(3):931–43.
88. Doernberg EA, Russ SW, Dimitropoulos A. Believing in Make-Believe: Efficacy of a Pretend Play Intervention for School-Aged Children with High-Functioning Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord.* 2021 Jun;51(2):576–88.
89. Eschenauer S, Tsao R, Legou T, Tellier M, André C, Brugnoli I, et al. Performing for Better Communication: Creativity, Cognitive-Emotional Skills and Embodied Language in Primary Schools. *J Intell.* 2023 Jun;11(7):140.
90. Santos KCB dos, Cavalcante TB, Ribeiro ASF, Alencar TRG, Fontenele AM de M, Santos DMA dos. Implantação do modelo enfermeiro de referência em um hospital universitário. *Revista de Enfermagem UFPE on line.* 2019 Jan 3;13(1):268.
91. Payne R, Steakley B. Establishing a primary nursing model of care. *Nurs Manage.* 2015 Dec;46(12):11–3.
92. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. 2013 Mar.
93. Equipa da UCC. REGULAMENTO INTERNO - Unidade de Cuidados na Comunidade. 2023.
94. Instituto Nacional de Estatística. População residente (N.º) por Local de residência à data dos Censos [2021] (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário (decenal). 2021.
95. Instituto Nacional de Estatística. População desempregada (N.º) por Local de residência à data dos Censos [2021] (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário e Nível de escolaridade mais elevado completo. 2021.
96. Câmara Municipal. Rede Escolar Pública. 2024.
97. Câmara Municipal. Rede Escolar Privada. 2024.

Apêndices

Apêndice A – Diagrama de Prisma



Apêndice B – Quadros de Artigos

Número		Análise
1	Título	Síntese de resultados. Suporte à aprendizagem e à Inclusão, 2022/2023. Escolas da rede pública do Ministério da Educação.
	Autor(es)	Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência e República Portuguesa
	Ano de Publicação	2023
	DOI	Não aplicável
	Objetivos	Não aplicável
	Métodos	Não aplicável
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Não aplicável
	Resultados	Número de crianças e alunos para quem foram mobilizadas medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, as medidas que foram mobilizadas, taxas de prevalência, o número de medidas seletivas mobilizadas nos RTP, número de planos individuais de transição, taxa de permanência dos alunos em grupo-turma, número de apoios especializados previstos nos RTP, Taxa de intervenção do docente de educação especial, percentagem de taxas de transição/conclusão no ensino básico, percentagem de recursos humanos como professores e técnicos especializados, percentagem de organização de recursos e percentagem de parcerias estabelecidas pelos AE/E

Número		Análise
2	Título	Educação Inclusiva 2020/2021: Apoio à Aprendizagem e à Inclusão, Escolas públicas da rede do Ministério da Educação.
	Autor(es)	Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência.
	Ano de Publicação	2021
	DOI	Não aplicável
	Objetivos	Não aplicável
	Métodos	Não aplicável
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Não aplicável
	Resultados	Número de crianças e alunos para quem foram mobilizadas medidas de suporte, número de medidas mobilizadas, taxas de prevalência, número de medidas seletivas mobilizadas, percentagem de permanência dos alunos em grupo-turma, número de apoios especializados previstos nos RTP, Percentagem de permanência dos alunos em grupo-turma, taxas de transição/conclusão, percentagem de recursos humanos como professores

		e técnicos especializados, percentagens de organização de recursos, número de parcerias estabelecidas pelos AE/E.
--	--	---

Número		Análise
3	Título	A Saúde dos Adolescentes Portugueses em Contexto de Pandemia
	Autor(es)	Tania Gaspar; Celeste Simões; Catarina Noronha; Cátia Branquinho; Fábio Botelho Guedes; Margarida Gaspar de Matos.
	Ano de Publicação	2022
	DOI	Não aplicável
	Objetivos	A compreensão de indicadores de saúde mental na adolescência num contexto de pandemia COVID-19 numa perspetiva bio-psico-social.
	Métodos	Análise do estudo Health Behaviour in School aged Children (HBSC) 2022
	Participantes	5809 jovens, do 6º (29,6%), do 8º (33,5%) e do 10º (37%) ano de escolaridade, dos quais 50,9% do género feminino, com uma média de idade de 14,09 (DP=1,82).
	Intervenções	Não aplicável
	Resultados	Relativamente à satisfação com a vida, verificou-se que 30,6% dos jovens referem os valores máximos de 9 e 10. No que diz respeito à qualidade de vida, verificou-se uma média de 37,09. No que se refere à forma como os jovens se sentem face à vida, 20,1% referem sentir-se muito felizes, 52,2% felizes, 24% pouco felizes, e 3,7% infelizes. O Índice de Bem-Estar apresentou uma média de 14,72 relativamente ao bem-estar percebido. Cerca de metade dos jovens refere que se sente bem na maior parte do tempo (alegres e bem-dispostos, calmos e tranquilos, ativos e enérgicos, com dias preenchidos de coisas que os interessam), enquanto que apenas cerca de um terço refere acordar fresco e descansado na maior parte dos dias.

Número		Análise
6	Título	Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica
	Autor(es)	Paula Diogo
	Ano de Publicação	2023
	DOI	Não aplicável
	Objetivos	Não aplicável
	Métodos	Não aplicável
	Participantes	Não aplicável

	Intervenções	Não aplicável
	Resultados	Apresenta o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica, uma orientação prática para os enfermeiros em saúde infantil e pediátrica, que cuidam de crianças/jovens e suas famílias, para lhes ser possível avaliar, analisar, fundamentar e guiar as suas intervenções em momentos de cuidados emocionalmente intensos, como nos processos de saúde-doença e que podem ser exaustivas para os enfermeiros. Tem como objetivo transformar as experiências perturbadoras e intensas vividas pela criança/jovem, família/cuidadores e pelos enfermeiros em emoções positivas e promotoras do bem-estar. Tem cinco categorias de cuidar: Promover um ambiente seguro e afetoso; Nutrir os cuidados com afeto; Facilitar a gestão das emoções do cliente; Construir a estabilidade na relação; Regular a sua disposição emocional para cuidar.

Número		Análise
8	Título	Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)
	Autor(es)	Ann Marriner Tomey e Martha Raile Aligood
	Ano de Publicação	2004
	DOI	Não aplicável
	Objetivos	Não aplicável
	Métodos	Não aplicável
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Não aplicável
	Resultados	Apresenta análises e descrições sobre 7 filosofias de enfermagem: enfermagem moderna de Florence Nightingale; a arte de ajuda da enfermagem clínica de Ernestine Wiedenbach; definição de enfermagem de Virginia Henderson; vinte e um problemas de enfermagem de Faye Glenn Abdellah; modelo de núcleo, cuidar e curar de Lydia E. Hall; filosofia e ciência do cuidar de Jean Watson; principiante a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem de Patricia Benner. E 21 teorias de enfermagem: teoria do déficit de autocuidado de enfermagem de Dorothea Orem; modelo de conservação de Myra Estrin Levine; modelo de seres humanos unitários de Martha Rogers; modelo de sistema comportamental de Dorothy Jonhson; modelo de adaptação de Callista Roy; modelo de sistemas de Betty Neuman; estrutura de sistemas de interação e teoria da consecução de objetivos de Imogene King; os elementos da enfermagem: um modelo de enfermagem baseado num modelo de vida de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney;

		enfermagem psicodinâmica de Hildegard Peplau; teoria do processo de enfermagem de Ida Orlando; modelo de relação pessoa-a-pessoa de Joyce Travelbee; teoria do conforto de Katharine Kolcaba; modelagem e modelo de papel de Helen Erikson, Evelyn Tomlin e Mary Ann Swain; consecução do papel maternal de Ramona Mercer; modelo de interação pais-filhos de Kathryn Barnard; cuidar cultural: teoria de diversidade e da universalidade de Madeleine Leininger; tornar-se humano de Rosemarie Rizzo Parse; incerteza na doença de Merle Mishel; modelo de saúde de Margaret Newman; modelo conceitual para a enfermagem de Evelyn Adam e modelo de promoção da saúde de Nola Pender.
--	--	--

Número		Análise
11	Título	Family-centered theory: origins, development, barriers, and supports to implementation in rehabilitation medicine
	Autor(es)	Elena L Bamm e Peter Rosenbaum
	Ano de Publicação	2008
	DOI	10.1016/j.apmr.2007.12.034
	Objetivos	Oferecer uma visão geral do desenvolvimento e evolução da teoria centrada na família como base conceitual subjacente aos serviços de saúde contemporâneos
	Métodos	Revisão Narrativa
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Pesquisa bibliográfica entre novembro de 2006 e março de 2007 no Medline, EMBASE, CINAHL e Pubmed.
	Resultados	O conceito de cuidados centrados na família demonstra a importância da família no bem-estar das crianças há quatro décadas. Desde então, os valores e práticas centrados na família têm sido amplamente implementados na saúde infantil. Inclui conceitos-chave, barreiras e apoios que podem influenciar uma implementação bem-sucedida, bem como a discussão das medidas quantitativas válidas de cuidados centrados na família atualmente disponíveis para avaliar a prestação de serviços.

Número		Análise
12	Título	Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem.
	Autor(es)	Ana Lúcia Ramos; Maria do Céu Barbieri-Figueiredo
	Ano de Publicação	2020
	DOI	Não aplicável
	Objetivos	Não aplicável

	Métodos	Não aplicável
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Não aplicável
	Resultados	Descreve a aplicação prática dos conhecimentos atuais nos diversos contextos de saúde e inclui temas como a parceria de cuidados com as crianças, jovens e família, saúde mental infantil e juvenil e cuidados paliativos pediátricos.

Número		Análise
13	Título	Towards a universal model of family centered care: a scoping review
	Autor(es)	Kristina M Kokorelias, Monique A M Gignac, Gary Naglie e Jill I Cameron
	Ano de Publicação	2019
	DOI	10.1186/s12913-019-4394-5
	Objetivos	Explorar os modelos existentes de cuidados centrados na família para determinar os principais componentes dos modelos existentes e para identificar lacunas na literatura.
	Métodos	Scoping Review
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Pesquisa bibliográfica na MEDLINE, PsycINFO, CINAHL and EMBASE entre 1990 e agosto de 2018
	Resultados	Os modelos de cuidados centrados na família estão mais frequentemente disponíveis para utentes pediátricos. Em todos os modelos de cuidados centrados na família, o objetivo consistente é desenvolver e implementar planos de cuidados ao utente no contexto das famílias. Os principais componentes para facilitar os cuidados centrados na família incluem: colaboração entre os membros da família e os profissionais de saúde, consideração dos contextos familiares, políticas e procedimentos, e educação do utente, da família e dos profissionais de saúde. Alguns destes aspetos são universais e outros são específicos de cada doença.

Número		Análise
14	Título	Adaptação à parentalidade durante a hospitalização – Guia Orientador da Boa Prática
	Autor(es)	Ordem dos Enfermeiros
	Ano de Publicação	2011

	DOI	Não aplicável
	Objetivos	Não aplicável
	Métodos	Não aplicável
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Não aplicável
	Resultados	Apresenta os princípios gerais sobre a parentalidade, que necessidades a parentalidade deve dar resposta, como enfermagem pode atuar para melhorar a parentalidade, como incentivar a parentalidade durante o internamento, negociar a parentalidade e sua vontade de participar nos cuidados, partilhar informação com os pais e educação para a saúde.

Número		Análise
15	Título	Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem
	Autor(es)	Ordem dos Enfermeiros Portugueses
	Ano de Publicação	2011
	DOI	Não aplicável
	Objetivos	Definir empiricamente os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem.
	Métodos	Não aplicável
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Não aplicável
	Resultados	Apresenta os conceitos de saúde da criança e do jovem, pessoa, o ambiente da criança e jovem, os que são cuidados de enfermagem especializados em saúde da criança e jovem, que aprendizagens profissionais são realizadas pelos enfermeiros especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica como satisfação da criança/jovem, promoção da saúde, prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, adaptação às condições de saúde e organização dos cuidados de enfermagem.

Número		Análise
16	Título	Partnership nursing: influences on involvement of informal carers
	Autor(es)	Anne Casey
	Ano de Publicação	1995

	DOI	10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x
	Objetivos	O estudo das barreiras que não permitem o envolvimento dos pais levou a uma análise dos fatores que influenciam esse envolvimento.
	Métodos	Estudo qualitativo
	Participantes	243 crianças internadas e suas famílias
	Intervenções	Entrevistas estruturadas
	Resultados	Oitenta e cinco por cento das crianças recebiam parte ou a totalidade dos seus cuidados por um membro da família, geralmente a mãe. A acuidade, o tipo de doença, a duração do internamento e a língua falada pela família tiveram influências significativas na quantidade e no tipo de envolvimento. Outros fatores sociais, como a distância do hospital, o número de irmãos dependentes, a classe social e a etnia não foram fatores de influência significativos nesta população. A influência da língua no envolvimento, e as conclusões da literatura relacionada, sugerem que as características da interação, como a comunicação e o estilo de enfermagem, são mais significativas do que os fatores estruturais sociais.

Número		Análise
17	Título	Cuidados Diferenciados em Enfermagem de Saúde
	Autor(es)	Helena Saraiva; Andreia Sousa
	Ano de Publicação	2022
	DOI	Não aplicável
	Objetivos	Não aplicável
	Métodos	Não aplicável
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Não aplicável
	Resultados	Disponibiliza informação para melhorar a qualidade dos cuidados prestados a crianças e jovens com necessidade de cuidados diferenciados, tais como crianças com doença crónica, crianças com necessidades educativas especiais, distúrbios alimentares, sexualidade, comportamentos autolesivos, alcoolismo e toxicodependência, suicídio e ideação suicida; maus-tratos infantis, entre outros.

Número		Análise
18	Título	Famílias de crianças com perturbações do desenvolvimento. Importância das Redes Formais
	Autor(es)	Vera Maria Pinheiro Cachapa
	Ano de Publicação	2022

	DOI	Não aplicável
	Objetivos	Estudar a importância atribuída a uma boa rede de suporte para as famílias com pessoas com perturbações do desenvolvimento, de forma a melhorar a sua qualidade de vida.
	Métodos	Abordagem qualitativa com análise temática.
	Participantes	Seis famílias com pessoas com perturbações do desenvolvimento, uma Professora Coordenadora do Centro de Apoio, o Presidente da Câmara, a Vereadora da Ação Social, o Vereador dos Pelouros e Urbanismo e o Representante do núcleo do Alto Alentejo da Associação “Pais em Rede”.
	Intervenções	Entrevistas semiestruturadas e revisão de literatura.
	Resultados	Os resultados apontam para a necessidade da criação de redes de apoio formal para as famílias com pessoas com perturbações de desenvolvimento, uma vez que não existe resposta na comunidade local para as necessidades sentidas pelas famílias. As famílias entrevistadas estão dispostas a colaborar para que os seus filhos tenham as mesmas oportunidades que as restantes crianças, apesar de terem mostrado alguma fragilidade com o tema abordado.

Número		Análise
19	Título	Decreto-Lei n.º 54/2018
	Autor(es)	Presidência do Conselho de Ministros
	Ano de Publicação	2018
	DOI	Não aplicável
	Objetivos	Desenvolvimento de uma escola inclusiva onde todos e cada um dos alunos, independentemente da sua situação pessoal e social, encontrem um ambiente que lhes possibilite a aquisição de um nível de educação e formação facilitadoras da sua plena inclusão social.
	Métodos	Não aplicável
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Não aplicável
	Resultados	Não aplicável

Número		Análise
20	Título	Guia Orientador de Boas Práticas: A Criança e o Jovem com Necessidades Educativas Especiais
	Autor(es)	Leonel Lusquinhos Sousa Oliveira; Constança Maria da Silva Festas Barbosa; Celina Pereira Ferreira Machado; Natália Machado; Dulce Maria Pereira Garcia Galvão; Lina Maria Cardoso de Jesus Pereira; José

		Manuel da Silva Vilelas
	Ano de Publicação	2023
	DOI	Não aplicável
	Objetivos	Não aplicável
	Métodos	Não aplicável
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Não aplicável
	Resultados	Fornecer intervenções para assegurar cuidados diferenciados, de acordo com as necessidades específicas de cada criança, em particular no âmbito da saúde escolar, com vista a salvaguardar os direitos das crianças por uma escola inclusiva, proporcionando um crescimento e desenvolvimento saudável e acompanhado.

Número		Análise
21	Título	A focus on adolescent mental health and wellbeing in Europe, central Asia and Canada
	Autor(es)	Alina Cosma, Shynar Abdrakhmanova, Diana Taut, Karen Schrijvers, Carolina Catunda e Christina Schnohr
	Ano de Publicação	2023
	DOI	Não aplicável
	Objetivos	Descrever o estado da saúde mental e bem-estar dos adolescentes.
	Métodos	Análise do inquérito <i>Health Behaviour in School-aged Children</i>
	Participantes	Adolescentes entre os 11 e os 15 anos de 44 países e regiões da Europa, Ásia Central e Canadá.
	Intervenções	Não aplicável
	Resultados	Diminuição na satisfação com a vida e autoavaliação de saúde de 2017/2018 a 2021/2022 e aumento de múltiplas queixas de saúde entre 2013/2014 e 2021/2022. Estas alterações ao longo do tempo não são semelhantes em todos os grupos etários/género, sendo que as maiores alterações observadas ocorreram em raparigas dos 13 aos 15 anos. As raparigas relatam resultados piores em comparação com os rapazes.

Número		Análise
22	Título	Assessment of Psychopathology in Adolescents with Insulin-Dependent Diabetes and the Impact on Treatment Management
	Autor(es)	Maria Melania Lica, Annamaria Papai, Andreea Salcudean, Maria Crainic, Cristina Georgeta Covaciu e Adriana Mihai
	Ano de Publicação	2021

	DOI	10.3390/children8050414
	Objetivos	Identificar psicopatologia em adolescentes com diabetes e o seu impacto na gestão do tratamento.
	Métodos	Preenchimento e análise do APS-SF (<i>Adolescent Psychopathology Scale-Short Form</i>)
	Participantes	54 adolescentes com diabetes e 52 adolescentes sem diabetes entre os 12 e os 18 anos.
	Intervenções	Não aplicável
	Resultados	Maior suscetibilidade em raparigas quanto à ansiedade, depressão major, perturbação de stress pós-traumático, distúrbios alimentares, suicídio e problemas interpessoais. Estratégias como o enfrentamento desadaptativo, a passividade, o conceito distorcido de si e do mundo circundante e o uso de estratégias negativas de resolução de problemas, de não envolvimento e abandono tiveram correlação positiva com o mau controlo glicémico.

Número		Análise
23	Título	Unmet supportive care needs in families of children with chronic health conditions: an Australian cross-sectional study
	Autor(es)	Sangeeta Thomas, Linda K. Byrne, Nicholas P. Ryan, Christel Hendrieckx e Victoria White
	Ano de Publicação	2023
	DOI	10.1007/s12519-023-00730-w
	Objetivos	Identificar semelhanças e diferenças nas necessidades de cuidados de apoio não satisfeitas de famílias de crianças com doença crónica utilizando uma ferramenta universal de avaliação de necessidades.
	Métodos	Estudo transversal.
	Participantes	194 pais de crianças com diferentes doenças crónicas.
	Intervenções	Desenvolvimento de uma escala de 34 itens que avaliaram 6 domínios principais: necessidades de cuidados, necessidades físicas e sociais, necessidades de informação, necessidades de apoio, necessidades financeiras, necessidades emocionais relacionadas com a criança. Estes itens foram respondidos numa escala de Likert de 4 pontos.
Resultados	As cinco necessidades de apoio não satisfeitas mais relatadas foram extraídas dos seguintes domínios: apoio emocional relacionado com a criança, apoio nos cuidados e apoio financeiro. Um maior número de necessidades de apoio não satisfeitas foi associado a uma maior frequência de visitas hospitalares e à ausência de apoio parental. As necessidades mais relatadas foram semelhantes em todos os grupos de	

		doença, o que sugere que os programas e serviços de apoio podem ser partilhados entre pessoas com diferentes doenças crónicas.
--	--	--

Número		Análise
24	Título	The prevalence of diabetes distress and its association with glycaemia in young people living with insulin-requiring-diabetes in a regional centre in Australia.
	Autor(es)	Ciara Stapleton, Elizabeth Watkins, Matthew J. L. Hare, Francesca Timms, Anna J. Wood e Angela Titmuss.
	Ano de Publicação	2022
	DOI	10.1111/jpc.16221
	Objetivos	Determinar o sofrimento causado pela diabetes entre crianças, adolescentes e pais/cuidadores num ambiente regional australiano e avaliar a associação com a glicemia.
	Métodos	Estudo quantitativo.
	Participantes	43 crianças/adolescentes e 30 pais/cuidadores
	Intervenções	Utilização de um questionário para avaliar o sofrimento causado pela diabetes.
Resultados	O sofrimento causado pela diabetes era comum e estava associado a níveis de glicemia abaixo do ideal. A triagem de rotina para o sofrimento do diabetes deve ser considerada nos serviços pediátricos. É necessário o desenvolvimento de estratégias para minimizar o sofrimento causado pelo diabetes para jovens e famílias.	

Número		Análise
25	Título	An Overview of Play Therapy.
	Autor(es)	Konstantinos Koukourikos, Areti Tsaloglidou, Laila Tzeha, Christos Iliadis, Aikaterini Frantzana, Aristi Katsimbeli e Lambrini Kourkouta
	Ano de Publicação	2021
	DOI	10.5455/msm.2021.33.293-297
	Objetivos	Rever a eficácia da brincadeira terapêutica em vários problemas apresentados por crianças.
	Métodos	Revisão de literatura em bases de dados internacionais e gregas, Medline e Heal-link, em língua inglesa e grega.
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Não aplicável
Resultados	A brincadeira terapêutica é uma forma de tratamento adequada a crianças em idade pré-escolar e escolar. É adequado a crianças com dificuldades	

		na gestão emocional, no convívio ou crianças que apresentam problemas de comportamento, que tenham sido vítimas de violência doméstica, que vão ser submetidas a cirurgia ou que apresentem algum tipo de perturbação de desenvolvimento.
--	--	---

Número		Análise
26	Título	An Evaluation of Difficulty in Emotion Regulation, Impulsivity, and Emotional Eating in Children and Adolescents Diagnosed with Type 1 Diabetes Mellitus.
	Autor(es)	Dilşad Yıldız Miniksar, Büşra Öz, Mahmut Kılıç, Şeyma Özge Kaban, Fatma Yavuzylmaz, Osman Öztürk, Hulusi Emre Çeviker e Ramazan Taş
	Ano de Publicação	2024
	DOI	10.5152/TurkArchPediatr.2024.23098
	Objetivos	Investigar dificuldades na regulação emocional e impulsividade em crianças com diagnóstico de diabetes mellitus de tipo 1
	Métodos	Método quantitativo e análise estatística de dados.
	Participantes	53 crianças com diabetes mellitus de tipo 1 e 50 crianças normais (grupo de controlo).
	Intervenções	Preenchimento das seguintes escalas: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children—Present and Lifetime Version, Difficulties in Emotion Regulation Scale—Short Form (DERS-16), Emotional Eating Scale-Child and Adolescent Form (EES-C), Barratt Impulsivity Scale 11—Short Form (BIS-11).
	Resultados	É importante que os profissionais de saúde mental tenham um papel ativo em todos os processos da doença, a fim de proteger a saúde mental das crianças com diabetes mellitus de tipo 1. Este estudo encontrou uma taxa mais elevada de perturbações psiquiátricas em crianças com diabetes mellitus tipo I, sendo as perturbações de ansiedade os mais comuns. A dificuldade no controlo das emoções, a alimentação emocional e a impulsividade não foram diferentes nos doentes com diabetes mellitus tipo I do que no grupo de controlo. O que afeta as dificuldades na regulação das emoções foi determinado como sendo a presença de perturbação psiquiátrica.

Número		Análise
27	Título	Associations between Pretend Play, Psychological Functioning and Coping Strategies in Pediatric Chronic Diseases: A Cross-Illness Study

	Autor(es)	Daniela Di Riso, Elena Cambrisi, Simone Bertini e Marina Miscioscia.
	Ano de Publicação	2020
	DOI	10.3390/ijerph17124364
	Objetivos	Avaliar o processo de brincadeira, de <i> coping </i> e os sintomas psicológicos em três grupos de crianças com doença crónica em idade escolar.
	Métodos	Estudo qualitativo
	Participantes	44 crianças, 16 com diabetes mellitus de tipo 1, 12 com fibrose cística e 15 com leucemia.
	Intervenções	Avaliação através das seguintes escalas: Affect in Play Scale-Brief version (APS-Br); Children's Coping Strategies Checklist-Revison1 (CCSC-R1); Separation Anxiety Symptom Inventory for Children (SASI-C); Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)-children's version.
	Resultados	A brincadeira terapêutica ajuda as crianças com doenças crónicas a expressar emoções positivas e negativas e ajuda os profissionais de saúde a compreender as dificuldades causadas pelas condições crónicas e a enfrentá-las.

Número		Análise
28	Título	Prevalence of Mental, Behavioral, and Developmental Disorders Among Children and Adolescents with Diabetes, United States (2016-2019)
	Autor(es)	Catherine E Barrett, Xilin Zhou, Isabel Mendez, Joohyun Park, Alain K Koyama, Angelika H Claussen, Kim Newsome e Kai McKeever Bullard
	Ano de Publicação	2022
	DOI	10.1016/j.jpeds.2022.09.008
	Objetivos	Avaliar a associação entre diabetes e transtornos mentais, comportamentais e de desenvolvimento em jovens, examinamos a magnitude da sobreposição entre esses transtornos em crianças e adolescentes.
	Métodos	Estudo transversal
	Participantes	Pais que participaram no estudo de 2016 a 2019 National Survey of Children's Health
	Intervenções	Questionário específicos para as idades dos filhos
Resultados	Os resultados sugerem que aproximadamente 2 em cada 5 crianças e adolescentes com diabetes têm uma perturbação mental, comportamental ou do desenvolvimento. A compreensão de potenciais vias causais pode, em última análise, conduzir a futuras estratégias preventivas para perturbações mentais, comportamentais e do desenvolvimento e para a diabetes em crianças e adolescentes.	

Número		Análise
29	Título	Depressive and anxiety symptoms in adolescents with type 1 diabetes - a single-centre observational study
	Autor(es)	Dawid Goncerz, Edyta Mazurek, Marta Piasny, Anna Surówka, Jerzy B Starzyk, Małgorzata Wójcik e Marta Makara-Studzińska.
	Ano de Publicação	2023
	DOI	10.5114/pedm.2023.133121
	Objetivos	Avaliar a prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em crianças com diabetes mellitus tipo 1
	Métodos	Estudo Quantitativo
	Participantes	59 adolescentes (entre os 15 e os 18 anos) com diabetes mellitus tipo 1 e os seus pais.
	Intervenções	Preenchimento dos questionários Children's Depression Inventory 2 e The State-Trait Anxiety Inventory.
	Resultados	A depressão, a ansiedade e as perturbações relacionadas com o stress são responsáveis por uma proporção significativa dos problemas de saúde mental em crianças/jovens com diabetes mellitus tipo 1 e estão associadas a uma gestão menos otimizada da diabetes, à redução da qualidade de vida relacionada com a saúde, ao aumento do risco de complicações e à mortalidade prematura. As raparigas adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 apresentam mais sintomas depressivos do que os rapazes, e os sintomas de ansiedade foram mais relatados pelos pais do que pelos adolescentes.

Número		Análise
30	Título	The Predictive Role of Cognitive Emotion Regulation of Adolescents with Chronic Disease and Their Parents in Adolescents' Quality of Life: A Pilot Study
	Autor(es)	Melinda Cserép, Brigitta Szabó, Péter Tóth-Heyn, Attila J Szabo e Irena Szumska.
	Ano de Publicação	2022
	DOI	10.3390/ijerph192316077
	Objetivos	Estudo quantitativo
	Métodos	Preenchimento das escalas: Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) e Inventory of Quality of Life in Children and Adolescents (ILC)
	Participantes	85 adolescentes com doença crónica e os seus pais.
	Intervenções	Investigar a regulação emocional cognitiva em adolescentes com doenças

		crônicas e os seus pais.
	Resultados	Entre os adolescentes, as estratégias cognitivas de regulação emocional, como a culpabilização do próprio, a reavaliação positiva e a catastrofização, provaram ser preditores da sua própria qualidade de vida. No entanto, a culpabilização dos pais em relação a si próprios também foi considerada um preditor da qualidade de vida dos adolescentes. A ruminação parental e a reorientação positiva demonstraram ser preditores de como os pais avaliam a qualidade de vida dos seus filhos.

Número		Análise
31	Título	Predictors of Severity and Change in Emotion Dysregulation among Children and Adolescents with ASD
	Autor(es)	Jessie B Northrup, Mark T Patterson e Carla A Mazefsky
	Ano de Publicação	2021
	DOI	10.1080/15374416.2021.1955369
	Objetivos	Comparar a severidade e mudanças percebidas na desregulação emocional em jovens com e sem Perturbação do Espetro do Autismo.
	Métodos	Estudo quantitativo
	Participantes	1323 pais de crianças com Perturbação do Espetro do Autismo e 921 pais de crianças sem Perturbação do Espetro do Autismo.
	Intervenções	Utilização da escala <i>Emotion Dysregulation Inventory</i> (EDI). Amostra obtida online.
	Resultados	Os resultados indicaram que os jovens com PEA apresentavam uma maior reatividade e também uma maior mudança positiva na reatividade do que os seus pares sem PEA. Além disso, as diferenças entre os jovens com e sem PEA na relação entre a reatividade e a disforia sugerem um perfil distinto de desregulação emocional nas PEA. Na amostra com PEA, a idade e a gravidade do comportamento estereotipado previram a gravidade da reatividade e da disforia e a alteração da reatividade. O género feminino, a baixa escolaridade dos pais e a capacidade verbal fluente foram preditores adicionais do aumento da gravidade da reatividade, enquanto a deficiência intelectual previu uma menor gravidade da disforia.

Número		Análise
32	Título	Sufrimento psíquico na adolescência
	Autor(es)	Lili Marlene Hostätter, Marcia Crivelatti Manique Barreto e Durman Solânia.

	Ano de Publicação	2006
	DOI	10.1590/S0104-07072006000500007
	Objetivos	Investigar os sentimentos dos adolescentes perante a sua patologia e o conhecimento que têm sobre a doença.
	Métodos	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório
	Participantes	6 adolescentes entre os 12 e os 18 anos, de ambos os sexos, diagnosticados com depressão e em tratamento.
	Intervenções	Entrevista semiestruturada
	Resultados	Os adolescentes experienciam as alterações características da adolescência e muitas vezes estas influenciam o aparecimento da perturbação mental. Sentem que o seu papel na sociedade não está bem definido, o que os faz experienciar um sentimento de inutilidade. Os adolescentes tinham pouco conhecimento acerca da depressão, o que leva a que haja pouca adesão ao tratamento. Problemas ou discussões com os familiares tendem a contribuir para o desenvolvimento da depressão.

Número		Análise
33	Título	Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação
	Autor(es)	Margot Phaneuf
	Ano de Publicação	2005
	DOI	Não aplicável
	Objetivos	Não aplicável
	Métodos	Não aplicável
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Não aplicável
	Resultados	Expor as várias características do estabelecimento de uma comunicação terapêutica e de ajuda com o utente e os seus familiares próximos, considerando os vários aspetos da vida profissional dos enfermeiros.

Número		Análise
34	Título	Estudo de algumas características psicométricas da versão portuguesa da Children's Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R) numa amostra de adolescentes portugueses.
	Autor(es)	Micaela Alexandra Seabra Simões
	Ano de Publicação	2014
	DOI	Não aplicável
	Objetivos	Realizar um estudo psicométrico da versão portuguesa da CDRS-R e

		analisar a sua correlação com a sintomatologia depressiva avaliada pelo Children's Depression Inventory (CDI), com a ansiedade avaliada pela Anxiety Scale for Children (MASC) e a psicopatologia dos filhos percebida pelos pais através do Child Behavior Checklist (CBCL)
	Métodos	Estudo Quantitativo
	Participantes	97 adolescentes entre os 12 e os 18 anos de idade (33 em contexto clínico e 64 da população geral)
	Intervenções	Aplicação de Children's Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R), Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), Children's Depression Inventory (CDI), Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC), Brief Symptom Inventory (BSI) e Child Behavior Checklist (CBCL)
	Resultados	A entrevista Children's Depression Rating Scale – Revised demonstrouse útil e que avalia corretamente de acordo com como foi desenhada. Obteram-se resultados com boas características que confirmam estudos anteriores realizados em Portugal, Brasil, Estados Unidos e Alemanha. Consideraram um instrumento de confiança e útil para investigação e avaliação clínica apto para a população adolescente portuguesa.

Número		Análise
35	Título	Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Entrevista ao Adolescente. Promover o desenvolvimento infantil na criança
	Autor(es)	Ordem dos Enfermeiros
	Ano de Publicação	2010
	DOI	Não aplicável
	Objetivos	Não aplicável
	Métodos	Não aplicável
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Não aplicável
	Resultados	Estabelece e sistematiza as características principais da entrevista aquando do atendimento ao adolescente.

Número		Análise
36	Título	Maus tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção
	Autor(es)	Ana Leça, Ana Perdigão, Ana Rita Laranjeira, Bárbara Menezes, Carmo

		Velez, Carolina Veloso, Dina Oliveira, Edite Branco, Helena Jardim, Marta Chaves e Vasco Prazeres.
	Ano de Publicação	2011
	DOI	Não aplicável
	Objetivos	Não aplicável
	Métodos	Não aplicável
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Não aplicável
	Resultados	Descreve os procedimentos que os profissionais de saúde devem realizar, como a sinalização e colheita de dados, para cuidar de crianças e jovens vítimas de maus-tratos.

Número		Análise
37	Título	No fio da navalha: a dimensão intersubjetiva do cuidado aos bebês com condições crônicas complexas.
	Autor(es)	Creuza da Silva Azevedo; Natália Vodopives Pfeil.
	Ano de Publicação	2019
	DOI	https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290406
	Objetivos	Explorar os desafios advindos do cuidado de bebês cronicamente adoecidos e submetidos à dependência tecnológica na perspectiva dos profissionais de saúde, vistos como sujeitos capazes de elaboração psíquica e transformação de suas práticas profissionais.
	Métodos	Estudo qualitativo.
	Participantes	15 profissionais de saúde.
	Intervenções	As técnicas de pesquisa adotadas foram observação participante e entrevistas semiestruturadas.
	Resultados	Os profissionais de saúde vivenciam os conflitos entre as práticas biomédicas de excelência e a incapacidade de curar o recém-nascido doente crônico. São seres humanos com limites e confrontam-se com a condição vulnerável do recém-nascido que lhes exige bastante trabalho

		psíquico.
--	--	-----------

Número		Análise
38	Título	Social network of children with chronic disease: knowledge and practice of nursing
	Autor(es)	Maria Helena do Nascimento Souza, Vanessa Medeiros da Nóbrega e Neusa Collet
	Ano de Publicação	2020
	DOI	10.1590/0034-7167-2018-0371
	Objetivos	Identificar o conhecimento e a prática dos enfermeiros de referência acerca da abordagem de rede social para famílias de crianças com doença crônica.
	Métodos	Estudo descritivo e qualitativo
	Participantes	23 enfermeiros de saúde familiar de Paraíba e do Rio de Janeiro.
	Intervenções	Entrevista Semiestruturada
Resultados	A rede social foi entendida como o apoio institucional oferecido por serviços externos à unidade, e o contexto familiar está envolvido em problemas socioeconômicos. Na prática, os enfermeiros têm dificuldade em prestar um cuidado integral e estabelecer vínculos com as famílias.	

Número		Análise
39	Título	Children's Perspectives on Living With a Sibling With a Chronic Illness.
	Autor(es)	Antoinette Deavin, Pete Greasley e Clare Dixon.
	Ano de Publicação	2018
	DOI	10.1542/peds.2017-4151
	Objetivos	Explorar as experiências de irmãos de crianças com doença crônica para compreender as suas perspectivas; em particular, observou-se o que eles acham que influenciou o seu bem-estar emocional, para direcionar as intervenções.
	Métodos	Metassíntese
Participantes	Não houve participantes	

	Intervenções	<p>Pesquisa nas bases de dados PsychInfo, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, PubMed, and Academic Search desde o seu início até 2016. Seleção de artigos qualitativos usados para examinar as perspectivas das crianças sobre morar com um irmão com doença crónica. Doze artigos foram revistos.</p>
	Resultados	<p>A síntese temática identificou dois temas abrangentes que fornecem novas perspetivas. O primeiro tema, “mudança de relacionamento”, tinha 2 subtemas: “mudança de relacionamento familiar” e “mudança de relacionamento consigo mesmo”. O segundo tema, “gerindo mudanças”, tinha três subtemas: “enfrentamento e aceitação”, “apoio de amigos, colegas e grupos de apoio” e “reações negativas de outras pessoas”. Estas descobertas podem ser usadas para delinear como as mudanças nas relações familiares muitas vezes resultam na redução da comunicação e na supressão das necessidades saudáveis dos irmãos. Os irmãos desenvolvem estratégias para ajudá-los a lidar e aceitar as suas circunstâncias, incluindo encontrar novas formas pró-sociais de satisfazer as suas necessidades na forma de desenvolvimento de competências e papéis</p>

Número		Análise
40	Título	Well siblings of children with chronic illness: A synthesis research study
	Autor(es)	Nancy Havill, Louise K Fleming e Kathleen Knafl
	Ano de Publicação	2019
	DOI	10.1002/nur.21978
	Objetivos	Avaliar a aplicabilidade da teoria existente e fundamentada sobre a resposta dos irmãos de uma criança com cancro a uma gama mais ampla de condições infantis e refinar a teoria existente para refletir as experiências de uma amostra mais ampla.
	Métodos	Estudo qualitativo
	Participantes	Não aplicável

	Intervenções	Análise de dados de 78 artigos retirados da base de dados do National Institute of Nursing Research acerca da ligação entre a doença crónica infantil e a vida familiar. Foi utilizada a teoria Creating a Tenuous Balance (CTB) como base para análise de dados.
	Resultados	Os resultados refletiram as perspetivas dos irmãos sobre as suas experiências, bem como as perspetivas dos pais e da criança com doença crónica. A análise fundamentou todos os quatro padrões de comportamento dos irmãos incluídos no CTB, sendo que os padrões de adaptação às mudanças na vida pessoal e familiar e a gestão de emoções fortes são aspetos especialmente desafiadores da experiência dos irmãos. Além disso, os resultados ampliaram diversos aspetos do CTB. A análise forneceu evidências da aplicabilidade da teoria a um grupo variado de condições crónicas e permitiu identificar áreas importantes para o desenvolvimento de intervenções de apoio aos irmãos de crianças com doença crónica.

Número		Análise
41	Título	Sources of Stress, Family Functioning, and Needs of Families With a Chronic Critically Ill Child: A Qualitative Study
	Autor(es)	Chantal Grandjean, Pascale Ullmann, Mark Marston, Marie-Christine Maitre, Marie-Hélène Perez e Anne-Sylvie Ramelet
	Ano de Publicação	2021
	DOI	10.3389/fped.2021.740598
	Objetivos	Explorar as fontes específicas de stress relacionadas à Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, o funcionamento familiar e as necessidades das famílias de utentes com doença crónica durante um internamento na Unidade.
	Métodos	Estudo qualitativo descritivo
	Participantes	31 famílias de crianças com doença crónica (12 mães, 8 pais e 11 duplas de mãe e pai).
	Intervenções	Entrevistas semi-estruturadas.
	Resultados	Emergiram cinco temas abrangentes: alta intensidade emocional, fontes de stress relacionadas à Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, evolução das necessidades familiares, funcionamento familiar

		<p>multifacetado e estratégias de coping implementadas. Destacou-se ainda a importância de cuidar das famílias com crianças com doença crónica. Os pais relataram altas taxas de respostas emocionais negativas que afetam o funcionamento familiar. A experiência das famílias dependeu muito da forma como os profissionais de saúde foram capazes de satisfazer as necessidades dos pais, fornecer apoio emocional, reforçar o empoderamento parental e permitir uma coordenação de cuidados de elevada qualidade.</p>
--	--	---

Número		Análise
42	Título	The rural mother's experience of caring for a child with a chronic health condition: An integrative review
	Autor(es)	Sally Bristow, Debra Jackson, Linda Shields e Kim Usher
	Ano de Publicação	2018
	DOI	10.1111/jocn.14360
	Objetivos	Identificar e rever a literatura sobre experiências de mães rurais no cuidado de uma criança com condição crónica de saúde
	Métodos	Revisão de literatura
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Pesquisa nas bases de dados Cochrane, CINAHL, Ovid, PubMed, ProQuest Health and Medicine, Informit e Scopus por artigos de entre 2005 a 2016.
	Resultados	Os dados de sete artigos que foram analisados e as experiências das mães foram sintetizadas em cinco temas: "luta por recursos", "barreiras no acesso aos serviços", "tensão na tomada de decisões", "colapso físico e emocional da mãe" e "o gestão diária das atividades familiares". As conclusões indicam que as mães de zonas rurais enfrentam barreiras adicionais, incluindo dificuldades de transporte, estatuto socioeconómico e isolamento social, e são desafiadas pelo acesso limitado a serviços médicos especializados, educadores e profissionais de saúde.

Número		Análise
43	Título	Social support of families with tracheostomized children
	Autor(es)	Hellen Joyce Moreira de Lemos e Ana Márcia Chiaradia Mendes-Castillo
	Ano de Publicação	2019
	DOI	https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0708
	Objetivos	Compreender o apoio social das famílias com crianças traqueostomizadas.
	Métodos	Estudo qualitativo
	Participantes	9 famílias com crianças traqueostomizadas.
	Intervenções	Entrevistas semiestruturadas
	Resultados	As famílias passam por bastantes dificuldades em cada etapa da doença e, através da utilização de dois modelos e entrevistas, os autores conseguiram compreender as necessidades de apoio social. Regressar à escola tem sido um direito que as crianças traqueostomizadas destas entrevistas não têm acedido por falta de tutores. O que gera isolamento na criança e perturbações no seu desenvolvimento social.

Número		Análise
44	Título	Enfermagem de Saúde Familiar
	Autor(es)	Maria Henriqueta Figueiredo
	Ano de Publicação	2021
	DOI	Não aplicável
	Objetivos	Não aplicável
	Métodos	Não aplicável
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Não aplicável
	Resultados	Esta obra transmite um referencial teórico para os cuidados de enfermagem no acompanhamento das várias etapas de vida de uma família com várias ferramentas para a avaliação de intervenção

Número		Análise
45	Título	Predictors of Perceived Family Sense of Coherence in Parents of Children with Cancer
	Autor(es)	Fatemeh Heydari, Lida Nikfarid, corresponding author Parastoo Oujian, Maliheh Nasiri e Sanaz Motefakker
	Ano de Publicação	2022
	DOI	10.25259/IJPC_107_21
	Objetivos	Avaliar a correlação entre o sentido de coerência familiar percebido em pais de crianças com cancro, com variáveis sociodemográficas, psicoemocionais e familiares.
	Métodos	Estudo correlacional transversal.
	Participantes	125 pais de crianças com cancro
	Intervenções	Aplicação de questionários: questionário sobre as características socio-demográficas da família, family SOC scale, coping health inventory for parents, Kendall's chronic sorrow scale, family functioning scale e social support questionnaire
Resultados	Este estudo ampliou o conceito de Sentido de Coerência Familiar no conhecimento da enfermagem e atraiu a atenção dos prestadores de cuidados centrados na família para os pais de crianças com cancro e as suas preocupações, que afetam direta e indiretamente a saúde de toda a família.	

Número		Análise
46	Título	Basic Needs of Mothers with Children Undergoing Hemodialysis: A Meta-synthesis of Qualitative Studies
	Autor(es)	Tayebe Pourghaznein, Zahra Sadat Manzari, Abbas Heydari Mojtaba e Mousavi Bazaz
	Ano de Publicação	2019
	DOI	10.22038/ebcj.2018.31975.1797
	Objetivos	Identificar necessidades básicas em mães de crianças em hemodiálise.
	Métodos	Revisão literária de estudos qualitativos

	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Pesquisa bibliográfica nas bases de dados Web of Science, EMBASE, PubMed e ProQuest.
	Resultados	A revisão sistemática dos estudos qualitativos revelou três temas principais, incluindo a necessidade de competências de gestão de cuidados infantis, a necessidade de manter a coesão familiar e a necessidade de apoio emocional-psicológico. As mães de crianças em hemodiálise devem ser consideradas utentes de enfermagem. Nesse sentido, uma equipa multidisciplinar pode capacitar as mães para cuidar dos filhos em hemodiálise e preservar a coerência familiar, bem como apoiá-los emocional e psicologicamente.

Número		Análise
47	Título	Caring perceptions and experiences of fathers of children with congenital heart disease: A systematic review of qualitative evidence
	Autor(es)	Pei-Jung Lin, Yu-Ting Liu, Chin-Hui Huang, Shu-He Huang e Chi-Wen Chen
	Ano de Publicação	2021
	DOI	10.1111/ijn.12952
	Objetivos	Identificar as perceções e experiências dos pais no cuidado dos seus filhos com cardiopatias congénitas.
	Métodos	Revisão sistemática qualitativa da literatura.
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Análise de 5 artigos
	Resultados	Foram identificados seis temas principais relativos às perceções e experiências dos pais no cuidado de seus filhos com cardiopatia congénita: falta de conhecimento sobre a doença, responsabilidade para com a família e supressão emocional, gratidão pela vida continuada dos seus filhos. filhos, aceitação de ser diferente dos outros, reagrupamento e planeamento para o futuro e os desafios das relações pai-filho. Com um sentido de responsabilidade autoimposto e emoções reprimidas, os pais podem sentir-se solitários e magoados, mas ainda assim lutam pelas suas famílias e filhos.

Número		Análise
48	Título	(Re)conhecendo suas casas: narrativas sobre a desospitalização de crianças com doenças de longa duração
	Autor(es)	Bárbara da Silveira Madeira de Castro e Martha Christina Nunes Moreira
	Ano de Publicação	2018
	DOI	10.1590/S0103-73312018280322
	Objetivos	Analisar as narrativas de familiares de crianças com condições de longa duração sobre o processo de desospitalização vivenciado por elas.
	Métodos	Estudo qualitativo como análise temática de dados.
	Participantes	Duas famílias com crianças que passaram por um processo de desospitalização.
	Intervenções	Entrevista
Resultados	As mães são as principais cuidadoras das crianças e sentem-se sobrecarregadas, incapazes de identificar apoios e redes de apoio. O processo de voltar para casa é desafiador e exige mães reorientem as suas vidas após um longo internamento hospitalar. As crianças passam a maior parte do tempo em casa. Outros espaços comunitários que poderiam complementar os serviços de saúde ainda são muito escassos e quase indisponíveis. Devem ser trabalhados elementos emocionais, vinculados aos sentimentos de segurança e insegurança.	

Número		Análise
49	Título	Nursing support perceived by mothers of preterm infants in a neonatal intensive care unit in South Korea
	Autor(es)	Mihae Im e Jina Oh
	Ano de Publicação	2021
	DOI	10.4094/chnr.2021.27.2.146
	Objetivos	Esclarecer e definir o conceito de apoio de enfermagem percebido pelas mães de bebês prematuros.

	Métodos	Estudo Qualitativo
	Participantes	10 mães de bebês prematuros.
	Intervenções	Pesquisa de artigos para análise temática de dados e entrevistas semiestruturadas
	Resultados	Foram estabelecidos quatro temas e 10 atributos de apoio de enfermagem percebidos pelas mães de bebês prematuros. O cuidado profissional e o cuidado emocional com o recém-nascido foram identificados como atributos de apoio ao cuidado do recém-nascidos. As informações relacionadas à doença, ao ambiente de internamento, ao cotidiano hospitalar do recém-nascido e ao cuidado centrado na mãe foram identificados como atributos de apoio ao fornecimento de informações. A empatia pelas mães e a comunicação terapêutica com a mãe foram identificadas como atributos de apoio ao cuidado mental. Por fim, proporcionar uma oportunidade para a mãe cuidar do recém-nascido e reforçar o papel materno foram identificados como atributos de apoio ao papel materno.

Número		Análise
50	Título	Emotional disorganization: The prominent experience of Iranian mothers with preterm neonate: A qualitative study
	Autor(es)	Mona Alinejad-Naeini, Hamid Peyrovi e Mahnaz Shoghi
	Ano de Publicação	2021
	DOI	10.1080/07399332.2020.1797040
	Objetivos	Relatar a experiência mais proeminente de mães iranianas com recém-nascidos prematuros durante sua permanência na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, que surgiu como parte do processo de aquisição do papel materno.
	Métodos	Estudo qualitativo com análise temática de dados.
	Participantes	10 mães
	Intervenções	Entrevistas semi-estruturadas.
	Resultados	As mães que têm um recém-nascido pré-termo vivem uma várias experiências e emoções, ao ficarem na unidade de cuidados intensivos neonatais. O parto pré-termo e o subsequente internamento são

		considerados como uma experiência indesejável que afeta os estados emocionais das mães, as suas percepções dos neonatos e a sua relação no puerpério. Uma vez que o primeiro contacto entre a mãe e o recém-nascido ocorre na unidade de cuidados intensivos neonatais, é essencial apoiar psicologicamente as mães para garantir o seu bem-estar e prevenir problemas futuros.
--	--	---

Número		Análise
51	Título	Organizational Sensegiving in Family-Centered Care: How NICU Nurses Help Families Make Sense of the NICU Experience
	Autor(es)	Cristina M Gilstrap
	Ano de Publicação	2021
	DOI	10.1080/10410236.2020.1785373
	Objetivos	Examinar as estratégias que os enfermeiros usam para ajudar as famílias a dar sentido à sua experiência na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.
	Métodos	Estudo qualitativo
	Participantes	14 enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.
	Intervenções	Entrevista semiestruturada.
	Resultados	Os enfermeiros utilizam quatro estratégias principais para influenciar a compreensão, a resposta e a participação dos pais nas práticas de cuidados neonatais: educar os pais, personalizar a informação, promover a comunicação aberta e encorajar o envolvimento. Além disso, os enfermeiros podem falar com colegas ou supervisores e participar em atividades de autocuidado se a sensibilização começar a afetar o seu bem-estar ou a capacidade de fornecer um apoio eficaz.

Número		Análise
52	Título	Burnout in the Primary Caregivers of Children With Chronic Conditions and its Related Factors
	Autor(es)	Bahareh Ahmadi, Mahdiah Sabery e Mohsen Adib-Hajbaghery
	Ano de Publicação	2021

DOI	https://doi.org/10.32598/JCCNC.7.2.360.1
Objetivos	Examinar a prevalência de <i>burnout</i> em cuidadores de crianças com condições crónicas e fatores relacionados.
Métodos	Estudo transversal descritivo.
Participantes	385 cuidadores de famílias com crianças com doença crónica.
Intervenções	Utilização de um questionário demográfico e o Maslach Burnout Scale (MBI).
Resultados	Os cuidadores familiares de crianças com condições crónicas vivenciam <i>burnout</i> moderado. Os enfermeiros e outros profissionais de saúde devem estar conscientes dos sinais de exaustão do cuidador e dos seus fatores contribuintes.

Número		Análise
53	Título	Uncertainties of mothers of children in conservative renal treatment
	Autor(es)	Fernanda Lise, Eda Schwartz, Viviane Marten Milbrath, Diana Cristiano Castelblanco, Margareth Angelo e Raquel Pötter Garcia
	Ano de Publicação	2018
	DOI	10.1590/2177-9465-EAN-2017-0178
	Objetivos	Compreender as incertezas das mães de crianças em tratamento renal conservador devido à doença do filho.
	Métodos	Estudo qualitativo.
	Participantes	11 mães de crianças em tratamento renal conservador.
	Intervenções	Entrevista semi-estruturada e análise temática de dados.
	Resultados	Face às incertezas, as mães procuram manter o equilíbrio emocional, mas necessitam de apoio da equipa de saúde e da equipa de enfermagem, na atenção primária à saúde, a fim de promover segurança ao fornecer informações claras sobre como ocorre o processo da doença e do tratamento, reduzindo a ansiedade quanto à imprevisibilidade da doença no futuro.

Número		Análise
54	Título	The physical and emotional health of South Korean mothers of preterm infants in the early postpartum period: a descriptive correlational study
	Autor(es)	Jiyun Park e Kyung-Sook Bang
	Ano de Publicação	2022
	DOI	10.4094/chnr.2022.28.2.103
	Objetivos	Examinar o estado de saúde física e emocional das mães sul-coreanas de recém-nascidos prematuros no puerpério e identificar correlações entre eles.
	Métodos	Estudo descritivo correlacional.
	Participantes	91 mães de bebês prematuros
	Intervenções	Utilização de questionário e das escalas Edinburgh Postnatal Depression Scale e State-Trait Anxiety Inventory e uma escala de quatro itens para avaliar a culpabilização.
	Resultados	Os problemas de saúde física, a fadiga e a dor no ombro foram os sintomas mais comuns, e a saúde física apresentou correlações significativas com a depressão pós-parto, a ansiedade e a culpa. Dado que cerca de metade das mães sofreram de depressão pós-parto, e que as mães de recém-nascidos com condições mais graves apresentaram mais sintomas de depressão pós-parto, é necessária uma intervenção integrada de cuidados de saúde para mães de recém-nascidos prematuros. Os enfermeiros que se encontram com as mães na unidade de cuidados intensivos neonatais durante a sua prática de enfermagem podem criar um ambiente positivo para os recém-nascidos, não só dando conselhos às mães sobre a saúde do recém-nascido, mas também tendo em conta a saúde física e emocional das mães.

Número		Análise
55	Título	Parenting experiences among fathers of prematurely-born children with cerebral palsy in South Korea
	Autor(es)	Jisun Park e Kyung-Sook Bang
	Ano de Publicação	2021

	DOI	10.4094/chnr.2021.27.1.75
	Objetivos	Explorar as experiências de pais com crianças nascidas prematuramente com paralisia cerebral, com foco em como tais experiências influenciaram suas famílias.
	Métodos	Estudo qualitativo
	Participantes	9 pais de crianças nascidas prematuramente com paralisia cerebral.
	Intervenções	Entrevista
	Resultados	Os pais de crianças nascidas prematuramente tendem a reprimir as suas emoções. Assim, é necessário um novo programa de intervenção para encorajar a expressão emocional dos pais, apoiar interações mais saudáveis com as suas famílias, a aliviarem o stress e a terem uma adaptação mais positiva no processo de educação dos filhos.

Número		Análise
56	Título	Psychological Distress Among Parents of Children With Chronic Health Conditions and Its Association With Unmet Supportive Care Needs and Children's Quality of Life
	Autor(es)	Sangeetha Thomas, Nicholas P Ryan, Linda K Byrne Christel Hendrieckx e Victoria White
	Ano de Publicação	2024
	DOI	10.1093/jpepsy/jsad074
	Objetivos	Avaliar o sofrimento psicológico dos pais em famílias de crianças com condições crónicas de saúde e explorar as relações entre o sofrimento psicológico dos pais, as necessidades de cuidados de apoio não atendidas e a qualidade de vida das crianças.
	Métodos	Estudo transversal.
	Participantes	194 pais de crianças com cardiopatia congénita, cancro ou asma.
	Intervenções	Questionário online que incluiu a escala Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) e uma avaliação de 34 itens de necessidades de cuidados de suporte não atendidas
	Resultados	Uma proporção significativa de pais apresentou sintomas moderados a graves de depressão, ansiedade e stress. Os sintomas de sofrimento dos

		pais estão ligados a necessidades não satisfeitas e a um pior funcionamento emocional da criança, sugerindo que estes fatores podem ser alvo de intervenções para aliviar o sofrimento dos pais.
--	--	--

Número		Análise
57	Título	Supporting Parents of Children With Type 1 Diabetes: Experiment Comparing Message and Delivery Types
	Autor(es)	Bree Holtz e Katharine Mitchell
	Ano de Publicação	2023
	DOI	10.2196/41193
	Objetivos	Encontrar formas de ajudar os pais de crianças com Diabetes Mellitus tipo 1 a lidar com o stress relacionado com a gestão e monitorização da doença dos seus filhos, fornecendo apoio informativo, seja sobre a criação de uma criança com Diabetes Mellitus tipo 1 ou mensagens gerais aos pais através de diferentes canais.
	Métodos	Estudo quantitativo
	Participantes	102 pais de crianças com Diabetes Mellitus tipo 1
	Intervenções	Análise das respostas a dois tipos de mensagens enviadas aos pais
Resultados	Os resultados deste estudo demonstram que o meio - Facebook ou mensagens de texto SMS - não é importante para as perceções dos pais sobre o apoio social ou a qualidade de vida. O grupo que recebeu mensagens sobre a diabetes registou níveis mais elevados de gestão da doença. Os grupos que receberam mensagens de apoio à diabetes ficaram mais satisfeitos do que os que receberam mensagens gerais para os pais.	

Número		Análise
58	Título	Prevalence and course of mood and anxiety disorders, and correlates of symptom severity in adolescents with type 1 diabetes: Results from diabetes LEAP
	Autor(es)	Linh Anh Nguyen; Frans Pouwer; Per Winterdijk; Esther Hartman; Roos Nuboer; Theo Sas, Ineke de Kruijff; Willie Bakker-Van Waarde; Henk-Jan Aanstoot; Giesje Nefs

	Ano de Publicação	2021
	DOI	10.1111/pedi.13174
	Objetivos	Determinar a prevalência e o curso das perturbações de ansiedade e humor em adolescentes holandeses (12 a 18 anos) com diabetes tipo 1 e examinar os correlações da gravidade dos sintomas, incluindo sofrimento emocional dos pais.
	Métodos	Estudo quantitativo
	Participantes	171 adolescentes e 149 pais
	Intervenções	Aplicação de questionários: Diagnostic Interview Schedule for Children–IV (DISC-IV), Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7), Patient Health Questionnaire–9 (PHQ-9), Problem Areas in Diabetes– Teens (PAID-T) e Problem Areas in Diabetes– Parent Revised (PAID-PR)
	Resultados	As perturbações do humor e, em particular, as perturbações de ansiedade são comuns nos adolescentes com DM1 e estão relacionadas com perturbações mais precoces, o que justifica uma vigilância contínua por parte dos prestadores de cuidados de saúde. A angústia específica da diabetes esteve exclusivamente relacionada com uma maior gravidade dos sintomas.

Número		Análise
59	Título	Anxiety and depression in mothers of newborns in intensive care units
	Autor(es)	Larissa Gouveia de Souza, Viviane Cordeiro de Queiroz, Smalyanna Sgren da Costa Andrade, Edna Samara Ribeiro César, Vilma Felipe Costa de Melo e Simone Helena dos Santos Oliveira
	Ano de Publicação	2021
	DOI	https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200388
	Objetivos	Avaliar a classificação e fatores associados à ansiedade e/ou depressão em mães de recém-nascidos internados e unidade de cuidados intensivos neonatais e elaborar o processo de enfermagem após um teste psicológico
	Métodos	Estudo descritivo de corte transversal e abordagem quantitativa
	Participantes	91 mães de recém-nascidos internados

	Intervenções	Resposta a questionário com utilização de Inventário de Depressão (BDI) de Beck e Inventário de Ansiedade (BAI)
	Resultados	A maioria das mães experienciaram ansiedade grave e de pressão moderada. As variáveis de parceiro(a) fixo, gravidez planejada, parto eutócico, recém-nascido com ventilação mecânica, aborto anterior, adoção do método canguru e suplementação podem ser fatores de risco ou de proteção para o acontecimento de perturbações emocionais. Sugerem a elaboração do processo de enfermagem com esta perspectiva de forma a diminuir o risco.

Número		Análise
60	Título	Emotional support for parents with premature children admitted to a neonatal intensive care unit: a qualitative phenomenological study
	Autor(es)	Sabiniana San Rafael-Gutiérrez, Purificación Escobar García, Alicia Saelices Prellezo, Laura Rodriguez Paulí, Beatriz Longueira Del-Castillo e Rafaela Blanco Sánchez
	Ano de Publicação	2020
	DOI	10.24953/turkjped.2020.03.011
	Objetivos	Analisar o apoio emocional recebido pelos pais de crianças prematuras internadas em unidades de cuidados intensivos neonatais
	Métodos	Estudo qualitativo fenomenológica
	Participantes	40 pais de crianças internadas
	Intervenções	Entrevista semiestruturada
	Resultados	No contexto de um parto prematuro, as mães expressam sentimentos de tristeza e culpa, perguntando-se onde falharam e o que fizeram de errado. Tanto as mães como os pais têm medo que o seu filho, com um baixo peso à nascença e problemas de imaturidade relacionados com a prematuridade (por vezes extrema), não sobreviva. Perante esta situação stressante, os pais passam por uma sobrecarga emocional e têm sentimentos ambivalentes em relação a esta nova situação. Como mecanismo de defesa, adotam o distanciamento emocional, delegando os cuidados do seu recém-nascido nos profissionais de saúde, de forma a processarem a situação com que se deparam e para a qual não estavam preparados. No âmbito do apoio profissional-emocional, os pais

		<p>identificam os enfermeiros como uma peça fundamental, uma vez que acompanham os pais, informam-nos e instruem-nos nos cuidados ao recém-nascido. No que diz respeito ao apoio não profissional, os pais identificaram como muito benéfico a troca de experiências com outras mães e pais cujos filhos também tinham sido admitidos na Unidade, bem como os grupos de apoio nas redes sociais e a utilização de grupos online nos quais podem dar voz às suas preocupações e comparar as suas experiências com outros pais que possivelmente estão a passar por uma experiência semelhante. O enfermeiro deve conhecer estas fontes de apoio e orientar as famílias para elas, para que compreendam as suas emoções perante a situação que estão a viver com os seus filhos.</p>
--	--	--

Número		Análise
61	Título	Comunicação em pediatria: revisão sistemática de literatura
	Autor(es)	Marina Kohlsdorf e Áderson Luiz Costa-Junior
	Ano de Publicação	2013
	DOI	https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000400007
	Objetivos	Realizar uma revisão sistemática da literatura referente à comunicação em pediatria publicada entre 2000 e 2010
	Métodos	Revisão Sistemática da Literatura
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Pesquisa bibliográfica entre janeiro de 2000 e dezembro de 2010 nas bases de dados PubMed, MedLine, Bireme/BVS, ScienceDirect, revistas disponibilizadas no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e SciELO
	Resultados	É importante que o utente pediátrico seja incluído na comunicação e acolhimento em problemas psicossociais. Os programas para a melhoria da comunicação com a criança e família têm obtido bons resultados.

Número		Análise
62	Título	Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos

	Autor(es)	Ordem dos Enfermeiros
	Ano de Publicação	2001
	DOI	Não aplicável
	Objetivos	Não aplicável
	Métodos	Não aplicável
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Não aplicável
	Resultados	Apresenta o enquadramento concetual com os conceitos de saúde, pessoa, ambiente, cuidados de enfermagem e uma descrição dos enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem.

Número		Análise
63	Título	A Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica: A 'ARTE' de Cuidar
	Autor(es)	Patrícia Isabel Bispo Pereira Baltar Guerreiro
	Ano de Publicação	2016
	DOI	Não aplicável
	Objetivos	Juntar as experiências de aprendizagem, que ocorreram em contexto de estágio, com vista, através da reflexão, à acomodação de conhecimentos inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e Jovem no que concerne ao processo de desenvolvimento da relação terapêutica entre o enfermeiro e o cliente pediátrico
	Métodos	Teoria da Aprendizagem Experiencial
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Modelo de Reflexão Estruturada Ciclo de Gibbs
Resultados	Foi possível identificar as necessidades emocionais do utente pediátrico, identificar estratégias de comunicação utilizadas na prestação de cuidados, como entrevista semiestruturada para explorar a dimensão emocional dos cuidados e promoção de momentos de reflexão de	

		situações de cuidados emocionalmente intensas.
--	--	--

Número		Análise
64	Título	A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem
	Autor(es)	Cláudia Margarida Campos
	Ano de Publicação	2018
	DOI	https://doi.org/10.25752/psi.9725
	Objetivos	Analisar a comunicação como um processo na humanização do cuidar e como instrumento terapêutico essencial do cuidado, com as suas características específicas.
	Métodos	Revisão da literatura
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Análise de artigos de revisão publicados em revista de enfermagem
	Resultados	A comunicação terapêutica é uma ferramenta que permite ao profissional de saúde compreender as necessidades do utente perante a doença e limitações. É caracterizada por atitudes e comportamentos que se adaptam às diversidades de conteúdos, muitas vezes carregados de emocionalidade. Visa ganhos terapêuticos em saúde, construção de relação terapêutica, educação para a saúde e ganhar perspetivas mais positivas da doença.

Número		Análise
65	Título	Promover a esperança parental: o papel do enfermeiro especialista no suporte à parentalidade
	Autor(es)	Vanda Vicente
	Ano de Publicação	2021
	DOI	Não aplicável
	Objetivos	Descrever o percurso desenvolvido nos contextos de estágio, numa perspetiva crítica, de reflexão, integrando o crescimento profissional que

		deverá refletir o perfil de competências esperado.
	Métodos	Não aplicável
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Não aplicável
	Resultados	Os enfermeiros aplicam estratégias promotoras de esperança em contextos de especial complexidade e em outros contextos em que houvesse necessidade, como em situações de crise de ameaça de papel parental, processo saúde-doença da criança, estigma e discriminação, bullying ou violência. A mobilização da esperança pode ser realizada na criança, dependendo do seu desenvolvimento cognitivo, e nos pais/cuidadores através de uma relação terapêutica.

Número		Análise
66	Título	Guia Orientador de Boas Práticas de Enfermagem. Promoção de Esperança. Preparação do Regresso a casa da criança
	Autor(es)	Ordem dos Enfermeiros
	Ano de Publicação	2011
	DOI	Não aplicável
	Objetivos	Não aplicável
	Métodos	Não aplicável
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Não aplicável
	Resultados	O guia apresenta os princípios de intervenção em esperança e como a prestação de cuidados deve ser realizada com avaliação individual e familiar, diagnóstico de enfermagem e intervenções de enfermagem, e práticas para a preparação do regresso a casa da criança com necessidade de cuidados através da interação com a criança e família, criar um plano individual de cuidados e interligar com os cuidados de saúde primários.

Número		Análise
67	Título	Communication of bad news in pediatrics: integrative review
	Autor(es)	Bruna Pase Zanon, Luiza Cremonese, Aline Cammarano Ribeiro, Stela Maris de Mello Padoin e Cristiane Cardoso de Paula
	Ano de Publicação	2020
	DOI	10.1590/0034-7167-2019-0059
	Objetivos	Identificar a evidência científica dos elementos de comunicação no processo de comunicação de más notícias em pediatria
	Métodos	Revisão integrativa da literatura
	Participantes	Não aplicável
	Intervenções	Pesquisa bibliográfica em LILCACS, Pubmed e as bases de dados WoS. Incluídos estudos em português, espanhol e inglês
	Resultados	É preciso preparar a família e a criança/jovem para receberem uma má notícia. Transmitir uma notícia de um doença terminal são consideradas pelos profissionais notícias muito difíceis. Ao comunicarem, os profissionais devem fazê-lo de uma forma objetiva, honesta e empática para que a notícia seja mais bem recebida. Devem abordar de acordo com o nível de instrução da família e a maturidade de criança. Devem informar a criança, como é o seu direito, para evitar falhas e descoberta por outros.

Número		Análise
68	Título	Brain death: health team's experience with parents of children and adolescents
	Autor(es)	Neide da Silva Knihs, Ariadne Matzembacher da Silva, Juliana dos Santos, Rosi Meri da Silva, Sibebe Maria Schuantes Paim, Vanessa Silva e Silva, Maria Augusta Dietrich e Maria Lígia dos Reis Bellaguarda
	Ano de Publicação	2022
	DOI	10.1590/1980-265X-TCE-2022-0151pt
	Objetivos	Compreender a vivência da equipa de saúde junto aos pais de crianças e adolescentes durante as etapas do protocolo de morte encefálica.
	Métodos	Estudo exploratório e qualitativa desenvolvida

	Participantes	21 profissionais de saúde
	Intervenções	Entrevistas semiestruturadas
	Resultados	Os profissionais referem que se envolvem com a família em todas as etapas do processo, partilhando compaixão e solidariedade. No início do processo, os profissionais preocupam-se em partilhar e clarificar informações sobre o diagnóstico de morte encefálica e sobre os exames que vão ser realizados. Ao comunicar a notícia de morte, os profissionais procuram utilizar escuta ativa, compaixão e empatia.

Apêndice C – Cronograma

Ano		2024																			
		Março				Abril				Maio				Junho				Julho			
Semanas		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª	19ª	20ª
Locais	Data de Início/Data de Fim																				
Unidade de Cuidados	4 de Março/12 de Abril				Férias																
Internamento de Pediatria Médica e	15 de Abril/18 de Maio																				
Urgência Pediátrica e Unidade de	20 de Maio/22 de Junho																				
Unidade de Cuidados Intensivos	24 de Junho/27 de Julho																				

Apêndice D - Análise SWOT dos Contextos de Estágio

Análise Swot - Unidade de Cuidados Comunitários

Pontos Fortes: Equipa Motivada; Projetos em curso nas escolas; Capazes de dar apoio a adolescentes nas escolas e encaminhá-los para a psicologia, assistente social, consulta médica e de enfermagem e outros meios; Visitas domiciliárias para acompanhamento de crianças com CNSE, ensinamentos aos cuidadores e capacidade de encaminhamento para outros profissionais de acordo com as necessidades da criança; Sessões de formação sobre CNSE à equipa escolar; Capacidade para realização de plano individual de saúde com os alunos atribuídos; Realização de registos do cumprimento de projetos de saúde escolar e número de alunos apoiados.

Pontos Fracos: Dotações insuficientes para acompanhar todos os agrupamentos escolares; Capacidade de comunicar em outras línguas que não seja português ou inglês é limitada; Dotações insuficientes para acompanhar vários casos de CNSE.

Oportunidades: Auxiliares escolares receptivos a formações ou acompanharem as CNSE; Psicólogos receptivos a colaborarem com as Enfermeiras de Saúde Escolar; Psicólogos do hospital de residência com motivação e disponibilidade para realização de projetos.

Ameaças: Dotações inseguras; Sistemas de informação lentos e com pouco acesso à internet; Políticas de saúde com menos foco na saúde escolar; Défice de tutores acompanhantes de CNEE; Fraca receptividade dos professores a aderirem a formações e participarem nos cuidados das CNEE e CNSE; População empobrecida e que não fala português ou inglês.

Análise Swot - Internamento de Pediatria Médica e Cirúrgica e Hospital de Dia

Pontos Fortes: Equipa Motivada; Equipa com grande investimento nos utentes; Projetos em curso: “Enfermeiro de Referência”; Casos clínicos de situações complexas e “Satisfação dos utentes/pais”; Dupla Verificação da medicação ou mesmo tripla verificação; Cuidados realizados com respeito pela criança; Nos cuidados paliativos pediátricos, a postura perante os familiares é de compreensão pela sua situação.

Pontos Fracos: Estão sempre a receberem novas informações; são várias vezes interrompidas entre atividades; Porta da sala de medicação sempre aberta; Algumas das informações específicas dos utentes na passagem de turno são perdidas.

Oportunidades: Equipa motivada; enfermeiros que trabalham em parceria com os pais e que também precisam de ser cuidados.

Ameaças: População empobrecida e que não fala português ou inglês.

Análise Swot - Urgência Pediátrica e Unidade de Internamento de Curta Duração

Pontos Fortes: Equipa Motivada; Equipas de enfermeiros preparadas para atuar em caso de emergência; Postura de escuta ativa e empática com pais e crianças; Demonstram interesse e motivação para ajudar jovens com problemas emocionais; É utilizado o sistema de registos Alert para os utentes da triagem, sala de tratamentos e reanimação e o SClínico para o internamento de curta duração.

Pontos Fracos: A dinâmica do serviço de triagem não permite realizar consultas emocionais como os profissionais gostariam; dificuldades em sinalizar e atuar sobre situações de maus tratos; Sempre a receberem novas informações entre atividades e sempre a serem interrompidas.

Oportunidades: Há motivação pela equipa de enfermagem para apoiar crianças com necessidades psicológicas e emocionais.

Ameaças: Dotações inseguras; População empobrecida e que não fala português ou inglês.

Análise Swot - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

Pontos Fortes: Equipa Motivada; Dupla verificação da medicação; Utilização de estratégias de comunicação terapêutica para transmitir informações positivas e negativas; Promoção do aleitamento materno durante todo o internamento; Formação contínua e atualização técnica e científica de toda a equipa e dos recursos existentes.

Pontos Fracos: Dotações inseguras; Só é permitida a visita dos irmãos até aos doze anos, mas abrem exceções, se for necessário.

Oportunidades: Disponibilidade para formações e atualizações técnicas e científicas.

Ameaças: Dotações inseguras; Não existe porta na sala de medicação.

Apêndice E – Plano de Projeto

Tabela 1 - Plano de Objetivos e Atividades Transversais a todos os Estágios de Natureza Profissional

Objetivo: Conhecer a dinâmica e organização do serviço.	
Competências: A2, D1.2	
Atividades	Critérios de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> -Apresentação formal com a SC e equipa multidisciplinar; -Visita guiada ao espaço físico, recursos disponíveis e dinâmica de funcionamento; -Reunião com a supervisora clínica e chefia para apresentação dos objetivos do projeto e sua adequação; -Conhecer os programas, projetos e protocolos existentes que envolvam a CDCF; -Análise dos registos ou identificação dos registos de enfermagem no âmbito da CDCF. 	<ul style="list-style-type: none"> -Descreve as situações descritas nas atividades em relatório de estágio; -Realiza uma reunião com supervisora clínica; -Analisa programas e projetos existentes especificamente na CDC; -Valida ou adequa o projeto ao contexto; -Identifica registos de enfermagem com foco na CDCF e foco na gestão de emoções.
Objetivo: Contribuir para a uniformização dos cuidados de enfermagem na gestão das emoções da CDCF.	
Competências: A1.1, B1.1, B1.2, B2.1, B2.3, C1.1, D1.1, D1.2, D2.2, E1.2, E2.2, E2.3., E2.5, E3.1., E3.2., E3.3. e E3.4	
Atividades	Critérios de Avaliação

<ul style="list-style-type: none"> -Construção de um Instrumento sobre a gestão das emoções da CDCF adequada às necessidades das CDCF; - Construção de uma apresentação do instrumento de trabalho sobre gestão das emoções da CDCF; -Apresentação do instrumento para a equipa de enfermagem, enfermeiras especialistas ou supervisora clínica sobre o instrumento elaborado; -Avaliação da apresentação através de um questionário de satisfação. 	<ul style="list-style-type: none"> -Realiza um instrumento de trabalho atualizado ao longo dos estágios; -Realiza reuniões de partilha a 50% da equipa de enfermagem; -Atinge resultados de realização do questionário de satisfação de 60% dos participantes.
<p>Objetivo: Colaborar na prestação de cuidados de EESIP que envolvem a CDCF, nomeadamente na gestão emocional.</p>	
<p>Competências: B3.1., D1.2., D2.1., D2.2, E2.2., E2.4., E2.5., E3.1., E3.3., E3.4</p>	
<p>Atividades</p>	<p>Critérios de Avaliação</p>
<ul style="list-style-type: none"> -Planeamento das intervenções a realizar com a SC; -Identificação de uma CDC e das suas necessidades emocionais alteradas; -Realização de estratégias não farmacológicas no alívio de emoções intensas; -Registo dos cuidados de enfermagem realizados em plataforma adequada; -Avaliação dos resultados dos cuidados dos ensinos através da continuidade de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> -Acompanha uma CDC; -Identifica uma situação de necessidades emocionais alteradas; -Utiliza pelo menos uma estratégia como a distração por música, canto e/ou utilização de vídeos da preferência da criança e de acordo com a sua fase de desenvolvimento e colocar a criança num ambiente calmo e sensorialmente agradável; -Regista em plataforma adequada.

Objetivo: Analisar o processo de acompanhamento da CDC entre os diversos serviços de pediatria.	
Competências: A1.3, A2.1, B1.1, B1.2, B2.1, E1.2, E2.5, E3.1., E3.3. e E3.4.	
Atividades	Critérios de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão sobre o projeto “enfermeiro de referência” do serviço de pediatria; - Conhecimento dos locais onde se encaminham as crianças com NSE, como o centro de desenvolvimento; - Observação participante da dinâmica das consultas de enfermagem do centro de desenvolvimento; - Observação participante do processo de articulação de cuidados entre os serviços; - Realização de uma reflexão crítica sobre a articulação de cuidados entre os serviços de pediatria. 	<p>Realiza pelo menos uma visita ao centro de desenvolvimento;</p> <p>Observa pelo menos uma consulta com uma criança com NSE no centro de desenvolvimento;</p> <p>Realiza uma reflexão crítica sobre a articulação dos cuidados.</p>
Objetivo: Promover a autoformação sobre gestão de emoções em pediatria.	
Competências: A1.2.2, E1.1, E1.2 e E2.	
Atividades	Critérios de Avaliação
-Participação no primeiro dia de “Enfermagem em Cuidados Especiais de Neonatologia e Pediatria”;	-Realiza uma análise relativa a cada formação e seus contributos para a minha aprendizagem em relatório.

<ul style="list-style-type: none"> - Participação nos “Colóquios do CDC: Perturbações do Espectro do Autismo”; - Participação no concurso de pósteres do “I Seminário Internacional de Mestrados em Enfermagem da ESS CVP Lisboa”; - Participação no concurso de pósteres do “III Encontro de Saúde Escolar ULS Loures Odivelas”. 	
--	--

Tabela 2 - Plano de Objetivos e Atividades na Unidade de Cuidados Comunitários

<p>Objetivos: Sensibilizar os professores, educadores, assistentes operacionais e amas para situações de gestão de emoções de CDC;</p> <p>Promover a utilização de estratégias de gestão das emoções pelos professores, educadores, assistentes operacionais e amas ao cuidarem de uma CDC.</p>	
<p>Competências: A1.2, A1.3, B1.1, B1.2, B2.2, B2.3, B3.1, B3.2, C1.1, C1.2, C2.2, D1.1, D1.2, D2.1, D2.2, E1.1., E1.2, E2.2., E2.3, E2.5. e E3.1.</p>	
Atividades	Critérios de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> -Realização de uma sessão de formação sobre emoções na CDC e estratégias de gestão das emoções em CDC, -Ensino sobre emoções dos professores, educadores, assistentes operacionais e/ou amas ao interagirem com CDC e estratégias de gestão de emoções para professores, educadores, assistentes operacionais e/ou amas; -Elaboração de um folheto informativo sobre principais emoções negativas e sinais de alerta na CDC para professores, 	<ul style="list-style-type: none"> -Realiza uma sessão de educação para a saúde com pelo menos uma equipa de professores e assistentes operacionais; -Realiza uma sessão de educação para a saúde com pelo menos uma equipa de educadores, assistentes operacionais e/ou amas; -Atinge resultados nas sessões superiores a 60%, entre o bom e o muito bom; -Atinge resultados de eficácia de 60%, entre o bom e o muito bom.

<p>educadores, assistentes operacionais e amas;</p> <p>-Aplicação de questionário de avaliação de sessão;</p> <p>-Aplicação de questionário de avaliação da eficácia da sessão de formação para a saúde e folheto.</p>	
<p>Objetivo: Colaborar na prestação de cuidados de EESIP que envolvem a CDC nas consultas de vigilância</p>	
<p>Competências: B3.1., D1.2., D2.1., D2.2, E2.2., E2.4., E2.5., E3.1., E3.3., E3.4</p>	
Atividades	Critérios de Avaliação
<p>-Planeamento das intervenções a realizar com a SC;</p> <p>-Participação nas consultas de enfermagem de vigilância;</p> <p>-Identificação de uma CDC e suas necessidades emocionais alteradas;</p> <p>-Avaliação das suas competências de gestão das emoções;</p> <p>-Capacitação da CDC através de ensino de estratégias de gestão das emoções;</p> <p>-Registo dos cuidados de enfermagem realizados em plataforma adequada.</p> <p>-Avalia resultados dos cuidados dos ensinos realizados na sessão seguinte, se possível.</p>	<p>-Acompanha uma CDC;</p> <p>-Identifica uma situação de necessidades emocionais alteradas;</p> <p>-Realiza ensinos de pelo menos uma estratégia de gestão de emoções.</p>

Tabela 3 - Plano de Objetivos e Atividades - Internamento de Pediatria Médica e Cirúrgica e Hospital de Dia

Objetivo: Sensibilizar os profissionais de saúde para as estratégias não farmacológicas na gestão das emoções com a CDCF	
Competências: D2, D3, D4, E1 e E2	
Atividades	Critérios de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Validação da importância da gestão de emoções na CDCF antes e durante os procedimentos através do preenchimento de um questionário; - Realização de um folheto ilustrativo e chamativo sobre a temática; - Realização de uma sessão de sensibilização sobre a temática e a importância da avaliação da regulação emocional da CDC com a utilização da versão portuguesa da escala de regulação emocional com a equipa de enfermagem; - Aplicação de um questionário de avaliação. 	<p>Aplica o questionário e atinge resultados de resposta superiores a 60%, entre o bom e o muito bom;</p> <p>Realiza pelo menos uma sessão de sensibilização;</p> <p>Atinge resultados da sessão superiores a 60%, entre o bom e o muito bom.</p>

Tabela 4 - Plano de Objetivos e Atividades - Internamento de Urgência Pediátrica e Unidades de Internamentos de Curta Duração

Objetivo: Refletir sobre atuação do EESIP em situações de maus-tratos na CDCF
Competências: A1.1, A1.3, A2.1, A2.2, B1.1, B2, B3, C1.1, D1.2, D2.1, D2.2, D2.3, E1.1, E1.2, E2.1, E2.2 e E2.4.

Atividades	Critérios de Avaliação
<p>-Pesquisa bibliográfica sobre a atuação do EESIP em situações de maus-tratos na CDCF;</p> <p>-Realização um guia orientador da prática de enfermagem sobre os maus-tratos infantis com fluxograma;</p> <p>-Realização uma sessão de formação sobre sinais de alerta e atuação sobre os maus-tratos infantis à equipa de enfermagem;</p> <p>-Aplicação de questionário de avaliação.</p>	<p>-Realiza um guia orientador da prática de enfermagem com fluxograma;</p> <p>-Realiza pelo menos uma formação;</p> <p>-Atinge resultados da sessão superiores a 60%, entre o bom e o muito bom.</p>
<p>Objetivo: Promover a intervenção de enfermagem em adolescentes com sinais de depressão</p>	
<p>Competências: A1.1, A1.3, A2.1, A2.2, B1.1, B2, B3, C1.1,D1.2, D2.1, D2.2, D2.3, E1.1,E1.2, E2.2, E2.5, E3.1, E3.3 e E3.4</p>	
Atividades	Critérios de Avaliação
<p>-Pesquisa bibliográfica sobre a atuação do EESIP em adolescentes com sinais de depressão;</p> <p>-Realização de um guia orientador da prática de enfermagem com fluxograma de intervenção de adolescentes com sinais de depressão à equipa de enfermagem;</p> <p>-Realização de uma sessão de formação à equipa de enfermagem sobre o guia orientador da prática na intervenção de adolescentes com sinais de depressão;</p>	<p>-Realiza um guia orientador da prática de enfermagem com fluxograma;</p> <p>-Realiza pelo menos uma sessão de formação;</p> <p>-Atinge resultados da sessão superiores a 60%, entre o bom e o muito bom.</p>

-Aplicação de questionário de avaliação.	
--	--

Tabela 5 - Plano de Objetivos e Atividades – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais e Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Objetivo: Refletir com a equipa de enfermagem sobre a importância das emoções sentidas pelos enfermeiros. Refletir com a equipa de enfermagem sobre a emoções e gestão de emoções dos pais/cuidadores.	
Competências: A1, A2., B1., B2., B3., D1, D2, E1.1., E1.2., E2.5., E3.2. e E3.3.	
Atividades	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> -Pesquisa bibliográfica sobre a importância da gestão das emoções dos enfermeiros; -Pesquisa bibliográfica sobre a gestão das emoções dos pais/cuidadores com um recém-nascido internado em contexto de neonatologia; -Realização de um instrumento de trabalho sobre a gestão das emoções dos enfermeiros e dos pais/cuidadores em contexto de internamento em neonatologia; -Realização de pelo menos uma sessão para enfermeiros sobre gestão das emoções dos enfermeiros e dos pais/cuidadores em contexto de internamento em neonatologia; -Partilha de cartões de bolso sobre a temática; 	<ul style="list-style-type: none"> -Pesquisa bibliográfica sobre a importância da gestão das emoções dos enfermeiros; -Pesquisa bibliográfica sobre a gestão das emoções dos pais/cuidadores com um recém-nascido internado em contexto de neonatologia; -Realização de um instrumento de trabalho sobre a gestão das emoções dos enfermeiros e dos pais/cuidadores em contexto de internamento em neonatologia; -Realização de pelo menos uma sessão para enfermeiros sobre gestão das emoções dos enfermeiros e dos pais/cuidadores em contexto de internamento em neonatologia; -Partilha de cartões de bolso sobre a temática; -Aplicação de um questionário de avaliação da sessão.

-Aplicação de um questionário de avaliação da sessão.	
---	--

Apêndice F– Plano de Cuidados

Plano de Cuidados

Nome da Pessoa: G.A.
Apreciação Inicial Criança G.A. tem 7 anos e frequenta o 2ºano do ensino básico. Foi diagnosticado com Diabetes Mellitus tipo I na semana entre 11 e 17 de março após episódio de hiperglicemia em contexto escolar. Uma reunião com a mãe, criança e professora responsável foi marcada com o intuito de realizar o plano de saúde individual. Nesta sessão a mãe reportou que a criança não tem por vezes uma alimentação adequada, visto não comer a sopa sem estar completamente triturada e comia alguns doces todos os dias, e que o período entre o diagnóstico e a reunião tem sido utilizado para alterar hábitos alimentares e torná-lo mais independente com a sua condição de saúde. A criança consegue avaliar a sua glicémia capilar com supervisão, mas a administração de insulina deve ser feita pela professora responsável a pedido da mãe. A mãe afirmou que G.A. apresenta antecedentes de ansiedade e episódios de tristeza. Voltou ao contexto escolar no início do segundo semestre.

Data Início	04-04-2024
Diagnóstico de Enfermagem	Fundamentação
Conhecimento sobre a Doença Comprometido	É necessário avaliar os conhecimentos que a criança tem sobre a sua condição de saúde e reforçar os ensinamentos.
Resultados Esperados	
Conhecimento sobre a Doença Melhorado	
Intervenções de enfermagem (04/04/2024 – 04/04/2024)	
Avaliar o bem-estar emocional da criança. Questionar a criança sobre como se está a sentir em relação ao diagnóstico. Confortar a criança sobre o diagnóstico e verificar se ele se sente bem com a partilha da sua condição de saúde com os outros ^{1,2} .	

Avaliar conhecimento sobre a doença. Questionar a criança sobre o que ele sabe sobre a diabetes mellitus tipo I, quais são os processos orgânicos que se alteram e se teve alguma experiência anterior com familiares¹⁻³.

Avaliar conhecimento sobre os seus sintomas. Questionar a criança sobre o que sabe sobre os sintomas que a hiperglicemia ou hipoglicemia provocam e se os consegue reconhecer no seu corpo¹⁻³.

Realizar ensinamentos sobre a doença e os seus efeitos no corpo. Reforçar os conhecimentos que a criança adquiriu quando recebeu o diagnóstico sobre a doença, sintomas, sinais de alerta e importância do regime terapêutico¹⁻³.

Treinar a monitorizar a glicemia capilar. Pedir que descreva passo a passo como deve avaliar a glicemia capilar, corrigindo quando necessário¹⁻³.

Instruir a criança a administrar insulina. Reforçar que após a avaliação da glicemia capilar, deve ser administrada insulina de acordo com a prescrição médica com um intervalo de 2 horas entre cada administração¹⁻³.

Avaliar o conhecimento sobre alimentação saudável. Questionar os hábitos diários alimentares da criança.

Instruir sobre alimentação saudável. Reforçar que os hidratos de carbono que comer terão de ser contabilizados e que apenas poderá repetir vegetais/salada e proteína. Incentivar a experimentar novos alimentos que antes recusava¹⁻³.

Resultado de Enfermagem

A criança demonstrou compreender a sua condição de saúde e sentir-se confortável com o seu diagnóstico ser revelado aos outros. Foi capaz de explicar o que era diabetes mellitus tipo I, a forma como o seu pâncreas tinha sido afetado, os sintomas que surgiram quando teve o primeiro episódio de hiperglicemia, como tremores e uma sede incontrolável, e que sintomas são indicadores de hiperglicemia e hipoglicemia. No entanto, afirma ter dificuldades em reconhecer a forma como estes sintomas são demonstrados pelo seu corpo. Era capaz de descrever todos os passos de como avaliar a sua glicemia capilar e era independente na sua realização. Consegue administrar insulina por si, mas irá ser supervisionado pela comunidade escolar. Foram realizados ensinamentos sobre a alimentação, ao qual a criança mostrou-se renitente em aceitar, mas que afirma que irá cumprir.

04-04-
2024

Data Fim

Data Inicio 04-04-2024

Diagnóstico de Enfermagem

Papel Parental comprometido

Fundamentação

É necessário avaliar os conhecimentos que a mãe, como encarregada de educação e cuidadora principal tem sobre a condição de saúde do filho e reforçar com ensinamentos.

Resultados Esperados

Papel Parental Melhorado

Intervenções de enfermagem (04/04/2024 – 04/04/2024)

Avaliar conhecimento da mãe sobre a doença. Questionar a mãe sobre o que ensinamentos foram realizados em hospital acerca da diabetes mellitus tipo I, os seus sintomas de alerta de hiperglicemia e hipoglicemia e se teve alguma experiência anterior com familiares¹⁻³.

Treinar a mãe a monitorizar a glicemia capilar. Pedir que descreva passo a passo como deve avaliar a glicemia capilar, corrigindo quando necessário¹⁻³.

Avaliar o conhecimento da mãe sobre gestão de sinais e sintomas. Pedir para identificar as intervenções prescritas pelo médico para realizar em caso de glicemia capilar baixa ou alta¹⁻³.

Treinar a mãe a administrar insulina. Pedir que explique passo a passo como administrar insulina com segurança. Reforçar que após a avaliação da glicemia capilar, deve ser administrada insulina de acordo com a prescrição médica¹⁻³.

Ensinar a mãe sobre a alimentação. Reforçar as instruções prescritas pelo médico sobre os cuidados com a ingestão de hidratos de carbono¹⁻³.

Ensinar a mãe sobre necessidades de saúde especiais. Explicar à mãe que a condição de saúde do filho lhe concede o estatuto de aluno com necessidades de saúde

especiais e que irá necessitar de monitorização extra por parte dos profissionais de educações e colaboradores nas atividades de vida diárias, incluindo a alimentação, na monitorização da glicemia capilar e administração terapêutica¹⁻⁴.

Instruir sobre providenciar o material necessário para consumo pela criança na escola. Reforçar que precisa trazer todos os dias o material necessário para avaliar a glicemia capilar, administrar insulina com segurança, certificando-se que tem insulina e agulhas a mais para trocar se necessário, e a medicação de emergência¹⁻⁴.

Pedir à mãe a sua colaboração para realizar o Plano de Saúde Individual da criança. Pedir à mãe para colaborar no preenchimento do plano de saúde individual, de acordo com as indicações médicas sobre os diversos assuntos referidos, incluindo os dados pessoais da criança e mãe, o médico e enfermeiro de referência para o caso, as medidas especiais a serem implementadas e que será o responsável pela vigilância do aluno em contexto escolar¹⁻⁴.

Resultado de Enfermagem

A mãe encontrava-se informada sobre a diabetes mellitus tipo I, seus sintomas e sinais de alerta e gestão destes sintomas. A mãe foi capaz de explicar como avaliar a glicemia capilar, assim como explicar a administração da insulina. Afirmou que irá fazer esforços para alterar os padrões alimentares. Partilhou as indicações médicas para a gestão da condição de saúde. Compreendeu o conceito de necessidades de saúde especiais e prestou a sua colaboração no preenchimento do plano de saúde individual e validou a veracidade do que estava descrito.

04-04-2024	Data Fim
-------------------	-----------------

Data Inicio	04-04-2024
--------------------	-------------------

Diagnóstico de Enfermagem	Fundamentação
Conhecimento sobre a Doença Comprometido [Escola de Ensino Básico]	A escola básica em que a criança frequenta não tem profissionais de educação com experiência profissional a cuidar de crianças com diabetes mellitus tipo I. Os alunos da turma da criança G.A. também não estão informados sobre os sinais de alerta de hiperglicemia e hipoglicemia e foi

	<p>considerado relevante pelos intervenientes envolvidos sensibilizar as crianças para estes sinais por serem eles que estarão em contato com a criança durante os intervalos.</p>
<p>Resultados Esperados</p> <p>Conhecimento sobre a Doença Melhorado</p>	
<p>Intervenções de enfermagem (04/04/2024 – 08/04/2024)</p> <p>Avaliar conhecimento da professora sobre a doença. Questionar a professora que irá ficar mais tempo com o aluno sobre o que sabe acerca da diabetes mellitus tipo I, os seus sintomas de alerta de hiperglicemia e hipoglicemia e se teve alguma experiência anterior¹⁻³.</p> <p>Instruir a professora sobre gestão de sinais e sintomas. Ensinar sobre as intervenções prescritas pelo médico para realizar em caso de glicémia capilar baixa ou alta¹⁻³.</p> <p>Instruir a professora a administrar insulina. Reforçar que após a avaliação da glicemia capilar, deve ser administrada insulina de acordo com a prescrição médica e explicar os passos a serem realizados para a administrar em segurança¹⁻³.</p> <p>Instruir a professora sobre a alimentação. Reforçar as instruções prescritas pelo médico sobre os cuidados com a ingestão de hidratos de carbono¹⁻³, ou seja, não permitir que o aluno repita a dose de hidratos de carbono.</p> <p>Pedir à professora a sua colaboração para realizar o Plano de Saúde Individual da criança. Pedir à professora para colaborar no preenchimento do plano de saúde individual ao referir quem vai ser o responsável pela vigilância do aluno em contexto escolar e com os seus dados pessoais¹⁻⁴.</p> <p>Instruir os profissionais de educação sobre a doença. Realizar uma sessão de formação aos profissionais de educação sobre a diabetes mellitus tipo I, os seus sintomas característicos e sinais de alarme. Instruir os profissionais de educação sobre a monitorização de glicemia capilar e administração segura de insulina. Reforçar a importância em assegurar a adesão ao regime terapêutico, condições de privacidade e sossego durante a administração, ou seja, numa sala à parte sem fatores externos perturbadores, e condições de refrigeração correta para a medicação regular e de SOS.</p>	

Ensinar sobre a participação livre da criança nas atividades escolares e desportivas com necessidade de avaliação prévia e após a prática de exercício físico¹⁻⁴.

Sensibilizar os alunos da turma para a condição de saúde da criança G.A. Realizar uma sessão de sensibilização para os alunos sobre a diabetes mellitus tipo I, hiperglicemia, hipoglicemia e respectivos sinais de alarme através de meios audiovisuais apelativos e adequados à fase de desenvolvimento. Validar a informação com a turma do que aprenderam¹⁻⁴.

Resultado de Enfermagem

A professora da turma do aluno G.A. será a pessoa responsável por cuidar dele em contexto escolar, mas a responsabilidade na ausência desta professora será da comunidade escolar. Foram realizados ensinamentos à professora e agendada sessão de formação para os restantes profissionais de educação e sessão de sensibilização para os alunos.

A sessão de formação foi realizada a um grupo alargado de professores e assistentes operacionais que estiveram atentos e colocaram variadas questões.

Na sessão de sensibilização aos colegas de turma foi utilizado um vídeo sobre diabetes mellitus tipo I e II adaptado à fase escolar que foi visualizado duas vezes. Após a visualização do vídeo, as crianças foram capazes de descrever porque os diferentes tipos de diabetes acontecem, quais são os principais sintomas de hiperglicemia e hipoglicemia. A criança G.A. sentiu-se apoiado pelos colegas.

**08-04-
2024**

Data Fim

Referências Bibliográficas

1. Sousa Oliveira LL, da Silva Festas Barbosa CM, Ferreira Machado CP, Machado N, Pereira Garcia Galvão DM, Cardoso de Jesus Pereira LM, et al. Guia Orientador de Boas Práticas: A Criança e o Jovem com Necessidades Educativas Especiais. 1a ed. Ordem dos Enfermeiros, editor. Papa-Letras; 2023.
2. Direção-Geral de Saúde. Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 na Escola

[Internet]. 2016. Available from:
https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/orientacao_diabetes_dez2016_assinada.pdf

3. Direção-Geral da Saúde. CRIANÇAS E JOVENS COM DIABETES MELLITUS TIPO 1. MANUAL DE FORMAÇÃO PARA APOIO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO [Internet]. Lisboa; 2019 Sep. Available from:
<https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/01/Criancas-e-jovens-com-diabetes-mellitus-tipo-1-Manual-de-formacao-para-apoio-aos-profissionais-de-saude-e-de-educacao.pdf>

4. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Escolar 2015 [Internet]. Aug 12, 2015. Available from: <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Saude-Escolar-2015.pdf>
<https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Saude-Escolar-2015.pdf>

Apêndice G – Instrumento de Trabalho - Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica e Família

Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica e Família

Serviço de Pediatria

Instrumento de Trabalho para a Equipa de Enfermagem

Elaborado por:	Enfermeira Catarina de Jesus Sousa
Supervisora Clínica:	Enfermeira Ana Isabel Santos
Supervisora Pedagógica:	Professora Graça Moraes Rocha

Índice

1. Nota Introdutória.....	3
2. Criança com Doença Crónica e Família.....	4
2.1. Criança com Doença Crónica.....	4
2.2. Emoções.....	5
2.3. Perturbação do Espectro do Autismo.....	7
2.4. Perturbação do Défice de Atenção e Hiperatividade.....	9
2.5. Síndrome de Down.....	10
2.6. Paralisia Cerebral.....	11
2.7. Diabetes Mellitus tipo I.....	12
2.8. Família.....	15
3. Intervenções de Enfermagem para a Gestão das Emoções.....	17
3.1. Comunicação Terapêutica.....	18
3.2. Relação Terapêutica.....	19
3.3. Promoção da Esperança.....	20
3.4. Parentalidade.....	21
4. Continuidade de Cuidados.....	24
4.1. Atuação de Urgência Pediátrica e Unidade de Internamento de Curta Duração.....	24
4.2. Atuação do Serviço de Pediatria Médica e Cirúrgica e Hospital de Dia.....	25
4.3. Atuação dos Cuidados Paliativos Pediátricos.....	28
4.4. Atuação do Centro de Desenvolvimento.....	28
4.5. Atuação da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos.....	29
4.6. Atuação da Saúde Escolar.....	30
5. Nota Conclusiva.....	34
6. Referências Bibliográficas.....	35

1. Nota Introdutória

A elaboração deste instrumento de trabalho tem como objetivo geral sensibilizar os enfermeiros para as necessidades emocionais da criança com doença crónica e sua família.

Aborda os conceitos de criança com necessidades de saúde especiais, emoções e gestão de emoções, consequências de desregulação emocional e possíveis estratégias para a sua gestão. Demonstra alguns dos sintomas da perturbação do Espetro do Autismo, Perturbação do Défice de Atenção e Hiperatividade, Síndrome de Down, Paralisia Cerebral, os efeitos da desregulação emocional destas crianças e que estratégias podem ser utilizadas para capacitar a gestão das emoções. Partilha o conceito de diabetes mellitus tipo I e seus sintomas, assim como, da drepanocitose e seus sintomas. Demonstra como se procede para a implementação de um plano de saúde individual, assim como o conceito de equipa de saúde escolar e suas funções e a importância do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica nesta área de intervenção.

2. Criança com Doença Crônica e Família

Existe um número crescente de crianças com perturbações emocionais e comportamentais que podem desenvolver comportamentos de risco para si próprios e para os outros e o enfermeiros possuem as capacidades para auxiliar na gestão das emoções, em particular o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica que possui as competências de facilitar a comunicação expressiva de emoções e a diminuir os fatores stressores relacionados às experiências com hospitalização e vivências da criança com doença crônica(1).

Ao longo dos seguintes subcapítulos é falado no conceito de criança com doença crônica, as emoções e a forma como elas se demonstram na criança com doença crônica em cada fase do desenvolvimento, assim como o conceito de perturbação do espectro do autismo, a sua demonstração de desregulação emocional e sintomas que interferem, e as estratégias com mais resultados na gestão das emoções. A mesma ordem de temas é refletida para a perturbação do déficit de atenção e hiperatividade, síndrome de down, paralisia cerebral e diabetes mellitus tipo I. Por fim, são referidas algumas experiências das famílias com criança com doença crônica, as suas demonstrações de desregulação emocional e estratégias para resolução ou melhor gestão das emoções.

2.1. Criança com Doença Crônica

A criança é qualquer pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crônica, incapacidade ou deficiência até aos 21 anos, e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso(1–3). Podendo a criança viver durante toda a sua vida com uma doença crônica e sua sintomatologia ou desenvolvê-la em qualquer fase do seu desenvolvimento(2,4).

As doenças crônicas são condições de saúde com conjuntos de sintomas que exigem uma análise clínica contínua durante mais de 12 meses e podem implicar cuidados médicos especializados contínuos e internamentos hospitalares. O desenvolvimento de doenças crônicas durante a infância pode interferir significativamente com aspetos do desenvolvimento físico, social, emocional e cognitivo, o que pode contribuir para a deterioração da qualidade de vida da criança e do bem-estar da família. Os problemas de saúde física mais frequentes são a asma, a doença cardíaca congénita, a diabetes tipo 1 e o cancro(5).

As necessidades de saúde especiais são condições de saúde física e mental que têm impacto na funcionalidade e na frequência escolar e que podem comprometer o processo de

aprendizagem(6,7). Podem ser de natureza temporária ou permanente. As crianças com necessidades educativas especiais, como perturbações do desenvolvimento, também estão incluídas nesta categoria por apresentarem dificuldades no processo de aprendizagem, resultantes da interação entre fatores ambientais e limitações ao nível do funcionamento sensorial, motor, cognitivo, da fala, da linguagem e comunicação, emocional, personalidade e saúde física(1–3,6,8).

2.2. Emoções

As emoções são respostas químicas e neurais que se manifestam através de mecanismos neurofisiológicos gratificantes ou perturbadores a um estímulo interno ou externo. Traduz-se em comportamentos corporais e/ou comportamentais. Qualquer ação, ideia ou decisão, sem envolvimento emocional, atenderia apenas a instintos e cognição, como tal os pensamentos são influenciados e influenciam a resposta emocional(3).

A gestão de emoções ou regulação emocional é uma componente da inteligência emocional em que a pessoa apresenta habilidades adaptativas e positivas para gerir a sua dimensão emocional. Incorpora um conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades e atitudes necessárias para compreender e expressar emoções, visando regular de forma apropriada os fenómenos emocionais(3).

As crianças valorizam mais as suas emoções do que o processo saúde-doença e vivem intensamente os sentimentos causados por medo do desconhecido, o que gera uma resposta emocional e desafiante nos enfermeiros. As doenças crónicas podem gerar uma alteração de identidade e autoimagem com repercussões psicológicas em qualquer momento na vida aquando do diagnóstico(9).

Em situações de desregulação emocional podem surgir mecanismos promotores de desregulação emocional como ruminação, catastrofização, culpabilização e sentimentos de ineficácia que levam ao desenvolvimento de vários problemas psicológicos, como a depressão e a ansiedade generalizada. Estas situações são muitas vezes geradas por medo do fracasso e ansiedade relativamente às expectativas familiares e sociais e que levam a problemas de adesão e agravamento dos sintomas físicos(9,10). As crianças e adolescentes sentem que as suas relações de família ficam comprometidas, assim como as relações com os seus pares.(11)

Por isso, qualquer cuidado de saúde tem que ter o seu foco na gestão das emoções da criança, de forma a utilizar as emoções como um instrumento terapêutico para atenuar as experiências negativas e transformar positivamente em segurança os cuidados de saúde da criança e família(3). A aceitação, reorientação positiva e reavaliação positiva são estratégias

comportamentais favoráveis à regulação emocional(10).

Nos recém-nascidos e latentes o desenvolvimento afetivo, vinculação e confiança podem ficar comprometidos pelo processo de luto e gestão emocional complexa pela criança idealizada. Os enfermeiros podem intervir junto dos pais realizando ensinamentos sobre como satisfazer as necessidades especiais da criança e reforçar as qualidades da criança(2).

Na fase de toddler, pode haver um atraso na aquisição de novas competências, e diminuição da testagem dos seus limites, assim como uma dependência emocional dos pais aumentada. Os enfermeiros podem incentivar a criança a executar tarefas adequadas à sua idade e estimular a sua independência, assim como estabelecer limites adequados(2).

As crianças na fase pré-escolar podem apresentar dificuldades no seu autocuidado e na socialização com os seus pares. Apresentam sentimentos de culpa pela sua situação devido ao pensamento mágico evitando colocar-se em situações em que os outros os possam criticar. Podendo haver uma proteção excessiva dos pais e um maior isolamento(2,10). Os enfermeiros podem incentivar a socialização com outras crianças e adultos, proporcionando oportunidades para brincar, prepará-la para aprender a ouvir críticas, sem a proteger excessivamente, e reafirmar que o facto de ter alguma patologia não é culpa sua, nem nenhum castigo(2,10).

Em idade escolar, as crianças podem estar mais isoladas por terem menos oportunidades em socializar com os seus pares, refletindo-se esse fator de forma negativa no seu rendimento escolar. Os enfermeiros podem informar os professores sobre as necessidades especiais e aptidões da criança de acordo com o consentimento e instruções dadas pela família, incentivar a criança a participar em atividades físicas e momentos de socialização(2).

A brincadeira terapêutica é uma abordagem psicoterapêutica, adequada principalmente para as crianças em idade pré-escolar e escolar, em que os profissionais de saúde utilizam a aptidão terapêutica do brincar como prevenção e tratamento de dificuldades psicossociais e socio-emocionais, gestão dos problemas emocionais e distúrbios comportamentais ajudando a atingir um desenvolvimento infantil, como ganho de competências de comunicação e resolução de problemas, adequado uma vez que satisfaz plenamente as suas necessidades únicas de desenvolvimento(12)É uma forma de comunicação entre a criança e o profissional, com base no facto da criança utilizar os materiais da brincadeira para expressar direta ou simbolicamente os seus sentimentos, pensamentos e experiências(12).

Destina-se a crianças que se encontrem num período de transição, que vão ser submetidas a uma grande cirurgia, que tenham perturbações do desenvolvimento, ou seja, crianças que

em algum momento possam ter dificuldades em gerir emoções, em socializar, que tenham problemas comportamentais e que relatem uma diminuição significativa das emoções e dos comportamentos negativos graças à sua utilização(12).

A adolescência é um período muito importante para o desenvolvimento da regulação emocional devido ao desenvolvimento cognitivo, o que contribui para melhorar as estratégias de coping e os comportamentos adaptativos na idade adulta(10). O processo de separação da família começa mais tarde e as relações entre pares são frequentemente mais fracas nos adolescentes com doença crónica(13). Os adolescentes podem sentir-se isolados e inferiores aos seus colegas e terem menos amigos com quem partilhar experiências. Encontrando-se mais dependentes e ligados aos pais por terem menos oportunidades de trabalho e de carreira, tendo como tal mais preocupações com o seu presente e com o seu futuro(2,10). A culpabilização dos adolescentes piora a sua qualidade de vida(13). Os enfermeiros devem explicar que muitas das suas preocupações fazem parte da adolescência, incentivando-os a socializar e a serem responsáveis pela sua saúde(3), ensinando-os a tomar decisões e a estabelecer competências de gestão emocional(2).

2.3. Perturbação do Espetro do Autismo

É uma condição neurológica complexa crónica que afeta principalmente o neurodesenvolvimento. Designa-se por espectro por apresentar uma ampla variedade de sintomas que podem ir desde os de menor grau, até aos que comprometem todas as atividades de vida diárias e independência da criança. Podem precisar de acompanhamento nas áreas comportamental, educacional, saúde, lazer, apoio familiar e outras áreas(2,14–18).

As pessoas com autismo não partilham todas os meus sintomas, nem todas apresentam a mesma severidade, no entanto existem alguns que são característicos tais como:

- Dificuldades na interação social e afetiva com os seus pares, cuidadores e família por isolarem-se, serem considerados estranhos e passivos nas relações ou excessivamente formais(2,14,16–25);
- Dificuldades na comunicação verbal e não verbal, como iniciar ou manter uma conversa, uso limitado ou repetido de gestos ou expressões faciais, interpretação literal da linguagem e dificuldade a compreender sinais sociais(2,14–18,20,21,23,25,26)

- Dificuldades em compreender as emoções nas faces dos outros e em expressar empatia pelas situações dos outros(2,14,16–26)
- Comportamentos repetitivos, como balançar o corpo, bater as mãos, repetir palavras ou frases e fixação em padrões ou rotinas específicas e ausência de atividade espontânea(2,14–18,20,21)
- Sensibilidade sensorial, como hipersensibilidade ou hipossensibilidade a estímulos sensoriais como luzes, sons, texturas e cheiros(2,14,19,21)
- Dificuldades em manter a atenção e em executar tarefas de forma organizada(2,15,17,20,25), assim como problemas com a memória recente(2,15,21).

A desorganização provocada pela ocorrência destes sintomas causa desregulação emocional e conseqüentemente diminuição no seu desempenho escolar(2,21,27–29). Apresentando estas crianças imensas dificuldades em reconhecer e gerir estas emoções e stress, o que leva ao desencadeamento de estados emocionais intensos(15,20,22–24,26,30) como raiva(18,20,21,23,24), irritabilidade(19,20,25) e agressão(16,18–21,23–25,30), assim como um aumento da reatividade sensorial(21,23,27) e isolamento(19,20,31). Podendo desenvolver ansiedade(15,16,18–21,25,28,30), ansiedade social(18–20), depressão(15,16,18–21,25,30), comportamentos lesivos(18,25), ideações suicidas(25) e hospitalização psiquiátrica(19).

As estratégias de gestão de emoções que podem ser aplicadas por profissionais de saúde, profissionais de educação e cuidadores são:

- Procurar manter as rotinas da criança e explicar no que consiste a atividade seguinte;
- Transpor a criança para um ambiente calmo e sensorialmente agradável(30,31) de forma a distraí-la do momento(30,31);
- Utilizar técnicas de reestruturação/reformulação de rotinas de pensamento prejudiciais(30,31);
- Realizar escuta ativa(30,31), oferecer apoio e reforço positivo de acordo com a situação(30,31), assim como promover a expressão e reflexão de emoções utilizando vocabulário emocional(26,27);
- Utilizar estratégias de respiração e relaxamento, como meditação e mindfulness;

- Promover a utilização de abordagens teatrais/dramatização com representações de si próprio e de outros, atuar e trabalhar as emoções das personagens através dos movimentos corporais e a partir das perspetivas dos outros(26,27);
- Promover a prática de atividade física regular e nos momentos de stress(18);

Promover a autonomia, a socialização e a inteligência emocional em crianças com idade igual ou superior a 6 anos, de forma a melhorar a sua organização e estabilidade emocional por sentirem que estão incluídos na comunidade(2).

2.4. Perturbação do Défice de Atenção e Hiperatividade

É uma perturbação neurológica crónica que afeta o sistema cognitivo e emocional caracterizado por um défice da capacidade de prestar e manter a atenção, assim como um défice nas capacidades executivas e funcionais, controlar impulsos e atividade física exagerada. Pode afetar a vida diária e o bem-estar geral, incluindo o desempenho académico, profissional e nos relacionamentos interpessoais(2,29,32–37)

Existem 3 tipos de apresentações: Apresentação Predominantemente de Desatenção, Apresentação Predominantemente de Hiperatividade-Impulsividade e Apresentação Combinada(38).

Os sintomas mais comuns nesta perturbação são: dificuldade em prestar ou manter atenção em tarefas ou atividades(2,29,32–39); dificuldade em seguir instruções e completar tarefas escolares, profissionais ou domésticas(2,29,32,39); comportamentos impulsivos sem pensar nas consequências, como interromper os outros, agir sem pensar ou falar excessivamente(2,29,32–39); inquietação ou dificuldade em ficar parado por períodos prolongados(2,29,32–39); dificuldade em organizar atividades e gerir o seu tempo(2,29,32) e dificuldades na comunicação verbal e não-verbal, como compreender certas expressões emocionais(2,29,39).

Apresentam desregulação emocional derivada da predominância destes sintomas, que origina sintomas somáticos(36,40), estados emocionais intensos(20,29,36,41), como raiva(29,41), irritabilidade(36,40), frustração(36,40,41) e stress(40), episódios “explosivos” de emoções(36,40,41) que podem originar agressão(21,36,41), assim como aumento de ansiedade(20,35,40), hiperatividade(36,39,40), impulsividade(36,39,40), reatividade aumentada a estímulos(40) e episódios depressivos(20,29,35,40,41). Estas crianças

internalizam os seus problemas(35,36,40,41) e apresentam bastante insegurança sobre o que os outros pensam deles(36,41).

Algumas estratégias de gestão de emoções que podem ser aplicadas por profissionais de saúde, profissionais de educação e cuidadores são:

- Trazer características de videojogos para as atividades(28,37), como sistemas de recompensa pelas “conquistas” e aumento de nível de um personagem por cada atividade realizada. Existem aplicações para o telemóvel que podem ser utilizadas como agendas com estas características. A utilização do sistema de estrelas num quadro que a criança tem de preencher é uma possível intervenção;
- Brincar terapêutico, que resulta numa diminuição da desobediência(12)
- Prática de exercício físico para que haja gasto de energia(39);
- Criação de espaços privados e calmos, onde a criança se possa distrair do fator de stress, realizar estratégias de autorregulação, como meditação e mindfulness(36,39) e receber reforço positivo e reconhecimento;
- Promover a utilização de abordagens teatrais/dramatização com os mesmos objetivos que os utilizados em autismo(26,27,36).

2.5. Síndrome de Down

Também chamado de trissomia 21, é uma doença genética provocada pela presença de um cromossoma extra. Apresenta sintomas a nível: Cardiológico, Pneumológico, Oftalmológico, Endocrinológico, Estomatológico, Otorrinolaringológico, Genético, Nefrológico, Gastroenterológico, Neurológico, Sexual, Dermatológico, Ortopédico e Neuropsiquiátrico(2,40).

Os sintomas referentes ao desenvolvimento cognitivo, emocional e afetivo são(2,40):

- Dificuldade em manter a atenção e lentidão na reação ao que lhes acontece;
- Orientam-se por imagens e ideias concretas e apresentam dificuldades com atividades mentais que exijam o abstrato e a espontaneidade;
- Pode haver atraso na linguagem e na comunicação que os leva a ter dificuldades em expressar-se;
- Sensibilidade emocional, eles estão mais propensos a sentir emoções intensas, como tristeza, raiva ou ansiedade.

Quando existe desregulação emocional, estas crianças experienciam autoestima baixa, estados emocionais intensos, comportamentos socialmente incorretos, depressão e ansiedade(2,40). As estratégias que podem ser utilizadas para auxiliar na gestão de emoções são(2,40):

- Reforçar comportamentos sociais ajustados;
- Promover utilização de vocabulário emocional e associação de emoções a expressões faciais;
- Escuta Ativa e Apoio;
- Estratégias de Autorregulação.

2.6. Paralisia Cerebral

É um conjunto de doenças que envolvem dificuldades na mobilização e rigidez muscular. Resulta de malformações cerebrais durante a gravidez ou de lesões cerebrais que ocorreram antes, durante ou logo após o nascimento. Apesar de cada paralisia cerebral ser única, dividem-se principalmente em 4 apresentações: Espástica, caracterizada por rigidez muscular, movimentos bruscos e coordenação de movimentos; Atetóide com movimentos involuntários, descontrolados e espasmos; Atáxica com problemas de equilíbrio, coordenação motora e movimentos finos e Hipotónica com diminuição da força muscular em todo o corpo, que pode levar a dificuldades respiratórias, na capacidade de fala e andar(42,43).

Os principais sintomas que afetam estas crianças(40,43):

- Movimentos Exagerados, rigidez muscular, espasmos, tremores, falta de coordenação motora e equilíbrio;
- Dificuldades de fala e deglutição, dificuldades na produção de sons claros e articulação das palavras;
- Reflexos exagerados ou ausentes;
- Atrasos no desenvolvimento infantil, cognitivo e da fala;
- Problemas de visão e audição devido a danos cerebrais;
- Convulsões epiléticas (algumas crianças).

Estas crianças são excluídas de participarem em atividades escolares desde cedo, o que pode levar ao desenvolvimento de comportamentos egocêntricos e a défices nas

competências sociais, emocionais e afetivas, o que por sua vez pode levar ao isolamento social, vitimização e menos relações interpessoais nestas crianças(20,42,43).

Têm dificuldades de atenção, problemas de regulação emocional, instabilidade ou sentimentos extremos, versáteis e respostas inesperadas e flutuantes, internalização e externalização dos seus problemas, depressão e ansiedade (20,42,43).

Algumas estratégias que podem ser utilizadas para auxiliar o desenvolvimento de capacidades de gestão de emoções são (42,43):

- Reforço Positivo e Reconhecimento;
- Inclusão nas atividades com outras crianças;
- Promover a Comunicação;
- Promover utilização de vocabulário emocional e associação de emoções a expressões faciais.

2.7. Diabetes Mellitus Tipo I

A diabetes mellitus tipo 1 é uma doença endócrina e metabólica crônica caracterizada pela incapacidade do corpo de produzir insulina devido à perda de células beta pancreáticas, por autoimunidade devido à presença de anticorpos contra as células beta ou pela destruição das células beta sem razão conhecida que apresenta frequentemente um componente genético. Implica uma prática diária de monitorização de glicemia, administração de insulina, a gestão da dieta e exercício físico(10). A incidência global desta patologia tem vindo a aumentar cerca de 3-4% por ano, em particular em crianças mais jovens. Em 2015, 3.327 crianças e jovens apresentavam diabetes mellitus tipo I(44).

Considera-se que a prevalência de diabetes mellitus tipo I tem aumentado devido(44):

- Fatores Ambientais, pessoas que emigram adquirem o mesmo risco de a desenvolver quando expostos ao mesmo ambiente que a população que apresenta uma percentagem elevada de diagnósticos, assim como a presença de infeções e vírus durante a gravidez, como o enterovírus, que foi detetado em indivíduos com diagnóstico recente e que afeta os ilhéus pancreáticos;
- Dietas inadequadas;
- Desenvolvimento inadequado durante a gravidez;

- Alterações da microbiota intestinal, que influenciam o metabolismo lipídico e glicémico, que pode ocorrer por partos por cesariana, introdução precoce de leite de vaca ou utilização de antibióticos;
- Stress psicológico por eventos traumáticos ou excessivo aumenta a necessidade de insulina por aumento da produção de cortisol e causa stress nas células beta.

Os principais sintomas da diabetes mellitus tipo I são hiperglicemia, hipoglicemia, poliúria, nictúria, enurese, polidipsia, emagrecimento, fadiga e visão turva(44).

Na dimensão emocional, estas crianças podem passar pela chamada angústia da diabetes que é caracterizada por várias respostas emocionais(11):

- Podem sentir-se sobrecarregadas com as tarefas do tratamento(11);
- Culpabilizam-se por uma gestão imperfeita(11), sentindo-se desiludidos e impotentes(45)
- Preocupam-se com o futuro(11) e sentem desesperados(45);
- Sentem-se esgotados(11,46) e com exaustão emocional(9).

As crianças tendem a sentir-se aborrecidas quando vêm números elevados de açúcar no sangue no glicosímetro, afirmam sentir pressão para serem perfeitos nos cuidados com a sua condição e preocupam-se com a possibilidade de terem hipoglicémia durante a prática de exercício físico(11). Referem medo, preocupação, tristeza e problemas com o sono. Sentem-se gozados pelos pares e diminuídos por não conseguirem fazer o que os colegas da mesma idade fazem (47).

Os adolescentes pensam nos seus planos futuros e sentem-se tristes de terem de viver com a sua condição de saúde e dependerem de outros. Sentem-se desencorajados quando veem números elevados de açúcar no sangue no seu glicosímetro. Sentem que os seus amigos ou familiares agem como vigilantes da sua condição de saúde. Experimentar emoções negativas, as exigências do dia-a-dia e as preocupações relacionadas com os resultados a longo prazo são os fatores que os mais preocupam(11).

As crianças e adolescentes sentem que as suas relações de família ficam comprometidas, assim como as relações com os seus pares(11,48).

Se esta desregulação emocional não for gerida e tratada adequadamente, estas crianças podem desenvolver perturbações mentais, emocionais e comportamentais que podem originar uma gestão desadequada da diabetes, uma menor qualidade de vida, ao aumento

do risco de complicações, como o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo II(49), e mortalidade prematura(9,45,48–50).

Por ser uma doença metabólica crónica com necessidade de administrar insulina, seguir uma dieta e fazer exercício físico regular para conseguir manter um estado metabólico normal exige mudanças no estilo de vida, o que cria uma tendência para o stress crónico e desenvolvimento de perturbações psiquiátricas. O stress crónico vivido na primeira infância afeta o sistema metabólico e endócrino, bem como o desenvolvimento do cérebro(46). A maior prevalência destas perturbações nas crianças mais novas com diabetes pode dever-se a um diagnóstico recente de diabetes, assim como a uma maior complexidade em gerir os sintomas de hiper e hipoglicemia(49). Os adolescentes desenvolvem mais facilmente perturbações de ansiedade e de humor quando a desregulação emocional persiste(51).

A associação entre perturbações mentais, emocionais e comportamentais e a diabetes é potencialmente bidirecional(46,49). Podendo desenvolver perturbações de ansiedade como ansiedade social ou ansiedade de separação, fobias como agorafobia, medo intenso de agulhas ou de hipoglicémia, perturbações de pânico, mutismo seletivo, perturbação obsessiva compulsiva, perturbação de stress pós-traumático ou perturbações de humor como depressão, Distímia, Mania ou Hipomania(9,48,49,51).

Comparativamente, 20-30% das crianças e adolescentes com diabetes foram rastreados quanto a sintomas de depressão ou ansiedade(9,46), sendo que 20% dos que relataram automutilação não tinham um encaminhamento documentado para os serviços de saúde mental.(10) Perturbação do défice de atenção/hiperatividade é também uma comorbilidade comum na diabetes mellitus tipo I(46,48).

As crianças e adolescentes com diabetes podem desenvolver perturbações do comportamento alimentar devido, em particular, a uma fraca gestão da hipoglicemia o que leva a terem mais dificuldade em cumprir a dieta. Podem desenvolver diabulimia, uma perturbação alimentar específica da diabetes mellitus tipo I, em que os indivíduos administram deliberadamente a si próprios menos insulina do que necessitam com o objetivo de perder peso, o que pode resultar em cetoacidose diabética, retinopatia e nefropatia(9).

Podem também desenvolver fome emocional que é um comportamento alimentar que ajuda a lidar com sentimentos negativos, como a raiva, a ansiedade, o stress e os sentimentos depressivos por dirigir a atenção para um alvo diferente, como comer para parar os sentimentos negativos no corpo(9,45).

As estratégias de gestão das emoções que podem ser utilizadas com estas crianças e adolescentes são:

- Reestruturação da perspectiva/Reorientação Positiva(13), visto uma atitude positiva face às situações negativas aumentar a possibilidade de os resolver, enquanto uma perceção negativa e catastrófica induz um sentimento de impotência(9). A reorientação positiva refere-se ao redireccionamento da atenção dos acontecimentos desagradáveis para os agradáveis e ajuda na adaptação às condições de saúde.
- Técnicas de Distração com imagens e brincadeiras, utilizando os seus brinquedos ou jogos favoritos durante os períodos de hospital de dia ou de internamento. (14)
- Brincadeira Terapêutica, Dramatização e Jogo Terapêuticos, para estas crianças a associação entre os seus sintomas e as histórias que eles criam ou nas brincadeiras de faz de conta são optimizadoras em aceitar os seus sintomas. Simulam sintomas que podem ter, relatam sintomas desconhecidos e expressam sentimentos intensos gratificantes e perturbadores, como a tristeza, a frustração e a raiva. Ajudam com a redução dos sintomas de ansiedade, a diminuição das dificuldades comportamentais gerais e a adaptação e cumprimento das instruções dos médicos. A utilização terapêutica do jogo pode facilitar a exploração e a elaboração de experiências dolorosas, o que leva as crianças a relacionarem cognitiva e emocionalmente as suas emoções com os seus comportamento(12,48).
- Ensino sobre Auto-Compaixão(13) e perdoar-se a si próprio por situações passadas ou que fugiram ao seu controlo.

O rastreio de saúde mental deve fazer parte dos cuidados de rotina na diabetes em crianças e adolescentes, de forma a facilitar o acompanhamento adequado quando surgem sinais de perturbações mentais. Uma intervenção adequada e precoce pode melhorar o controlo glicémico e a qualidade de vida(49), assim como reduzir significativamente os efeitos negativos na gestão da doença e os custos para os sistemas de saúde(9).

2.8. Família

A família próxima da criança com doença crónica também experiencia emoções negativas e intensas. Os pais que cuidam de uma criança com doença crónica têm também de gerir o bem-estar físico e emocional da criança, olhando para além dos seus próprios sentimentos em relação à doença, que muitas vezes representa um fardo significativo(13), ao mesmo tempo que mantêm os papéis profissionais, familiares e sociais(10). O stress dos pais que cuidam de uma criança com doença crónica é comum e não está relacionado com a duração

ou a gravidade da doença(10,11). A desregulação emocional da família ou sofrimento parental que pode ser atribuído a qualquer cuidador da criança, apresenta 3 elementos principais, a depressão, ansiedade e stress, que afetam não só os cuidadores, mas também a qualidade de vida e regulação emocional da criança (5,10,52). O período da descoberta do diagnóstico e tratamento inicial é o mais angustiante, com sentimentos de ansiedade e depressão, mas o impacto a longo prazo da prestação de cuidados a uma criança com doença crónica mantém ou piora estas emoções devido ao cansaço prolongado(5).

A dificuldade na autorregulação parental reduz a disponibilidade emocional dos pais e a sua capacidade de resposta aos filhos(10). A culpabilização, a ruminação e as estratégias desadaptativas dos pais são preditores significativos da qualidade de vida nas crianças e adolescentes(13).

A ruminação é um envolvimento repetitivo e passivo com a angústia vivida, a sua causa e possíveis consequências e que leva à preocupação constante e improdutiva de pensamentos e sentimentos sobre acontecimentos ocorridos, o que reduz a capacidade dos pais para resolverem eficazmente os problemas e a sua capacidade para se manterem emocionalmente sintonizados com os seus filhos(13). A supressão expressiva das mães revelou-se preditiva da estratégia de supressão dos seus filhos na faixa etária da adolescência(13).

Muitos fatores têm sido associados ao sofrimento parental, incluindo a adesão ao tratamento/responsabilidades de gestão, hospitalizações frequentes, comunicação com os profissionais de saúde, perturbação de uma vida familiar normal e falta de recursos ou de apoio social(10). Assim como as exigências do dia-a-dia e as preocupações relacionadas com os resultados a longo prazo são os fatores que os pais mais preocupam(11). Referem também um aumento dos conflitos familiares e sentimentos de esgotamento(52).

Em si próprios afirmam ter dificuldades em reduzir o stress que possam estar a sentir e afirmam ter preocupações sobre a forma como as outras pessoas vão reagir à condição de saúde do seu filho, se os profissionais de saúde são sinceros na preocupação com o seu filho, com o futuro do seu filho, se este terá a capacidade para ter filhos, que a doença possa progredir e que consequências prováveis da doença podem surgir(10).

Os pais de uma criança com diabetes mellitus tipo I sentem-se sobrecarregados com o regime de diabetes do seu filho, constantemente preocupados com os alimentos e a alimentação, assim como com o futuro e com a possibilidade do filho desenvolver complicações graves. (5) Assim como apresentam dificuldades em acompanhar as tarefas escolares, ajudar o seu filho a estabelecer contactos com amigos ou socializar com crianças da sua idade, gerir o cansaço ou a falta de energia do seu filho, apoiar o regresso do seu filho às suas atividades

habituais, saber como lidar com os sentimentos dos outros filhos e que informações lhes fornecer adequado à sua fase de desenvolvimento(10).

Os pais de adolescentes com diabetes mellitus tipo I sentem que falham na gestão do regime de diabetes do seu filho, sentem-se desencorajados ou derrotados quando vêm resultados hiperglicêmicos no glicosímetro do seu filho e preocupam-se com o facto do filho falhar ou não fazer os controlos de glicémia(11).

Por isso, as intervenções para a regulação emocional das crianças também podem ter um impacto positivo na saúde mental e no bem-estar dos pais(5). A brincadeira terapêutica, quando aplicada como terapia familiar, provou ser particularmente importante tanto para adultos como para crianças, por ajudar a melhorar a comunicação entre si, especialmente em situações difíceis(12).

Um dos caminhos para uma efetiva regulação emocional e adaptação à doença crónica pode ser a introdução de uma terapia de grupo para os jovens e para os seus pais, centrada no desenvolvimento da regulação das emoções, como parte do conjunto de ferramentas de apoio à saúde mental(13).

O desenvolvimento de um grupo de apoio presencial ou à distância para prestadores de cuidados informais de pessoas com doenças crónicas é uma ferramenta útil para evitar a angústia e o isolamento. Estabelecer contactos com outros pais que têm filhos com doenças semelhantes é também uma forma dos pais se sentirem menos isolados e mais compreendidos por outros que passaram por experiências semelhantes(10). Nos grupos à distância, as mensagens devem ser personalizadas para o utilizador, por melhorar as perceções de apoio dos pais e permitir-lhes escolher a plataforma que preferem e reduzir as barreiras ao envolvimento, e serem específicos para a condição de saúde da sua criança, por ter um efeito de apoio mais forte quando comparada com a mensagem geral para melhorar as competências de gestão da doença. As mensagens direcionadas para a parentalidade na doença foram mais apreciadas do que as mensagens gerais sobre a parentalidade (13).

Um dos principais fatores que os pais reportam como necessidades não correspondidas são os apoios e recursos da comunidade, ou seja, como encontrarem ou terem acesso a serviços de apoio que os seus filhos possam utilizar e que possam auxiliá-los a gerirem as suas emoções, as dos seus filhos e as dos irmãos(5). A falta de informação e apoio, a articulação de cuidados instável e a procura de sistemas de apoio social são algumas das necessidades dos pais(10). A existência de apoio adequado profissional e informal faz com que os pais se sintam menos isolados, permitindo-lhes dar vazão às suas frustrações (5). Na situação em que é possível iniciar tratamentos, como o apoio psicológico profissional, os profissionais de saúde têm a responsabilidade de lhes fornecer todas as informações

necessárias para que as crianças ou adolescentes e suas famílias possam tomar uma decisão informada(51).

3. Intervenções de Enfermagem para a Gestão das Emoções

O trabalho emocional em enfermagem de saúde infantil e pediátrica incorpora várias intervenções, estratégias e instrumentos terapêuticos da dimensão afetivo-emocional, para facilitar a gestão intencional das emoções das crianças e famílias, assim como dos enfermeiros. Procura transformar as vivências intensas e perturbadoras das crianças, família e dos enfermeiros de forma a promover o alívio do sofrimento, o bem-estar e o desenvolvimento de todos os intervenientes e valorizar as necessidades emocionais em igualdade com as fisiológicas(3).

O cuidar emocional consiste em mobilizar estratégias que previnem o stress e a exaustão emocional focadas no próprio e na sua esfera relacional, assim como nas suas próprias emoções, o que promove o seu bem-estar, harmonia e resiliência, assim como melhora a literacia sobre saúde emocional e da importância do equilíbrio físico e psicoemocional. O estabelecimento de uma relação entre criança, família e enfermeiro, onde existe uma partilha de experiências e aprendizagem com as vivências de todas as partes em que a experiência emocional é inevitavelmente partilhada(3).

Como tal, ao longo destes subcapítulos irá ser falado sobre a comunicação terapêutica, a sua importância e habilidade na construção de uma relação e estratégias para a melhorar, como é fundamental o estabelecimento de uma relação terapêutica, os seus benefícios e estratégias para melhorar. A promoção da esperança e como ela é vital para a perseverança da criança e família e como todos estes fatores melhoram a parentalidade vivida das famílias e a valorização das capacidades parentais.

3.1. Comunicação Terapêutica

A comunicação terapêutica é um processo interativo verbal e não-verbal de partilha de informação e sentimentos entre pessoas de forma a descobrir e compreender as intenções, ideias e emoções sentidas pela outra pessoa, ser capaz de gerir sentimentos e informação e criar laços significativos e terapêuticos com ela. A comunicação não verbal leva-nos a estar atentos aos sinais, gestos e movimentos que expressam mensagens essenciais, de forma a compreender as reais necessidades do utente. É um processo que visa compreender as necessidades do utente e família, otimizar uma relação e espaço terapêutico onde sentem que possam partilhar as suas vivências, angústias, medos, ansiedade e inseguranças e

fornecer-lhes ferramentas para que possam viver melhor com a sua situação de doença, limitações, bem-estar e qualidade de vida(53,54).

Uma comunicação terapêutica efetiva envolve emocionalidade e promove a tranquilidade, o respeito, a compreensão e a empatia entre as duas partes, promove a autoconfiança e a individualidade da pessoa cuidada, melhora a adesão ao tratamento, a capacidade para enfrentar os problemas, a otimização dos cuidados de saúde, e na relação com os outros, ajustando-se ao que não pode ser mudado. Gerir emoções é gerir as expetativas e promover a confiança, esperança e perseverança (53,54).

Sendo os pais/cuidadores os principais responsáveis pelos cuidados à criança com doença crónica, são eles que recebem as informações sobre a patologia (55). Com os latentes a sua comunicação verbal é apenas através do choro e dos gemidos, por isso a presença da pessoa significativa é fulcral, por ser a pessoa que melhor o conhece. No toddler já existe comunicação, pois este já utiliza a linguagem recorrendo a idiosincrasias, reconhecidas essencialmente pelos pais e pelas pessoas significativas. Vivenciando já estas crianças de forma intensa o tratamento procurando explicações para a sua situação, sintomas e tratamento (54).

As crianças na fase pré-escolar, escolar e adolescentes são capazes de entender as informações recebidas com mais exatidão e querem ser mais incluídos na comunicação(55).

A criança pré-escolar consegue utilizar explicações simples e aludir aos fatores sensíveis dos procedimentos e pode contribuir para a construção de uma relação de confiança com o enfermeiro. A utilização de técnicas distrativas aumenta a adesão ao tratamento(54).

A criança em idade escolar preocupa-se em dar explicações simples dos procedimentos e em envolver os pais quando deseja, sem que a sua colaboração seja imposta. Qualquer comunicação que envolve procedimentos sugestivos de dor deve ser feita de forma sensível e bem explicada, por se preocuparem com a sua integridade corporal(54).

Os adolescentes desejam estar no controlo do seu processo de saúde e receber toda a informação possível, garantindo o sigilo profissional. Podem escolher se desejam ter a presença da família ou a pessoa significativa. Com os adolescentes, é fundamental apelar à expressão de sentimentos, preocupações e dúvidas, assim como utilizar o humor e humor terapêutico(54).

A qualidade da comunicação terapêutica em contexto pediátrico influencia a adaptação e a adesão dos pais e jovens ao tratamento e autocuidados, assim como, à compreensão sobre o diagnóstico e sintomas, à satisfação com os profissionais de saúde, à gestão e alívio

emocional e psicológico, à memória positiva dos ensinamentos realizados e a menos hospitalizações e retornos à urgência pediátrica.

Sendo as estratégias que melhoram a qualidade da comunicação (55):

- Utilização de instrumentos visuais e escritos sobre a doença ou tratamento durante os ensinamentos ajudam a melhorar a qualidade da comunicação;
- Expressar preocupação e empatia pela situação vivida e explorar temas psicossociais e afetivo-emocionais;
- Explicações breves e claras com uso de linguagem acessível em que se aborda as dúvidas com disponibilidade para perguntas;
- Estabelecimento de relação terapêutica e identificação de pais e utentes pelo nome próprio;
- Treino de competências interpessoais como empatia, ajuda e de apoio social através de roleplay.

3.2. Relação Terapêutica

A relação terapêutica é a ligação e a parceria entre o profissional de saúde e o utente, com respeito pelas suas competências e na valorização do seu papel no seu autocuidado, com reciprocidade e de suporte. Tem como objetivo ajudar o cliente a ser proactivo no seu projeto de saúde e envolver as pessoas significativas para o utente, aquando do seu desejo ou necessidade(54,56).

Uma relação terapêutica promove a esperança, a sensação de controlo da sua saúde e a adesão ao tratamento, reduz a ansiedade e as recaídas no seu estado de saúde(54).

Na relação terapêutica, o profissional de saúde tem que estar atento às emoções do outro, considerar o ambiente terapêutico e físico da pessoa cuidada, assim como reconhecer as suas próprias emoções e disponibilizar os seus recursos internos em prol de quem se cuida(54).

É caracterizada por 3 fases: a fase inicial em que é feito o primeiro contacto; a fase intermédia, em que o profissional de saúde explora as características e necessidades do utente e determina e executa estratégias de intervenção adequadas, e a terceira fase que consiste no fim da relação(54,56).

As estratégias a adotar pelo enfermeiro para favorecer o processo de desenvolvimento de uma Relação Terapêutica(54) são:

- Transmitir compaixão, empatia, disponibilidade e gentileza através da autenticidade e do interesse genuíno e demonstrar disponibilidade e assegurar a confidencialidade da informação partilhada.
- Procurar estar atualizado com os gostos das crianças e dos adolescentes e fomentar uma amizade dentro dos limites terapêuticos.

Com as crianças verificou-se que o brincar terapêutico auxiliou na redução da ansiedade e do medo e na construção de uma relação terapêutica, assim como a utilização de cuidados de negociação. Em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, o envolvimento da família e a relação terapêutica com a mesma promove a prestação de cuidados não traumáticos(54).

3.3. Promoção da Esperança

A Esperança é descrita como um fenómeno amplo e multidimensional, fundamental para a promoção, manutenção e sustentação da vida de um indivíduo e emerge das experiências partilhadas (53,57,58).

Em enfermagem de saúde infantil, em situação de criança com doença crónica, a esperança sentida pelos cuidadores está interligada ao seu bem-estar psicológico e às expectativas que tem do futuro. Ter esperança permite a possibilidade de ocorrer uma transformação pessoal positiva, em que os cuidadores redefinem objetivos e metas visionando possibilidades e soluções alternativas. Permite que vejam a sua relação com a criança com um relacionamento único e especial e que se reconheçam como parte fulcral e útil dos cuidados, observando os seus recursos individuais, o que lhes confere segurança, pertença e uma mudança de perspetiva. A associação das expectativas pessoais com as responsabilidades parentais, transformam a natureza da Esperança (53,57,58).

O profissional de saúde consegue reconhecer a representação negativa que um determinado procedimento pode ter para o cuidador e como tal, deve evidenciar os aspetos positivos do processo e incentivar a confiança e a esperança do utente. Praticando a estimulação para a vida, em que se valoriza os aspetos saudáveis, os positivos e os ganhos que a criança consegue atingir. O enfermeiro afirma o valor dos pequenos acontecimentos e ganhos do dia-a-dia, quer da criança quer do cuidador (53,57,58).

Ao cuidar da esperança e expectativas futuras dos cuidadores e da criança, os enfermeiros devem realizar as seguintes intervenções: avaliar as possibilidades futuras positivas da criança, se esta conseguirá ser proativa, produtiva e ter controlo sobre os obstáculos que surjam, se o cuidador acredita com entusiasmo por novas atividades e etapas do desenvolvimento e se se sente apoiado pelos outros que o rodeiam, ou seja, se os familiares

que o rodeiam sentem a mesma resiliência e valor na criança e no seu futuro. Os profissionais devem encorajar a participação dos cuidadores no processo de cuidar da criança e estimular as metas estabelecidas pelos cuidadores e crianças sobre a sua condição de saúde a curto, médio ou a longo prazo e disponibilizar formação, instrumentos de informação e recursos na comunidade sobre como lidar com as particularidades da doença e se sentirem apoiados. Os profissionais devem praticar escuta ativa de modo a que os cuidadores expressem sentimentos e dúvidas, envolver cuidados espirituais, emocionais e reabilitação social, assim como incentivar os cuidadores a usufruírem de momentos de repouso e lazer (53,57,58).

3.4. Parentalidade

A parentalidade desenvolve-se ao longo do ciclo vital e vai mudando de acordo com as fases de crescimento e de desenvolvimento da criança. A adaptação bem sucedida da transição para a paternidade/maternidade envolve pelo menos dois tipos de recursos familiares: recursos internos - adaptação e integração (autoestima dos pais, o sentimento de adequação e sentirem-se capazes de lidar com a situação); e recursos externos - recursos comunitários e suporte social(59).

A Vinculação diz respeito à construção de representações de interações relevantes e significativas na formação de laços emocionais. A Teoria da Vinculação pode ser vista como um fundamento sobre o desenvolvimento sócio-emocional e defende que os seres humanos nascem munidos de um sistema de vinculação, que lhes permite procurar a proximidade de uma figura que lhes forneça proteção e segurança, a partir da qual possam explorar o meio. A vinculação é definida como um laço afetivo que, uma vez estabelecido, tende a perdurar, quer no tempo, quer no espaço(59).

Assim, o enfermeiro deve utilizar o conhecimento sobre a criança e a família para, em conjunto, negociar e implementar intervenções planeadas, sem correr o risco dos pais se sentirem desconfortáveis no desenvolvimento da sua parentalidade, com as responsabilidades que lhes são exigidas, evitando confusões e insegurança sobre o que deles é esperado. A assistência à família implica conhecer como cada uma cuida e identifica as suas potencialidades, as suas dificuldades e os seus esforços para partilhar responsabilidades. As famílias transportam a cultura da sociedade em que vivem e a cultura com a qual se identificam, traduzindo estilos de vida, crenças, valores e práticas que condicionam atitudes e comportamentos e, conseqüentemente, a saúde da família(59).

Tornar os pais parceiros nos cuidados é reconhecer que cuidar da criança implica cuidar dos pais/família no sentido de os tornar cada vez mais autónomos, reabilitando o seu papel parental, respeitando e favorecendo a sua participação na tomada de decisões no processo

de cuidados. No entanto, a hospitalização da criança implica muitas vezes uma crise de identidade parental com indefinição dos pais relativamente àquilo que podem ou não fazer e/ou ao que os profissionais esperam que eles façam. Dar atenção às suas expectativas, tendo em conta as necessidades e procurando a negociação de papéis, facilita a sua adaptação e reduz o potencial conflito entre os enfermeiros e os pais. Sabendo que os pais são os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos, e tendo como propósito a promoção e a adequação da parentalidade em todas as dimensões, facilitar a mudança é da responsabilidade dos enfermeiros pediátricos. O seu compromisso passa pela colaboração com cada família na adaptação ao seu processo de saúde, interagindo através do apoio, ensino, instrução e treino, dotando os pais de conhecimentos e aprendizagem de habilidades, e capacitando-os para que possam vir a ser os melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos. Alguns exemplos desta capacitação são as relações afetivas contínuas, proteção física e de segurança, experiências adaptadas às diferenças individuais - em particular, ao temperamento -, estabelecimento de limites, organização e expectativas, disponibilizando à criança uma organização temporal e espacial, previsível, estruturada, rotinizada, assim como a integração em comunidades e apoios estáveis e de continuidade cultural(59).

As competências parentais devem ser estimuladas precocemente, havendo lugar a tomadas de decisão ainda durante a gravidez que muito poderão influenciar o desenvolvimento do recém-nascido. O primeiro ano de vida é especialmente significativo no desenvolvimento da criança, que se assumirá como parceiro cada vez mais interessado. Mas esta é somente uma primeira etapa de todo processo de criação e educação dos filhos, pelo que a aprendizagem parental não é isenta de erros, omissões, dificuldades, podendo coexistir estilos parentais muito diferenciados (59).

A interação entre os profissionais e as famílias - de tal forma que mantenham ou adquiram um sentido de controlo sobre a vida em família e estabeleçam mudanças positivas que originem comportamentos de ajuda, aumentando os seus pontos fortes, aptidões e ações, e o processo de empoderamento - é concordante com a parceria e o cuidado centralizado na família, originando modos de resposta profissional coerentes com os pressupostos e princípios parentais (59).

Para o enfermeiro importa compreender e valorizar a relação com os pais, utilizar o comportamento da criança como linguagem, reconhecer aquilo que se traz para a interação, estar disponível para discutir assuntos que vão para além do nosso papel tradicional, aproveitar as oportunidades para promover a mestria parental, focalizar a paixão onde a encontrarmos, valorizar a desorganização e a vulnerabilidade como oportunidades, estar consciente dos valores implícitos ao comportamento da família, ouvir a família, incluindo a

criança, antes de planejar os cuidados, comunicar com a família antes de tomar decisões, individualizar os cuidados e estar disponível para atender às necessidades da família(59).

Quando os pais querem participar, o enfermeiro deve assegurar que eles continuam a cooperar com as exigências acrescidas, colocadas ao seu papel «normal» como pais que cuidam dos seus filhos hospitalizados. Por outro lado, é também responsabilidade do enfermeiro assegurar que o não envolvimento ou a falta de compreensão desta aproximação não é razão para a não cooperação nos cuidados(59).

Os pais manifestam o desejo dos seus conhecimentos serem valorizados e deles próprios serem reconhecidos como verdadeiros parceiros nos cuidados. Os pais, no hospital, querem continuar a ser pais e cabe aos enfermeiros, inseridos numa equipa multidisciplinar, serem os ativistas deste processo, com aceitação e integração de forma sólida, informação e orientação em tempo oportuno. A preparação dos pais para participarem nos cuidados, implica que haja uma negociação favorável e satisfatória com os enfermeiros. Negociar implica discutir e obter acordos e resultados, daí que a comunicação se revele de importância fundamental. As relações entre pais e enfermeiros evidenciam que estes, por vezes, impõem limitações à participação dos pais nos cuidados, decidindo qual o papel destes últimos, baseados nas suas convicções, sem considerar a perspetiva dos pais, nem o seu sistema de crenças e de práticas sobre a saúde e doença. Negociar com os pais a parentalidade implica que estes se sintam parte integrante da equipa, sentindo-se mais confiantes quanto às suas capacidades de cuidar da criança, tomando decisões conjuntas partilhadas e facilitando a manutenção de laços familiares, o que se torna importante para o seu ajustamento psicológico e social durante a hospitalização(59).

A complexidade de cuidados que os pais podem ter necessidade de vir a assumir no âmbito do regime terapêutico dos seus filhos integra dependências aos mais variados níveis, inerentes ao contexto de doença em que decorre. Dependências como a capacidade para se alimentar, com recurso a diversos dispositivos ou equipamentos, capacidade para comunicar, capacidade para cuidar da higiene pessoal, capacidade para se vestir, capacidade para desempenhar atividades de lazer, entre muitas outras, poderão, num contínuo, ser transferidas para os pais, visando uma reorganização familiar de acordo com as necessidades expressas e os recursos identificados(59).

Tendo em conta a adaptação que os pais têm de fazer para dar resposta à situação de transição e à continuidade do tratamento do seu filho, podem ser requeridas intervenções promotoras da aprendizagem de estratégias de coping e das capacidades para tomar conta, da alimentação, da higiene, da eliminação, do regime terapêutico e do posicionamento. Partilhar os saberes médicos e de Enfermagem com os pais, proporciona algum alívio à

equipa que, por sua vez, encontrará neles uma melhor e mais ativa colaboração. A vontade dos pais em participar ativamente nos cuidados deve ser tida em conta, assim como a abordagem feita através de uma estratégia de intervenção que permita apoiar a iniciativa dos pais. Os pais, quando são informados sobre a participação nos cuidados, por vezes ficam confusos e inseguros em relação ao que é esperado deles e/ou o que podem ou não fazer durante a sua permanência no hospital(59).

4. Articulação de Cuidados

A articulação de cuidados é um processo de continuidade de cuidados em que se agiliza o percurso do utente entre as diversas unidades especializadas de cuidados hospitalares, de cuidados de saúde primários e na comunidade de forma coordenada, contínua e multidisciplinar de forma a promover a satisfação das necessidades do utente e da excelência do cuidar(60).

Na criança com doença crónica e família irá ser necessária a articulação de cuidados em diferentes momentos da sua vida para garantir uma continuidade de cuidados com qualidade, assim como uma qualidade de vida e bem-estar para os intervenientes(61).

Como tal, os seguintes subcapítulos iram falar sobre a atuação e continuidade de cuidados que o serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Internamento de Curta Duração, Pediatria Médica e Cirúrgica e Hospital de Dia, Cuidados Paliativos Pediátricos, Centro de Desenvolvimento, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos e Saúde Escolar realizam em si e entre si.

4.1. Atuação da Urgência Pediátrica e Unidade de Internamento de Curta Duração

A Urgência Pediátrica é uma unidade de saúde destinada ao atendimento ambulatorio de crianças e jovens com doença aguda ou agravamento de patologia preexistente. Ao avaliar os sintomas e o estado do utente, este é triado consoante a necessidade de cuidados urgentes e emergentes. Quando necessita de cuidados de saúde de monitorização e de vigilância do estado de saúde, mas não se prevê um internamento prolongado, fica na unidade de cuidados de curta duração, que tem como foco a vigilância e orientação de situações que necessitem de avaliação mais demorada e/ou tratamento em regime de internamento de duração previsivelmente curta (62).

Quando é necessário, podem ser realizados cuidados imediatos e avaliações na sala de tratamentos, e em situação de reanimação esta é realizada na sala de reanimação ficando o utente posteriormente internado para vigilância. Quando é necessário, as crianças e os

adolescentes são vistos e intervencionados em cirurgia de ambulatório por várias especialidades, como oftalmologia e ortopedia. Podendo estas salas serem também utilizadas para a realização de exames (62).

Após a triagem com os enfermeiros e de acordo com as necessidades do utente, os cuidados são articulados da seguinte forma: As crianças e os seus acompanhantes têm consulta com a equipa médica sendo transferidos para um regime ambulatório, em que são acompanhados pelos cuidados de saúde primários ou continuam a ser seguidos pela equipa médica da urgência pediátrica para reavaliação do seu estado. As crianças que apresentam a necessidade de vigilância pós-cirúrgica ou de cuidados de enfermagem permanecem na unidade de cuidados de curta duração. Se precisarem de cuidados mais prolongados podem ser transferidos para a unidade de internamento de pediatria ou para a unidade de cuidados intensivos pediátricos. Se a situação for do foro psicoemocional, pode ser necessária a articulação de cuidados para o centro de desenvolvimento da criança.

A colaboração estreita entre serviços ou níveis de cuidados, torna-se indispensável no processo de referenciação e encaminhamento da criança ou do jovem (63).

4.2. Atuação do Serviço de Pediatria Médica e Cirúrgica e Hospital de Dia

A unidade de Internamento de Pediatria tem como foco a orientação e o tratamento da situação clínica em crianças e jovens com patologia médica, cirúrgica e médico-cirúrgica em internamentos de média e longa duração (62).

As crianças podem ser internadas por situações de doença aguda, deterioração de estado ou episódio patológico em doença crónica ou por situação social levantada por qualquer profissional de saúde em que se considere que a criança possa estar em risco de negligência, violência ou sem condições habitacionais ou económicas (62).

A avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar deve fazer parte das preocupações de toda a equipa de saúde, sempre que se contacta com a criança/jovem/família (63).

Estas unidades apresentam a prática do “enfermeiro de referência” em que articulam com os cuidados de saúde primários e outros serviços hospitalares como o centro de desenvolvimento da criança. As crianças que têm critérios para ser incluídas são crianças com necessidades de saúde especiais, ou seja, que têm doença crónica complexa e/ou ameaçadora da vida e da qualidade de vida, que foram transferidas da unidade de cuidados intensivos neonatais, que tenham um internamento que se preveja ser prolongado, independentemente da natureza do seu diagnóstico, internamento que seja de causa social

ou cujo suporte familiar se revele disfuncional e/ou desestruturado e crianças com necessidades de cuidados paliativos em fim de vida (64,65).

O enfermeiro de referência tem como funções realizar a avaliação inicial, formular os diagnósticos de enfermagem, planeamento de intervenções e sua implementação, a avaliação dos resultados das intervenções aplicadas, a gestão da informação com a equipa de saúde e supervisão dos cuidados (64).

Através da (65):

- Partilha de respeito mútuo com o utente;
- Acessibilidade, encontrando-se o enfermeiro disponível para a criança sempre que esta precisa, especialmente durante os episódios de crise, fazendo-a sentir-se segura e empoderada;
- Relação terapêutica eficaz promovida pela personalidade honesta, autêntica, coerente e genuína do enfermeiro;
- Utilização das competências do pensamento crítico pela enfermeira, em que aplica empatia, sem juízos de valor, escuta ativa, observação das interações da criança com o enfermeiro, com os outros e com o ambiente, e responder às necessidades imediatas e básicas e avançar para a resolução de problemas complexos.

Obtém-se melhores resultados com as crianças num ambiente baseado em parceria entre o enfermeiro e o utente em que se cumprem objetivos, desenvolvidos mutuamente de forma a maximizar os benefícios de um internamento, bem como para reduzir potencialmente a incidência de readmissões (65).

Durante o 1.º turno com a criança, o enfermeiro que está atribuído àquela criança realiza a colheita de dados para a avaliação inicial, valida o contacto dos cuidadores e a sua morada, o centro de saúde de referência, o enfermeiro e o médico de família. Se o enfermeiro realizar turnos nos dias seguintes, poderá tornar-se o enfermeiro de referência daquela criança e família, se esta não tiver tido um internamento anterior onde já tenha sido selecionado um, senão é escolhido outro enfermeiro que esteja presente nos dias seguintes. Após a admissão é escolhido o enfermeiro associado, aquele que na ausência do enfermeiro de referência, assume as responsabilidades e intervenções (65,66).

Entre as 24 e as 48 horas é realizado um contacto por telefone ou por email com o centro de saúde de forma a identificar e estar em contato direto com os profissionais de família ou de referência para informar sobre o internamento, planear a articulação de cuidados antes da

saída da criança do internamento, conhecer a família na comunidade e transmitir informações relevantes sobre a perspetiva da alta, as competências parentais dos cuidadores e as necessidades da família. Este contacto deve ser registado na plataforma apropriada para manter a articulação de cuidados assim como o contacto direto com o profissional contactado (66).

Após as 48 horas inicia-se o processo de preparação do regresso a casa com o resumo do internamento, a avaliação do processo de cuidados, visto os planos de cuidados de enfermagem serem considerados documentos fluidos e dinâmicos, personalizados para a criança em cada admissão, com avaliação dos recursos que os cuidadores irão necessitar, assim como o fornecimento de informação escrita de suporte e obter o consentimento para realizar uma visita domiciliária pré ou pós alta, se for aplicável. Previamente ao regresso a casa deve-se articular com os profissionais envolvidos no processo de internamento, avaliar e completar a nota da alta de enfermagem, validar as competências adquiridas pelos cuidadores e suas necessidades, articular cuidados com a enfermeiro de família, estabelecer e divulgar um plano para a alta, articular com a equipa de visita domiciliária através do pedido de colaboração no programa de registos. Identificando esta prática, áreas de oportunidade para melhorar os resultados dos doentes e o ambiente da prática de enfermagem (65,66).

Ao longo deste processo, as crianças são encaminhadas para os cuidados de saúde primários para continuação de cuidados de desenvolvimento infantil, mas se necessitar de avaliação e monitorização das especialidades médicas, estas são também encaminhadas para as consultas externas de pediatria ou para o Hospital de Dia Pediátrico. Também podem ser encaminhadas para a consulta externa através dos cuidados de saúde primários (65). Se for necessária uma vigilância e monitorização mais personalizada da continuação dos cuidados prestados, pode ser encaminhada para o serviço de Visita Domiciliária do serviço de pediatria. Se a criança tiver um diagnóstico de doença crónica em que sejam necessários cuidados de saúde paliativos pode ser encaminhada para os cuidados paliativos pediátricos. Se tiverem necessidades de saúde especiais podem ser encaminhadas para o centro de desenvolvimento da criança.

4.3. Atuação dos Cuidados Paliativos Pediátricos

A Equipa Intra-Hospitalar de Suporte aos Cuidados Paliativos Pediátricos tem como objetivo promover e assegurar os cuidados diferenciados a crianças com doença crónica complexa, limitante ou de fim de vida, e suas famílias, indo de encontro às suas necessidades, desejos e preferências, até e para além da morte (62,68).

Realizam consultas telefónicas e domiciliárias, que podem acontecer no domicílio, escola ou noutro local escolhido pela família, por todos os elementos da equipa em parceria e interdisciplinaridade. Também realizam consultas de enfermagem de apoio ao luto. Apoiam em regime de consultadoria e suporte científico no internamento pediátrico e na unidade de cuidados intensivos pediátricos e neonatais (62,68).

Em consultas domiciliárias avaliam também a necessidade de articular com os cuidados de saúde primários, visitação domiciliária ou mesmo internamento de pediatria para monitorização, avaliação e acompanhamento de criança com doença crónica com necessidades de cuidados por deterioração do estado ou descanso do cuidador (62,68).

4.4. Atuação do Centro de Desenvolvimento da Criança

O Centro de Desenvolvimento da Criança tem como foco apoiar as crianças e jovens com patologias neurológicas agudas e crónicas e perturbações do desenvolvimento com cuidados de prevenção, diagnóstico e tratamento de forma a promover a qualidade de vida e excelência dos cuidados, assim como prestam e apoiam as famílias a nível médico e psicossocial (62,69)

Funcionam num modelo multidisciplinar em que envolvem a colaboração de um conjunto de competências e especialidades de vários serviços, incluindo uma equipa que envolve médicos especialistas, como pediatras do desenvolvimento, neuropediatras, fisiatras, técnicos superiores e terapeutas de várias áreas, como psicomotricidade, terapia da fala, terapia ocupacional, assistência social, enfermagem e professores de educação especial (62,69).

Promovem e privilegiam a sua ligação com a comunidade, com as equipas de intervenção precoce na infância e com os cuidados de saúde primários, com quem articula e trabalham em colaboração para a melhoria da qualidade de vida das famílias e crianças que cuidam, de forma a proteger e melhorar a dinâmica familiar apoiando o desempenho e inclusão escolar da criança/jovem (62,69).

Cooperam com as equipas de saúde escolar, com os professores de educação especial dos agrupamentos e outros apoios educativos para avaliação e decisão da metodologia mais adequada a cada criança (62,69).

Cooperam com a unidade de cuidados intensivos neonatais e pediátricos com consultas de enfermagem de acompanhamento e vigilância do desenvolvimento infantil.

Apresentam um Banco de Empréstimo de Produtos de Apoio que pretende melhorar a qualidade de vida das crianças acompanhadas através da disponibilização e reutilização de

produtos de apoio, de forma a fomentar consciência social da necessidade de criar ambientes sustentáveis para as comunidades (62,69).

4.5. Atuação da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátrico tem como objetivo prestar cuidados altamente diferenciados, dar resposta às necessidades das crianças que apresentem falência de um ou mais órgãos ou sistemas, e que necessitam de apoio tecnológico e de cuidados permanentes, quer de médicos quer de enfermagem. Promovem o aleitamento materno, de forma a que este permaneça após a alta, assim como a vinculação com os cuidadores e a capacitação para cuidarem do seu filho (62).

Quando os recém-nascidos são prematuros ou apresentam condições de saúde agudas ou complexas são transferidos para a unidade de cuidados intensivos neonatais. Quando já se encontram capazes de tolerar a vida fora da incubadora, mas continuam a precisar de cuidados de monitorização e vigilância, são transferidos para a unidade de cuidados intensivos pediátricos ou para a unidade de cuidados intermédios. As crianças a partir da latência que vêm do exterior ou do internamento podem ser transferidos para a unidade de cuidados intensivos pediátricos (62).

Estabelecem uma articulação de cuidados pré-alta, através do estabelecimento do enfermeiro de referência, com os cuidados de saúde primários, com o centro de desenvolvimento da criança e com outros serviços hospitalares necessários de forma a existir uma continuidade de cuidados segura e com visão à qualidade de vida da criança e família (62).

4.6. Atuação da Saúde Escolar

O Programa Nacional de Saúde Escolar define que todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a sua saúde e o seu bem-estar. Como tal, a existência e funcionalidade de uma Equipa de Saúde Escolar torna-se fundamental na proteção deste direito (70).

A Equipa de Saúde Escolar pode apresentar diversos profissionais diversificados, preferencialmente enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, saúde comunitária, saúde pública e de saúde mental e psiquiátrica, que prestam cuidados aos agrupamentos escolares e escolas não agrupadas em pelo menos 30 horas/semana por cada grupo de 2500 alunos (7,70,71).

Encontrando-se inseridas em unidades funcionais, que cooperam de forma contínua com a unidade de Saúde Pública da sua Unidade Local de Saúde, e que têm como função principal gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população e grupos específicos, como programas e projetos em saúde escolar (70).

As Equipas de Saúde Escolar têm como principais funções (70):

- Promover estilos de vida saudáveis e a literacia em saúde através da capacitação de toda a comunidade educativa, como crianças, alunos, profissionais de educação, famílias ou encarregados/as de educação, nas áreas da saúde mental e competências socioemocionais, educação para os afetos e a sexualidade, alimentação saudável e atividade física, higiene corporal e saúde oral, hábitos de sono e repouso, educação postural, prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas e comportamentos aditivos sem substâncias;
- Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as
- Contribuir para a melhoria da qualidade de um ambiente escolar seguro e saudável, promover o desenvolvimento sustentável, avaliar os riscos ambientais para a saúde, prevenir acidentes e capacitar através dos primeiros socorros;
- Promoção da Escola Inclusiva através do apoio das condições de saúde de crianças e jovens com necessidades de saúde especiais e da saúde de profissionais de educação;
- Estabelecer parcerias com a comunidade para a melhoria da qualidade, de investigação e inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar.

O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica em contexto de saúde escolar aplica todas estas atividades, fazendo parte das suas funções e competências da sua especialidade (7).

De acordo com o cálculo de dotações seguras do Regulamento 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros, nas Unidades de Cuidados na Comunidade é recomendado um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, por cada 1.500 alunos saudáveis e por cada 150 alunos com necessidades de saúde especiais (7,71).

Tendo ele, as competências necessárias para (7,70):

- Identificar as necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem e implementar intervenções, com evidência técnica e científica, que contribuam para a promoção do autocuidado e para o aumento do bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem, assim como promover a aprendizagem de habilidades especializadas e individuais junto das crianças/jovens e facilitando o seu desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença;
- Referenciar crianças com necessidades de saúde especiais de cuidados para instituições de ensino e de suporte, adequadas a cada situação específica e para cuidados especializados, assim como referenciar situações problemáticas para outros profissionais, e obterem o máximo de aproveitamento dos variados recursos da comunidade de forma a oferecerem suporte à criança/jovem com necessidades de cuidados;
- Manter a continuidade da prestação de cuidados de enfermagem que procurem apoiar a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais e otimizarem a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação.

De forma a ser possível atuar com estas crianças com necessidades de saúde especiais é necessário que haja referenciação para a Equipa de Saúde Escolar que pode vir de uma Equipa de Saúde Familiar ou outra Unidade Funcional, Equipa ou Núcleo do Agrupamento de Centros de Saúde, Hospital, Médico assistente, Pediatra ou outro Profissional de Saúde, Família ou encarregado de educação, escola ou Instituição Particular de Solidariedade Social com intervenção na área da criança ou jovem com deficiência, Equipas Locais de Intervenção Precoce ou Serviços da comunidade e da rede social (7,70,71).

Ao receber a referenciação, será estabelecido um primeiro contacto entre os encarregados de educação e a Equipa de Saúde Escolar que pode ser realizado através de atendimento telefónico com a apresentação da unidade e serviços por eles prestados, assim como a informação prestada pelo médico no momento do diagnóstico e averiguar as expectativas e preocupações da criança/família. É nesta oportunidade que é agendada a consulta de enfermagem para uma entrevista com a criança e cuidadores e/ou com professores para realizar o plano de saúde individual que pode ser realizado na sede da Equipa de Saúde Escolar, em locais comunitários ou na escola (7,71).

A Equipa de Saúde Escolar tem o dever de manter o sigilo profissional sobre todas as informações acerca da criança e da sua família e deve apenas partilhar a informação necessária com os profissionais que estão diretamente implicados no seu plano de saúde individual (7).

O Plano de Saúde Individual envolve a equipa de saúde escolar, o encarregado de educação e os elementos do estabelecimento de ensino que a criança frequenta. Deve ser dinâmico e contínuo ter em conta as informações contidas nos relatórios e instruções elaboradas por outros profissionais, as necessidades de saúde, os hábitos e gostos da criança e os fatores ambientais facilitadores e barreiras, rotinas e regras do contexto escolar que possam ser adaptados. Deve ser reavaliado ao fim de 3 a 6 meses e no fim de cada ano letivo (7,70,71).

Integra os resultados da avaliação de funcionalidade e identifica as medidas de saúde que devem ser implementadas com a finalidade da criança atingir o máximo das suas capacidades e independência no seu processo individual de cuidados em meio escolar, de forma a promover a sua inclusão no meio escolar e atividades (7,44,70).

Tem de integrar o pai, a mãe, os encarregados de educação ou cuidadores, a criança, os profissionais de educação e os colaboradores da escola, o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica e outros profissionais de saúde e recursos da comunidade, como a junta de freguesia e o município ou o ATL (7,70,72).

Têm de estar descritas claramente as medidas a implementar e em que momento da rotina escolar são implementadas, como chegada/saída, refeições, higiene pessoal, sesta e adesão ao regime terapêutico, assim como onde devem ser implementadas no contexto escolar (7,44,70,72).

Após a realização do Plano de Saúde Individual, e de acordo com o consentimento da criança e família e da comunidade escolar, é necessário capacitar a comunidade escolar e os pares da turma da criança para que possam estar atentos quanto aos sinais de alerta e situações específicas identificadas no plano de saúde individual. Por exemplo, em caso de diabetes mellitus tipo I, a avaliação de glicémia capilar, a administração segura de insulina e como agir em caso de hipoglicemia ou hiperglicemia (7,70,72).

A sessão de formação à comunidade escolar deve englobar todos os elementos que possam estar envolvidos, como professores e assistentes operacionais, para que todos estejam capacitados e seja possível atuarem em conformidade com o estabelecido (7,70,72).

A sessão de sensibilização aos colegas de turma permite que adquiram alguma literacia em saúde, com o conhecimento da condição de saúde e seus sinais de alerta, de forma a que haja uma monitorização mais próxima de situações de risco e alerta imediato dos profissionais (7,72).

5. Nota Conclusiva

A presença do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica em saúde escolar, unidades de internamento pediátrico e unidades de cuidados paliativos pediátricos e em parceria com a comunidade, cuidados de saúde primários e hospital é fundamental na promoção e proteção dos direitos, bem-estar e inclusão de todas as crianças em contexto escolar, em particular em crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais e aquelas que se encontram em posições de elevada vulnerabilidade, assim como crianças com doença crónica e suas famílias durante a hospitalização e consultas consequentes de acompanhamento.

A atuação do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica nas situações de crianças com necessidades de saúde especiais é essencial para a capacitação de famílias/cuidadores e toda comunidade escolar a estar mais preparada para os desafios destas condições de saúde, mas também para proporcionar uma melhor aprendizagem e satisfação da criança com os seus pares.

A atuação do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica em situações de criança com doença crónica e suas famílias é necessário para promover os direitos da criança com doença crónica hospitalizada e assegurar o bem-estar e melhor regulação emocional não só da criança, como também da família.

6. Referências Bibliográficas

1. Ordem dos Enfermeiros, Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
2. Helena Saraiva, Andreia Sousa. Cuidados Diferenciados em Enfermagem de Saúde. 1ª. Lidel; 2022.
3. Paula Diogo. Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica. 1.ª ed. Lisboa: Lisbon International Press; 2023.
4. Ana Lúcia Ramos, Maria do Céu Barbieri-Figueiredo. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Lidel; 2020.
5. Thomas S, Ryan NP, Byrne LK, Hendrieckx C, White V. Psychological Distress Among Parents of Children With Chronic Health Conditions and Its Association With Unmet Supportive Care Needs and Children's Quality of Life. *J Pediatr Psychol*. 19 de Janeiro de 2024;49(1):45–55.
6. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho. 2018.
7. Leonel Lusquinhos Sousa Oliveira, Constança Maria da Silva Festas Barbosa, Celina Pereira Ferreira Machado, Natália Machado, Dulce Maria Pereira Garcia Galvão, Lina Maria Cardoso de Jesus Pereira, et al. 6. Guia Orientador de Boas Práticas: A Criança e o Jovem com Necessidades Educativas Especiais. *Em Papa-Letras*; 2023.
8. Alina Cosma, Shynar Abdrakhmanova, Diana Taut, Karen Schrijvers, Carolina Catunda, Christina Schnohr. A focus on adolescent mental health and wellbeing in Europe, central Asia and Canada. 2023;1.
9. Lica MM, Papai A, Salcudean A, Crainic M, Covaciu CG, Mihai A. Assessment of Psychopathology in Adolescents with Insulin-Dependent Diabetes (IDD) and the Impact on Treatment Management. *Children (Basel)*. 19 de Maio de 2021;8(5).
10. Thomas S, Byrne LK, Ryan NP, Hendrieckx C, White V. Unmet supportive care needs in families of children with chronic health conditions: an Australian cross-sectional study. *World J Pediatr*. Dezembro de 2023;19(12):1181–91.
11. Stapleton C, Watkins E, Hare MJL, Timms F, Wood AJ, Titmuss A. The prevalence of diabetes distress and its association with glycaemia in young people living with insulin-requiring-diabetes in a regional centre in Australia. *J Paediatr Child Health*. Dezembro de 2022;58(12):2273–9.

12. Koukourikos K, Tsaloglidou A, Tzeha L, Iliadis C, Frantzana A, Katsimbeli A, et al. An Overview of Play Therapy. *Materia Socio Medica*. 2021;33(4):293.
13. Cserép M, Szabó B, Tóth-Heyn P, Szabo AJ, Szumska I. The Predictive Role of Cognitive Emotion Regulation of Adolescents with Chronic Disease and Their Parents in Adolescents' Quality of Life: A Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health*. 1 de Dezembro de 2022;19(23).
14. Northrup JB, Patterson MT, Mazefsky CA. 10. Predictors of Severity and Change in Emotion Dysregulation among Children and Adolescents with ASD. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2021;50(6):708–29.
15. Tsai CH, Chen KL, Li HJ, Chen KH, Hsu CW, Lu CH, et al. The symptoms of autism including social communication deficits and repetitive and restricted behaviors are associated with different emotional and behavioral problems. *Sci Rep*. 25 de Novembro de 2020;10(1):20509.
16. Ros R, Graziano PA. A Transdiagnostic Examination of Self-Regulation: Comparisons Across Preschoolers with ASD, ADHD, and Typically Developing Children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 3 de Julho de 2020;49(4):493–508.
17. Tse ACY. Brief Report: Impact of a Physical Exercise Intervention on Emotion Regulation and Behavioral Functioning in Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. Novembro de 2020;50(11):4191–8.
18. Jaisle EM, Groves NB, Black KE, Kofler MJ. Linking ADHD and ASD Symptomatology with Social Impairment: The Role of Emotion Dysregulation. *Res Child Adolesc Psychopathol*. Janeiro de 2023;51(1):3–16.
19. Conner CM, White SW, Scahill L, Mazefsky CA. The role of emotion regulation and core autism symptoms in the experience of anxiety in autism. *Autism*. Maio de 2020;24(4):931–40.
20. Costescu C, Roşan A, David C, Cozma L, Calota A. The Relation between Cognitive and Emotional Processes in Children and Adolescents with Neurodevelopmental Disorders-A Meta-Analysis. *Eur J Investig Health Psychol Educ*. 29 de Novembro de 2023;13(12):2811–26.
21. Li B, Blijd-Hoogewys E, Stockmann L, Vergari I, Rieffe C. 17. Toward feeling, understanding, and caring: The development of empathy in young autistic children. *Autism*. Julho de 2023;27(5):1204–18.

22. Clifford P, Gevers C, Jonkman KM, Boer F, Begeer S. 18. The effectiveness of an attention-based intervention for school-aged autistic children with anger regulating problems: A randomized controlled trial. *Autism Res.* Outubro de 2022;15(10):1971–84.
23. Kirst S, Bögl K, Gross VL, Diehm R, Poustka L, Dziobek I. 19. Subtypes of Aggressive Behavior in Children with Autism in the Context of Emotion Recognition, Hostile Attribution Bias, and Dysfunctional Emotion Regulation. *J Autism Dev Disord.* Dezembro de 2022;52(12):5367–82.
24. Neuhaus E, Webb SJ, Bernier RA. 20. Linking social motivation with social skill: The role of emotion dysregulation in autism spectrum disorder. *Dev Psychopathol.* Agosto de 2019;31(3):931–43.
25. Doernberg EA, Russ SW, Dimitropoulos A. 21. Believing in Make-Believe: Efficacy of a Pretend Play Intervention for School-Aged Children with High-Functioning Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord.* Fevereiro de 2021;51(2):576–88.
26. Eschenauer S, Tsao R, Legou T, Tellier M, André C, Brugnoli I, et al. 22. Performing for Better Communication: Creativity, Cognitive-Emotional Skills and Embodied Language in Primary Schools. *J Intell.* 14 de Julho de 2023;11(7):140.
27. Jahromi LB, Kirkman KS, Friedman MA, Nunnally AD. 23. Associations Between Emotional Competence and Prosocial Behaviors With Peers Among Children With Autism Spectrum Disorder. *Am J Intellect Dev Disabil.* 1 de Março de 2021;126(2):79–96.
28. Li B, Bos MG, Stockmann L, Rieffe C. 25. Emotional functioning and the development of internalizing and externalizing problems in young boys with and without autism spectrum disorder. *Autism.* Janeiro de 2020;24(1):200–10.
29. Dağdelen F. 26. Decreased Theory of Mind Abilities and Increased Emotional Dysregulation in Adolescents With ASD and ADHD. *Alpha psychiatry.* Março de 2021;22(2):100–5.
30. Zhao D, Zhang J. 26. The effects of working memory training on attention deficit, adaptive and non-adaptive cognitive emotion regulation of Chinese children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *BMC Psychol.* 5 de Fevereiro de 2024;12(1):59.
31. Gasparro S, Bennett S, Wyka K, Temkin-Yu A, Damianides A, Beaumont R. 24. The Effect of the Secret Agent Society Group Program on Parent-Teacher Agreement Regarding Children's Social Emotional Functioning. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland).* 10 de Abril de 2023;13(4).

32. Groves NB, Kofler MJ, Wells EL, Day TN, Chan ESM. 27. An Examination of Relations Among Working Memory, ADHD Symptoms, and Emotion Regulation. *J Abnorm Child Psychol*. Abril de 2020;48(4):525–37.
33. Antony EMA, Pihlajamäki M, Speyer LG, Murray AL. 28. Does emotion dysregulation mediate the association between ADHD symptoms and internalizing problems? A longitudinal within-person analysis in a large population-representative study. *J Child Psychol Psychiatry*. Dezembro de 2022;63(12):1583–90.
34. Vacher C, Romo L, Dereure M, Soler M, Picot MC, Purper-Ouakil D. 29. Efficacy of cognitive behavioral therapy on aggressive behavior in children with attention deficit hyperactivity disorder and emotion dysregulation: study protocol of a randomized controlled trial. *Trials*. 7 de Fevereiro de 2022;23(1):124.
35. Santonastaso O, Zaccari V, Crescentini C, Fabbro F, Capurso V, Vicari S, et al. 30. Clinical Application of Mindfulness-Oriented Meditation: A Preliminary Study in Children with ADHD. *Int J Environ Res Public Health*. 22 de Setembro de 2020;17(18):6916.
36. PHDA - Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção. Critérios de Diagnóstico. 2024. 31. Critérios de Diagnóstico.
37. Silverman MR, Bennett R, Feuerstahler L, Stadterman J, Dick AS, Graziano P, et al. 32. Measuring Emotion Dysregulation in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Revisiting the Factor Structure of the Emotion Regulation Checklist. *Behav Ther*. Março de 2022;53(2):196–207.
38. Paulus FW, Ohmann S, Möhler E, Plener P, Popow C. 33. Emotional Dysregulation in Children and Adolescents With Psychiatric Disorders. A Narrative Review. *Front Psychiatry*. 2021;12:628252.
39. Hartman CA, Rommelse N, van der Klugt CL, Wanders RBK, Timmerman ME. 34. Stress Exposure and the Course of ADHD from Childhood to Young Adulthood: Comorbid Severe Emotion Dysregulation or Mood and Anxiety Problems. *J Clin Med*. 1 de Novembro de 2019;8(11).
40. Tajik-Parvinchi D, Farmus L, Tablon Modica P, Cribbie RA, Weiss JA. 37. The role of cognitive control and emotion regulation in predicting mental health problems in children with neurodevelopmental disorders. *Child Care Health Dev*. Setembro de 2021;47(5):608–17.
41. Pochon R, Touchet C, Ibernou L. 35. Recognition of Basic Emotions with and without the Use of Emotional Vocabulary by Adolescents with Down Syndrome. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*. 30 de Maio de 2022;12(6).

42. Belmonte-Darraz S, Montoro CI, Andrade NC, Montoya P, Riquelme I. 38. Alteration of Emotion Knowledge and Its Relationship with Emotion Regulation and Psychopathological Behavior in Children with Cerebral Palsy. *J Autism Dev Disord*. Abril de 2021;51(4):1238–48.
43. APCL. 36. Paralisia Cerebral. 2021.
44. Direção-Geral de Saúde, Serviço Nacional de Saúde, Programa Nacional para a Diabetes. CRIANÇAS E JOVENS COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 MANUAL DE FORMAÇÃO PARA APOIO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO. 2019;
45. Yıldız Miniksar D, Öz B, Kılıç M, Özge Kaban Ş, Yavuzyılmaz F, Öztürk O, et al. 44. An Evaluation of Difficulty in Emotion Regulation, Impulsivity, and Emotional Eating in Children and Adolescents Diagnosed with Type 1 Diabetes Mellitus. *Turkish archives of pediatrics*. Janeiro de 2024;59(1):78–86.
46. Yıldız Miniksar D, Öz B, Kılıç M, Özge Kaban Ş, Yavuzyılmaz F, Öztürk O, et al. 54. An Evaluation of Difficulty in Emotion Regulation, Impulsivity, and Emotional Eating in Children and Adolescents Diagnosed with Type 1 Diabetes Mellitus. *Turkish archives of pediatrics*. Janeiro de 2024;59(1):78–86.
47. Bravo L, Killela MK, Reyes BL, Santos KMB, Torres V, Huang CC, et al. 50. Self-Management, Self-Efficacy, and Health-Related Quality of Life in Children With Chronic Illness and Medical Complexity. *Journal of Pediatric Health Care*. Julho de 2020;34(4):304–14.
48. Di Riso D, Cambrisi E, Bertini S, Miscioscia M. 56. Associations between Pretend Play, Psychological Functioning and Coping Strategies in Pediatric Chronic Diseases: A Cross-Illness Study. *Int J Environ Res Public Health*. 18 de Junho de 2020;17(12).
49. Barrett CE, Zhou X, Mendez I, Park J, Koyama AK, Claussen AH, et al. 52. Prevalence of Mental, Behavioral, and Developmental Disorders Among Children and Adolescents with Diabetes, United States (2016-2019). *J Pediatr*. Fevereiro de 2023;253:25–32.
50. Goncerz D, Mazurek E, Piasny M, Surówka A, B. Starzyk J, Wójcik M, et al. 46. Depressive and anxiety symptoms in adolescents with type 1 diabetes – a single-centre observational study. *Pediatr Endocrinol Diabetes Metab*. 2023;29(4):231–6.
51. Nguyen LA, Pouwer F, Winterdijk P, Hartman E, Nuboer R, Sas T, et al. 53. Prevalence and course of mood and anxiety disorders, and correlates of symptom severity in adolescents with type 1 diabetes: Results from diabetes LEAP. *Pediatr Diabetes*. Junho de 2021;22(4):638–48.

52. Holtz B, Mitchell K. 49. Supporting Parents of Children With Type 1 Diabetes: Experiment Comparing Message and Delivery Types. JMIR Form Res. 3 de Fevereiro de 2023;7:e41193.
53. Cláudia Campos. A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. Psilogos, Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca. 2017;15.
54. Patrícia Isabel Bispo Pereira Baltar Guerreiro. A Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica: A 'ARTE' de Cuidar. Lisboa; 2016.
55. Kohlsdorf M, Costa-Junior ÁL. Comunicação em pediatria: revisão sistemática de literatura. Estudos de Psicologia (Campinas). Dezembro de 2013;30(4):539–52.
56. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. 2001.
57. Vanda Vicente. PROMOVER A ESPERANÇA PARENTAL: o papel do enfermeiro especialista no suporte à parentalidade. Lisboa; 2021.
58. Ordem dos Enfermeiros. GUIAS ORIENTADORES DE BOA PRÁTICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA. 2011 Fev. (S É R I E I). Report No.: N Ú M E R O 3.
59. Ordem dos Enfermeiros. Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização. Lisboa; 2015 Dez. (1). Report No.: 8.
60. Cristóvão CS. Articulação de Cuidados para Promover o Conforto do Doente com Cancro da Mama. 2012.
61. Florêncio AM de C. CRESCER COM DOENÇA CRÓNICA: IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA DA CRIANÇA NO DOMICÍLIO [Internet]. 2020 Sep. Available from: http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2441/1/Ana_Florencio.pdf
62. Hospital Garcia de Orta. Estratégia: Serviço de Pediatria. 2020.
63. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. 2013.
64. Hospital Garcia de Orta. Enfermeiro de Referência.
65. Payne R, Steakley B. Establishing a primary nursing model of care. Nursing Management (Springhouse) [Internet]. 2015 Dec;46(12):11–3. Available from: https://journals.lww.com/nursingmanagement/Citation/2015/12000/Establishing_a_primary_nursing_model_of_care.3.aspx

66. Hospital Garcia de Orta. Algoritmo de Atuação do Enfermeiro de Referência.
67. Hospital Garcia de Orta. Pediatria [Internet]. 2024. Available from: <https://www.hgo.min-saude.pt/category/servicos/area-materna-e-infantil/#tab2-panel>
68. Hospital Garcia de Orta. Pediátricos [Internet]. 2024. Available from: <https://www.hgo.min-saude.pt/2021/07/05/pediatricos/>
69. Hospital Garcia de Orta. CDC [Internet]. 2024. Available from: <https://www.hgo.min-saude.pt/2020/10/02/cdc/>
70. Direção-Geral de Saúde. 40. Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. 2015;
71. Diário da República. 41. Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. 2019;
72. Serviço Nacional de Saúde, Direção-Geral da Saúde. 42. Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 na Escola. 2016;

Apêndice I – Póster “Gestão das Emoções na Criança com Necessidades de Saúde Especiais”

Gestão das Emoções na Criança com Necessidades de Saúde Especiais

Catarina Sousa – Enfermeira – Nephrocare Almada; Graça Rocha – Professora ESSCVP;

Introdução: Todos os alunos têm direito à sua inclusão nas escolas, independentemente da sua situação pessoal e social, de forma a poderem adquirir habilitações académicas que lhes permitam a sua plena inclusão social. As crianças com NSE apresentam dificuldades na aprendizagem e limitações no funcionamento sensorial, motor, cognitivo, da fala, da linguagem e comunicação, emocional, personalidade e saúde física(1).

Objetivos: Refletir sobre a gestão das emoções na criança com necessidades de saúde especiais (NSE) e Identificar estratégias promotoras da gestão emocional das crianças com NSE. **Metodologia:** Questão PI[C]O: De que forma é que as crianças com perturbação do espectro de autismo (PEA), perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA), síndrome de down ou paralisia cerebral gerem as suas emoções? Critérios de inclusão: crianças e/ou adolescentes com perturbações do desenvolvimento e emoções alteradas. Equação de pesquisa:[child* AND (autism OR attention deficit hyperactivity disorder OR cerebral palsy OR Down syndrome) AND (emotion OR emotion regulation)] que foi utilizada nas bases de dados Medline e Pubmed com limitação temporal de cinco anos (de Março de 2019 e Março de 2024). No total, 26 artigos foram selecionados para análise de resultados.


Resultados

<p>As crianças com PEA têm estados emocionais intensos, ansiedade, depressão, isolamento, agressão, hipersensibilidade sensorial, hospitalização, auto-lesões e ideações suicidas(1-14).</p> <p>As estratégias de regulação emocional que obtém melhores resultados são: Rotinas e Previsibilidade, Salas Snoezelen ou semelhantes, Distração do momento e Reorientação Positiva(15,16).</p>	<p>As crianças com PHDA passam por estados emocionais intensos, sintomas somáticos, ansiedade, hiperatividade, hipersensibilidade sensorial, impulsividade, depressão, agressão e stress.</p> <p>Internalizam os seus problemas e sentem insegurança sobre o que os outros pensam deles(1,17-25). As estratégias de regulação emocional que obtém melhores resultados são: Transformar as atividades em jogos(23,26) e Salas Snoezelen ou semelhantes(22,25).</p>
<p>As crianças com Síndrome de Down apresentam hipersensibilidade emocional, autoestima baixa, depressão e ansiedade e comportamentos socialmente incorretos. As estratégias de regulação emocional que obtém melhores resultados são: Reforçar comportamentos sociais ajustados Promoção de Atividades Recreativas e de Lazer(1,27).</p>	<p>As crianças com Paralisia Cerebral são excluídas da participação nas atividades, que leva ao desenvolvimento de comportamentos egocêntricos, défices nas competências socioemocionais e afetivas, isolamento, vitimização, emoções intensas, depressão e ansiedade(7,27-30). As estratégias de regulação emocional que obtém melhores resultados são: Inclusão nas atividades com outras crianças e Promover a Comunicação(29,30).</p>

As estratégias de gestão emocional que apresentam sucesso em todas estas NSE são: Estratégias de Respiração e Relaxamento/Autorregulação(1,21,25,27), Escuta Ativa e Reforço Positivo(1,15, 16,27,29,30), Dramatização (14,22,31), Promover a expressão e reflexão de emoções(1,14,27,29-31), Actividade Física(5,25,29,30) e Definição de metas realistas(29,30).

Conclusão: As crianças com NSE não têm as ferramentas para gerir emoções intensas. Os profissionais de educação e saúde sentem-se frustrados quando as acompanham, sendo por vezes o apoio de outros profissionais ou modificar as estratégias. Quando se estabelece uma relação de ajuda e apoio mútuo, as crianças conseguem melhorar o desempenho académico e as suas competências emocionais.

Referências Bibliográficas



Apêndice J – Apresentação “Gestão das Emoções na Criança com Necessidades de Saúde Especiais”

Plano de Sessão

Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II

Tema: Gestão das Emoções na Criança com Necessidades de Saúde Especiais

População Alvo: Professores, Assistentes Operacionais, educadores, e amas

Supervisora Pedagógica: Professora Graça Moraes Rocha

Supervisora Clínica: Enfermeira Márcia Albino

Formador: Enfermeira Catarina Sousa

Locais: Escola Básica n.º1 do Laranjeiro, Escola Básica Alexandre Castanheira, Escola Básica e Secundária Professor Ruy Luís Gomes, Jardim de Infância "Os Dois Patinhos", Associação Solidariedade e Desenvolvimento do Laranjeiro e Espaço Educativo do Laranjeiro - A Voz do Operário Sociedade de Instrução e Beneficência

Duração: 35 min de apresentação + 20 minutos de discussão e reflexão

Objetivo Geral: Refletir sobre a gestão das emoções na criança com necessidades de saúde especiais e nos vários intervenientes no processo de cuidar e/ou ensino da criança.

Objetivos Específicos: Identificar 3 sintomas das crianças com necessidades de saúde especiais que podem provocar desregulação emocional; Reconhecer três comportamentos de expressão de desregulação emocional em crianças com necessidades de saúde especiais; Conhecer duas

estratégias de gestão de emoções adequadas às particularidades das crianças com necessidades de saúde especiais; Validar as emoções sentidas pelos intervenientes no processo de cuidar e/ou ensino da criança.

ETAPAS (FASES)	OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS (MAV)	TEMPO	FORMADOR
<i>INTRODUÇÃO</i>	Apresentar o tema de trabalho e formadora; Definir os objetivos do trabalho.	Apresentação do formador e do tema, Definição do objetivo geral e dos objetivos específicos.	Expositivo	Power point	2 min	Catarina Sousa
<i>DESENVOLVIMENTO</i>	Definir os conceitos de emoções e gestão de emoções; Apresentar as perturbações do espectro de autismo e défice de atenção e hiperatividade; Compartilhar estratégias de gestão de emoções para	Explicação dos conceitos de emoção e gestão de emoções. Definição de perturbação do espectro de autismo, seus sintomas e apresentações da sua desregulação emocional. Definição da perturbação do défice de atenção e hiperatividade seus sintomas e	Expositivo Interativo	Power point	30 min	Catarina Sousa

	<p>crianças com perturbações do espectro de autismo e/ou défice de atenção e hiperatividade;</p> <p>Refletir sobre as emoções dos educadores e possíveis estratégias de gestão que poderão utilizar.</p>	<p>apresentações da sua desregulação emocional.</p> <p>Demonstração das emoções que os educadores sentem quando ensinam/apoiam uma criança com necessidades de saúde especiais.</p> <p>Demonstração de estratégias de gestão de emoções que podem ser utilizadas pelos educadores.</p> <p>Sensibilizar os educadores para o decreto-lei que refere a escola inclusiva e como devem proceder ao detetar estas crianças.</p>				
--	--	--	--	--	--	--

<p><i>SÍNTESE</i> <i>(Conclusão)</i></p>	<p>Resumir os conteúdos apresentados;</p> <p>Esclarecer dúvidas;</p> <p>Responder a questões realizadas pelo público-alvo.</p>	<p>Apresentação das principais conclusões;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas e questões dos formandos.</p>	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo,</p> <p>Interativo</p>	<p>Power point</p>	<p>3 min + 20 min de discussã o</p>	<p>Catarina Sousa</p>
<p><i>AVALIAÇÃO</i></p>	<p>Avaliar a sessão</p>	<p style="background-color: #cccccc;"></p>	<p>Participativo</p>	<p>Questionário de avaliação da formação</p>	<p>5 min.</p>	<p>Catarina Sousa</p>

Gestão das Emoções na Criança com Necessidades de Saúde Especiais

Elaborado por Enf.ª Catarina Sousa
Supervisora Clínica Enf.ª Márcia Albino
Supervisora Pedagógica Prof.ª Graça Rocha



Objetivos da Sessão

Objetivo Geral: Refletir sobre a gestão das emoções na criança com necessidades de saúde especiais e nos vários intervenientes no processo de cuidar e ensino da criança.

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar os educadores para as emoções das crianças com necessidades de saúde especiais;
- Refletir sobre as estratégias de regulação emocional adequadas às crianças com necessidades de saúde especiais;
- Promover estratégias de gestão das emoções aos educadores quando vivenciam estas situações.



Gestão das Emoções

As emoções são respostas do corpo a estímulos gratificantes ou perturbadores. Traduz-se em comportamentos corporais e/ou comportamentais¹.

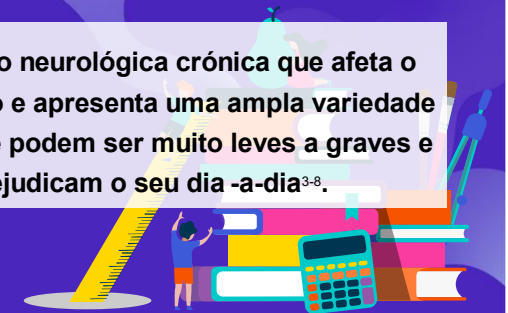
A gestão de emoções consiste nas habilidades adaptativas e positivas para gerir, compreender e expressar os estados emocionais^{1,2}.

3



Perturbação do Espetro do Autismo

É uma condição neurológica crónica que afeta o desenvolvimento e apresenta uma ampla variedade de sintomas que podem ser muito leves a graves e que prejudicam o seu dia -a-dia³⁻⁸.



Perturbação do Espectro do Autismo

Sintomas

1. Dificuldades na interação social e afetiva, entender emoções nas faces dos outros, expressar empatia e uso limitado de expressões faciais⁴⁻¹⁶;
2. Comportamentos repetitivos, como balançar o corpo, bater as mãos, repetir palavras ou frases e fixação em padrões ou rotinas específicas^{4-8,10,11};
3. Sensibilidade sensorial a estímulos sensoriais como luzes, sons, texturas e cheiros^{9,11}.
4. Dificuldades em manter a atenção e em executar tarefas^{5,7,10,15}, assim como problemas com a memória recente^{5,11}.



Perturbação do Espectro do Autismo

Desregulação Emocional

- Estados emocionais intensos^{6,11,13-15,17,21} como raiva^{8,10,11,13,14} e irritabilidade^{9,10,15};
- Ansiedade^{5,6,8,9-11,15,19,20} e Ansiedade social⁸⁻¹⁰;
- Depressão^{5,6,8-11,15,20};
- Isolamento^{9,10,18};
- Agressão^{6,8-11,13-15,20};
- Reatividade Sensorial Aumentada^{11,13,17};
- Dificuldade em lidar com o stress⁶;
- Comportamentos lesivos^{8,15};
- Hospitalização⁹;
- Desempenho Escolar Diminuído^{11,17,19,21};
- Ideações Suicidas¹⁵;



Perturbação do Espectro do Autismo

Estratégias de Gestão de Emoções

1. Rotinas e Previsibilidade
2. Reestruturar o Pensamento^{18,20}
3. Levar para uma Sala Calma e Distrair do momento^{18,20}
4. Estratégias de Respiração e Relaxamento
5. Escuta Ativa e Reforço Positivo^{18,20}



Perturbação do Espectro do Autismo

Estratégias de Gestão de Emoções

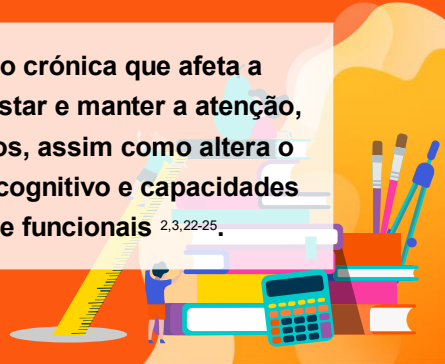
6. Abordagens Teatrais/Dramatização^{16,17}
7. Promover a expressão e reflexão de emoções^{16,17}
8. Actividade Física⁸



8

Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade

É uma condição crónica que afeta a capacidade de prestar e manter a atenção, controlar impulsos, assim como altera o desenvolvimento cognitivo e capacidades executivas e funcionais ^{2,3,22-25}.



Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade Sintomas

1. Dificuldade em prestar atenção ou manter a atenção em tarefas ou atividades ^{2,3,22-26}.
2. Dificuldade em seguir instruções e completar até ao fim ^{2,3,22,26}.
3. Impulsividade, como interromper os outros, agir sem pensar nas consequências ou falar excessivamente ^{2,3,22,23-26}.
4. Inquietação ou dificuldade em ficar parado por períodos prolongados ^{2,3,22-26}.
5. Dificuldade em organizar atividades e gerir o tempo ^{2,3,22,10}.



Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade Desregulação Emocional

Estados emocionais intensos ^{2,11,24,27}, como raiva ^{2,27}, irritabilidade ^{24,28} e frustração ^{24,27,28};

Episódios “explosivos” de emoções ^{24,27,28};

Ansiedade ^{11,23,28};

Hiperatividade ^{24,26,28};

Reatividade Extrema a estímulos ²⁸;

Impulsividade ^{24,26,28};

Internalização dos problemas ^{23,24,27,28};



Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade Desregulação Emocional

Sintomas provocados por emoções intensas, como dores de cabeça, náuseas ou vômitos ^{24,28};

Insegurança sobre o que os outros pensam deles ^{24,27};

Depressão ^{2,11,23,27,28};

Agressão ^{11,24,27};

Stress ²⁸.



12

Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade

Estratégias de Gestão de Emoções

1. **Trazer características de jogos para as atividades** ^{19,25}
2. **Exercício Físico** ²⁶
3. **Reforço Positivo e Reconhecimento**
4. **Ensino de Estratégias de Autorregulação/Meditação e Mindfulness** ^{24,26}
5. **Criação de Espaços de Calma**
6. **Abordagens Teatrais/Dramatização** ^{16,17,24}



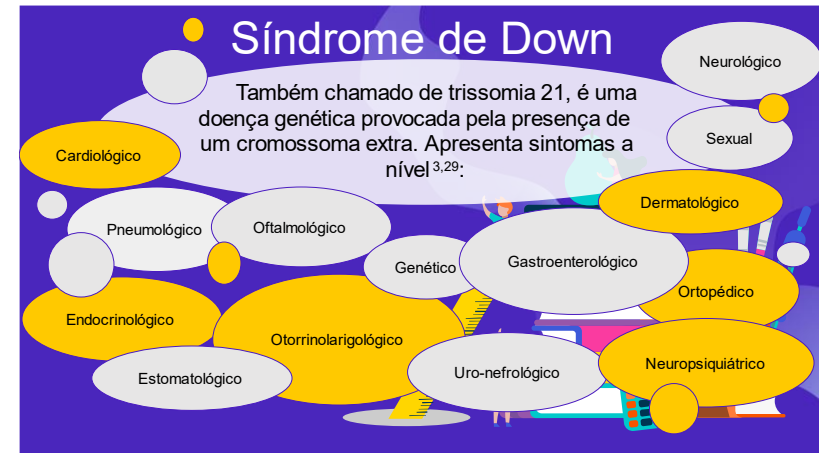
Síndrome de Down

Sintomas

- Dificuldades em manter a atenção e precisam de mais tempo para reagirem ao que lhes acontece ^{3,29};
- Orientam-se por imagens e ideias concretas e apresentam dificuldades com atividades mentais que exijam o abstrato e espontaneidade ^{3,29};
- Pode haver atraso na linguagem e comunicação que leva -os a ter dificuldades em expressar -se ^{3,29};
- Sensibilidade emocional, eles estão mais propensos a sentir emoções intensas, como tristeza, raiva ou ansiedade ^{3,29}.



15



Síndrome de Down

Desregulação Emocional

- Autoestima baixa ^{3,29}
- Estados emocionais intensos ^{3,29}
- Depressão e Ansiedade ^{3,29}
- Comportamentos socialmente incorretos ^{3,29}

Estratégias de Gestão de Emoções

- Reforçar comportamentos sociais ajustados ^{3,29};
- Escuta Ativa e Apoio ^{3,29};
- Estratégias de Autorregulação ^{3,29};
- Promoção de Atividades Recreativas e de Lazer ^{3,29}.



16

Paralisia Cerebral

É um conjunto de doenças que envolvem dificuldades na mobilização e rigidez muscular. Resulta de malformações cerebrais durante a gravidez ou de lesões cerebrais que ocorrem antes, durante ou logo após o nascimento ³⁰.

- **Espástica:** Rigidez muscular, movimentos bruscos e coordenar movimentos.
 - **Atetóide:** Movimentos involuntários, descontrolados e até espasmos.
- **Atáxica:** Problemas de equilíbrio, coordenação motora e movimentos finos
- **Hipotônica:** Diminuição da força muscular em todo o corpo, que pode levar a dificuldades respiratórias, na capacidade de fala e andar;

Paralisia Cerebral Desregulação Emocional

São excluídas da participação nas atividades de vida diária desde cedo, o que pode levar ao **desenvolvimento de comportamentos egocêntricos** e de **défices nas competências sociais, emocionais e afetivas**, o que por sua vez pode levar ao **isolamento social, vitimização e menos relações interpessoais nestas crianças** ^{11,31,32}.

Têm dificuldades de atenção, problemas de regulação emocional, instabilidade ou sentimentos extremos, versáteis e respostas inesperadas e flutuantes, depressão e ansiedade ^{11,31,32}.



Paralisia Cerebral Sintomas

Movimentos Exagerados, rigidez muscular, espasmos, tremores, falta de coordenação motora e equilíbrio ^{30,31};

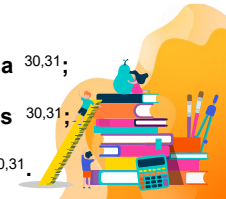
Dificuldades de fala e deglutição, dificuldades na produção de sons claros e articulação das palavras ^{30,31};

Reflexos exagerados ou ausentes ^{30,31};

Atrasos no desenvolvimento infantil, cognitivo e da fala ^{30,31};

Problemas de visão e audição devido a danos cerebrais ^{30,31};

Algumas crianças podem ter convulsões epiléticas ^{30,31}.



Paralisia Cerebral

Estratégias de Gestão das Emoções

1. **Exercício Físico** ^{39,40}

2. **Reforço Positivo e Reconhecimento** ^{39,40}

3. **Inclusão nas atividades com outras crianças** ^{39,40}

4. **Estratégias de Autorregulação** ^{39,40}

5. **Promover a Comunicação** ^{39,40}

6. **Definição de metas realistas** ^{39,40} ₂₀



Como referenciar?



21

Estratégias de Gestão de Emoções para Educadores

- Promover a sua formação e procurar conhecimento sobre estas situações^{34,35,36};
- Trabalhar em Equipa! Procurar articular com a comunidade e família^{34,35,36};
- Organizar e dividir as tarefas consoante os objetivos seguintes^{33,34};
- Procurar estabelecer uma relação de proximidade e responsabilidade mútua com o aluno^{35,36};

23

E os educadores que ficam com estas crianças?

Quando os educadores se deparam com uma criança com necessidades de saúde especiais, é natural que possam experimentar uma variedade de emoções. Cada pessoa pode reagir de maneira diferente, dependendo da sua própria experiência, conhecimento e percepção da situação^{34,35,36}.



Estratégias de Gestão de Emoções para Educadores

- Criar um espaço para que o aluno possa receber feedback sobre as suas qualidades e prejuízos, mas que também permita ao aluno explicar as suas necessidades acerca da sua condição^{35,36};
- Procurar estratégias que melhor se apliquem a si para gerir as suas emoções, como aconselhamento, meditação, exercício físico, entre outros^{35,36}

24



Conclusão

As emoções nas crianças e adolescentes com necessidades de saúde especiais podem ser bastante intensas e difíceis de gerir, em particular, porque estas não têm as ferramentas ou estas estão incompletas.

Os educadores também se debatem com frustrações quando têm que educar e acompanhar estas crianças, sendo por vezes necessário o apoio de outros profissionais ou de modificar as estratégias utilizadas.

Quando se procura estabelecer uma relação de ajuda e apoio mútuo, os alunos e os educadores conseguem melhorar o desempenho académico e as suas competências emocionais.



25

Referências Bibliográficas

- Costescu C, Rosan A, David C, Cozma L, Calota A. The Relation between Cognitive and Emotional Processes in Children and Adolescents with Neurodevelopmental Disorders –A Meta-Analysis. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* [Internet]. 2023 Dec 1;13(12):2811 –. Available from: <https://www.mdpi.com/2254-9625/13/12/194>
- Li B, Blijd-Hoogewys E, Stockmann L, Vergari I, Rieffe C. Toward feeling, understanding, and caring: The development of empathy in young autistic children. *Autism*. 2022 Aug 23;136236132211179.
- Clifford P, Gevers C, Jonkman KM, Boer F, Begeer S. The Effectiveness of an Attention -based Intervention for School -aged Autistic Children with Anger Regulating problems: a Randomized Controlled Trial. *Autism Research*. 2022 Aug 31;15(10).
- Kirst S, Bögl K, Gross VL, Diehm R, Poustka L, Dziobek I. Subtypes of Aggressive Behavior in Children with Autism in the Context of Emotion Recognition, Hostile Attribution Bias, and Dysfunctional Emotion Regulation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2021 Dec 20;52(12):5367 –82.
- Neuhaus E, Webb SJ, Bernier RA. Linking social motivation with social skill: The role of emotion dysregulation in autism spectrum disorder. *Development and Psychopathology*. 2019 Apr 8;31(3):931 –43.
- Doernberg EA, Russ SW, Dimitropoulos A. Believing in Make -Believe: Efficacy of a Pretend Play Intervention for School -Aged Children with High-Functioning Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2020 Jun 16;
- Eschenauer S, Tsao R, Legou T, Tellier M, André C, Brugnot I, et al. Performing for Better Communication: Creativity, Cognitive-Emotional Skills and Embodied Language in Primary Schools. *Journal of Intelligence* [Internet]. 2023 Jul 1 [cited 2023 Aug 20];11(7):140 –. Available from: <https://www.mdpi.com/2079-3200/11/7/140>
- Jahromi LB, Kirkman KS, Friedman MA, Nunnally AD. Associations Between Emotional Competence and Prosocial Behaviors With Peers Among Children With Autism Spectrum Disorder. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*. 2021 Mar 1;126 (2):79–96.
- Gasparro S, Bennett S, Wyka K, Temkin -Yu A, Damianides A, Beaumont R. The Effect of the Secret Agent Society Group Program on Parent-Teacher Agreement Regarding Children's Social Emotional Functioning. *Behavioral Sciences* [Internet]. 2023 Apr 1 [cited 20 23 Aug 17];13(4):322. Available from: <https://www.mdpi.com/2076-328X/13/4/322>
- Li B, Bos MG, Stockmann L, Rieffe C. Emotional functioning and the development of internalizing and externalizing problems in young boys with and without autism spectrum disorder. *Autism*. 2019 Sep 24;24(1):200 –10.

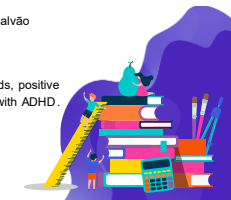
Referências Bibliográficas

- Diogo P. Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica. 1a ed. Martins G, editor. Lisboa: Lisbon International Press; 2023.
- Zhao D, Zhang J. The effects of working memory training on attention deficit, adaptive and non -adaptive cognitive emotion regulation of Chinese children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *BMC Psychology*. 2024 Feb 5;12(1).
- Saraiva H, Sousa A. Cuidados Diferenciados em Enfermagem de Saúde. 1st ed. Lisboa: Lidel; 2022.
- Ibrahimagic A, Patkovic N, Radic B, Hadzic S. Communication and Language Skills of Autistic Spectrum Disorders in Children and Their Parents' Emotions. *Materia Socio Medica*. 2021;33(4):250.
- Northrup JB, Patterson MT, Mazefsky CA. Predictors of Severity and Change in Emotion Dysregulation among Children and Adolescents with ASD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2021 Aug 9;1 –22.
- Tsai CH, Chen KL, Li HJ, Chen KH, Hsu CW, Lu CH, et al. The symptoms of autism including social communication deficits and repetitive and restricted behaviors are associated with different emotional and behavioral problems. *Scientific Reports*. 2020 Nov 25;10(1).
- Ros R, Graziano PA. A Transdiagnostic Examination of Self -Regulation: Comparisons Across Preschoolers with ASD, ADHD, and Typically Developing Children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2019 Apr 11;49(4):493 –508.
- Tse ACY. Brief Report: Impact of a Physical Exercise Intervention on Emotion Regulation and Behavioral Functioning in Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2020 Mar 4;50.
- Jaisle EM, Groves NB, Black KE, Koffler MJ. Linking ADHD and ASD Symptomatology with Social Impairment: The Role of Emotion Dysregulation. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*. 2022 Nov 3;51(1):3 –16.
- Conner CM, White SW, Scatill L, Mazefsky CA. The role of emotion regulation and core autism symptoms in the experience of anxiety in autism. *Autism*. 2020 Feb 12;24(4):931 –40.

Referências Bibliográficas

- Tajik-Parvinchi D, Farmus L, Tablon Modica P, Cribbie RA, Weiss JA. The role of cognitive control and emotion regulation in predicting mental health problems in children with neurodevelopmental disorders. *Child: Care, Health and Development*. 2021 Apr 28;47(5):608–17.
- Belmonte-Darraz S, Montoro CI, Andrade NC, Montoya P, Riquelme I. Alteration of Emotion Knowledge and Its Relationship with Emotion Regulation and Psychopathological Behavior in Children with Cerebral Palsy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2020 Jul 9;51(4):1238–48.
- Diário da República. Decreto-Lei n.º 54/2018 [Internet]. Jul 6, 2018. Available from: <https://diariodarepublica.pt/drd/detalhe/decreto-lei/54-2018-115652961>
- Patrícia Magalhães Teixeira C. Atitudes dos Professores em turmas com alunos NEE face à inclusão [Dissertação]. [IESF - Escola Superior de Educação de Fafe]; 2019.
- Sousa Oliveira LL, da Silva Festas Barbosa CM, Ferreira Machado CP, Machado N, Pereira Garcia Galvão DM, Cardoso de Jesus Pereira LM, et al. Guia Orientador de Boas Práticas: A Criança e o Jovem com Necessidades Educativas Especiais. 1a ed. Ordem dos Enfermeiros, editor. Papa -Letras; 2023.
- Krtek A, Malinakova K, Rudnicka RK, Pesoutova M, Zovincova V, Meier Z, et al. Ambivalent bonds, positive and negative emotions, and expectations in teachers' perceptions of relationship with their students with ADHD. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2022 Jun 16;17(1).

29



Obrigada



Apêndice K – Folheto “Gestão das emoções na criança com necessidades de saúde especiais”

E OS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO?

Como podem gerir as suas emoções com estas crianças?

- Promover a sua **formação e procurar conhecimento** sobre as situações de Necessidades de Saúde Especiais;
- Procurar **articular com outras áreas e especialidades**, assim como com os recursos na comunidade e família;
- Organizar e dividir as tarefas consoante os objetivos seguintes;
- Procurar estabelecer uma **relação de proximidade e responsabilidade mútua** com o aluno;
- Criar um **espaço seguro** para que o aluno possa **receber feedback** sobre as suas qualidades e prejuízos, mas que também permita ao aluno explicar as suas **necessidades acerca da sua condição**;
- Procurar estratégias que melhor se apliquem a si para **gerir as suas emoções**, como aconselhamento, meditação, exercício físico, entre outros.

Elaborado por Enf.^a Catarina Sousa
Supervisora Clínica Enf.^a Márcia Albino
Supervisora Pedagógica Prof.^a Graça Rocha

Referências Bibliográficas

ESS LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

UCC de Almada - Outra Margem

GESTÃO DAS EMOÇÕES NA CRIANÇA COM NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS

Para Profissionais de Educação

PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO



Sintomas:

- Dificuldades na **interação social e sinais sociais, entender emoções** nas faces dos outros e expressar empatia;
- **Comportamentos repetitivos e padrões ou rotinas específicas;**
- Dificuldades na **comunicação verbal e não verbal**, uso limitado de gestos ou expressões faciais;
- Hipersensibilidade ou hiposensibilidade a **estímulos sensoriais** como luzes, sons, texturas e cheiros;
- Dificuldades em manter a atenção e em **executar tarefas**, assim como problemas com a **memória recente**.

Desregulação emocional:

Estados Emocionais Intensos;
Agressão; Reatividade Sensorial;
Ansiedade; Depressão;
Stress Elevado; Isolamento;
Hospitalização;
Ideações Suicidas e Comportamentos Lesivos;

Estratégias de Gestão de Emoções



Técnicas de Reestruturação

Estratégias de Comunicação

Alternativa/**Escuta Ativa**

Ambiente Calmo/Relaxamento

Distrair do momento

Dramatização

Expressão de Emoções com vocabulário emocional

Trazer características de jogos para as tarefas

Atividade Física

Rotinas

PERTURBAÇÃO DE DÉFICE DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Sintomas

- Dificuldade em **prestar e manter a atenção** em tarefas ou atividades;
- Dificuldade em **seguir instruções e completar tarefas** escolares, profissionais ou domésticas;
- **Inquietação** por períodos prolongados;
- **Impulsividade**, como agir sem pensar nas consequências ou falar excessivamente.
- Dificuldade em organizar atividades e **gerir o tempo**.
- Dificuldades na comunicação verbal e não-verbal.

Desregulação Emocional

- Estados Emocionais Intensos
- Episódios “Explosivos” de emoções
- Ansiedade
- Depressão
- Agressão
- Stress
- Hiperatividade
- Impulsividade
- Sintomas provocados por emoções intensas, como dores de cabeça, náuseas ou vômitos
- Reatividade Extrema a Estímulos



Estratégias de Gestão de Emoções

Quebra de Tarefas em Etapas Menores

Trazer características de jogos para as tarefas

Exercício Físico

Dramatização

Espaços calmos

Reforço Positivo e Reconhecimento

Autorregulação/Meditação e Mindfulness



Apêndice L – Questionário de Avaliação de Sessão e Respostas

Questionário

Este questionário anónimo tem como objetivo avaliar a qualidade da sessão “**Gestão das Emoções na Criança com Necessidades de Saúde Especiais**” no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II.

Assinale com um círculo um número, de 1 a 5, (em que 1 significa discordo totalmente, 2 é discordo parcialmente, 3 é não concordo nem discordo, 4 é concordo parcialmente e 5 é concordo totalmente) em cada uma das afirmações que se segue:

1. Avaliação Global da Formação

1.1. Os objetivos da apresentação foram claros.

1 2 3 4 5

1.2. As temáticas apresentadas foram adequadas à prática.

1 2 3 4 5

1.3. A exposição dos assuntos foi clara.

1 2 3 4 5

1.4. A metodologia utilizada foi adequada.

1 2 3 4 5

1.5. Os meios audiovisuais foram adequados.

1 2 3 4 5

1.6. A relação com os participantes foi positiva.

1 2 3 4 5

1.7. A duração da ação/formação foi adequada.

1 2 3 4 5

1.8. As instalações foram adequadas.

1 2 3 4 5

2. Avaliação do Impacto da Formação

2.1. Esta sessão de formação permitiu adquirir novos conhecimentos.

1 2 3 4 5

2.2. Os conteúdos abordados serão facilitadores no relacionamento com crianças com necessidades de saúde especiais.

1 2 3 4 5

2.3. Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções.

1 2 3 4 5

2.4. Os conhecimentos adquiridos contribuirão para o meu desenvolvimento profissional.

1 2 3 4 5

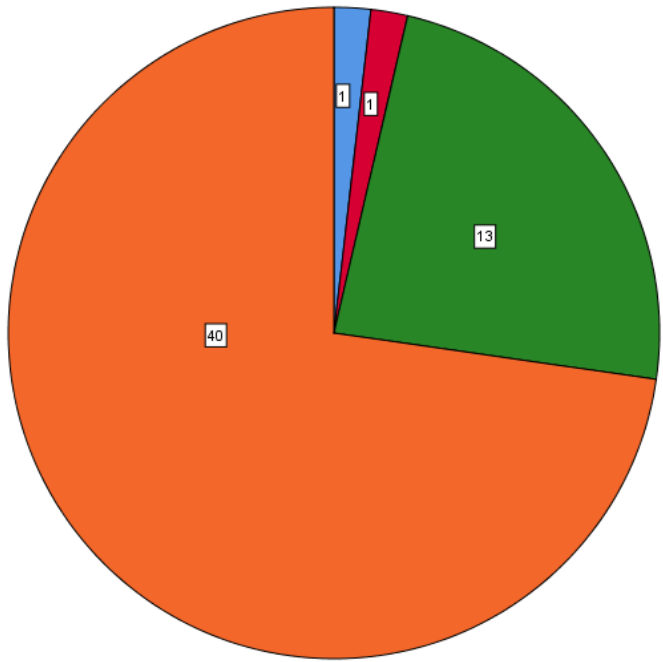
3. Como é de extrema importância continuar este projeto, solicitava o preenchimento das seguintes questões:

3.1. Na sua opinião que outros aspetos podem ser desenvolvidos sobre a gestão de emoções nas crianças com necessidades especiais?

3.2. Na sua opinião que outros assuntos considera importantes e facilitadores para a gestão das suas emoções face à vivência com crianças com necessidades de saúde especiais?

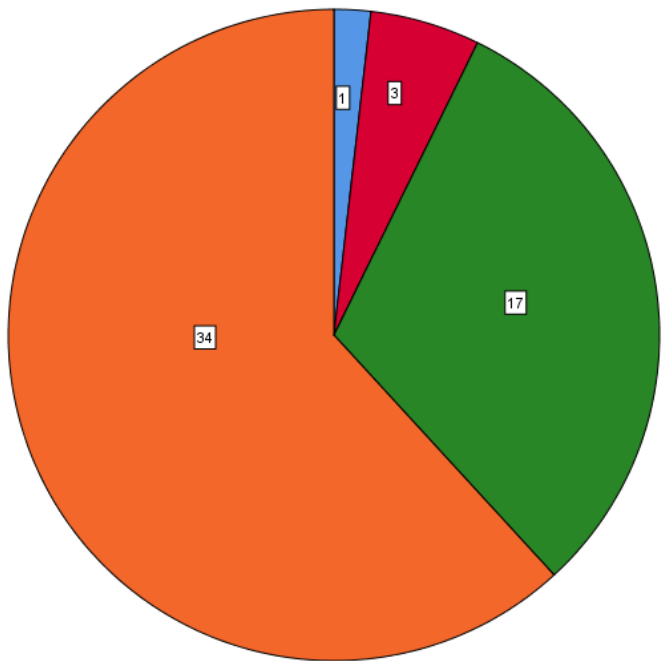
Obrigada pela sua presença e participação nesta sessão.

1.1. Os objetivos da apresentação foram claros.



- Discordo Parcialmente
- Não Concordo Nem Discordo
- Concordo Parcialmente
- Concordo Totalmente

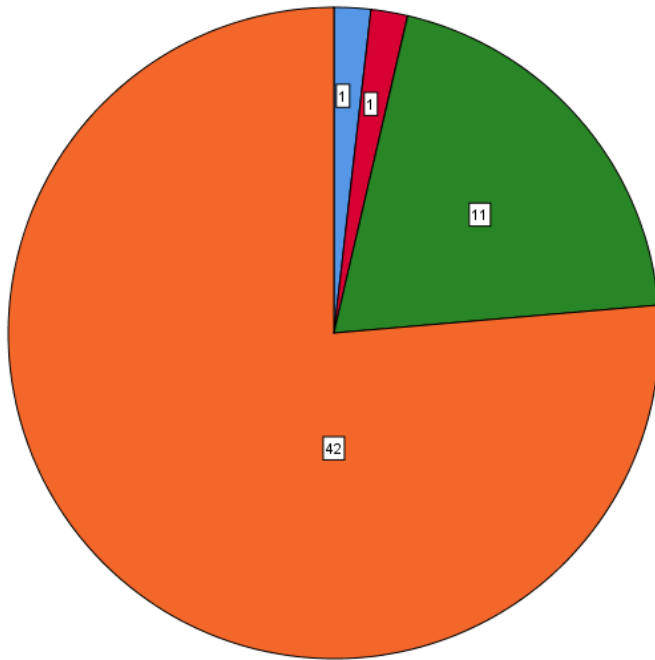
1.2. As temáticas apresentadas foram adequadas à prática.



- Não Respondeu
- Não Concordo Nem Discordo
- Concordo Parcialmente
- Concordo Totalmente

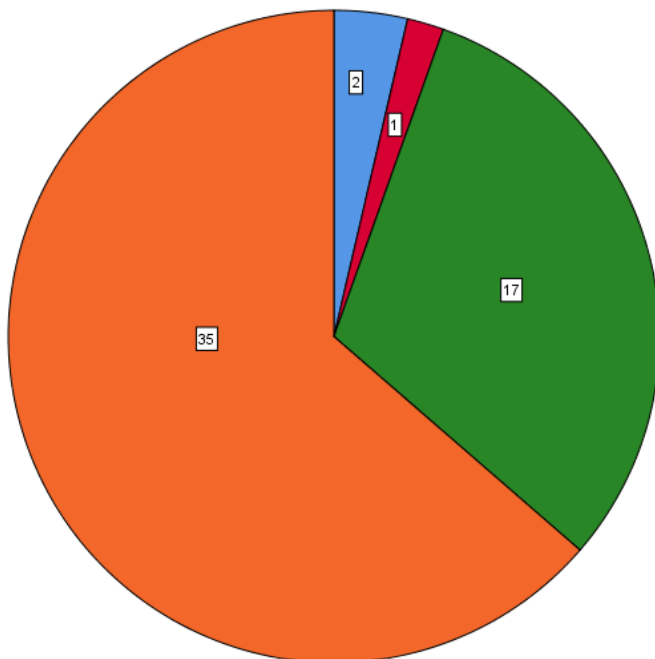
1.3. A exposição dos assuntos foi clara.

- Não Respondeu
- Não Concordo Nem Discordo
- Concordo Parcialmente
- Concordo Totalmente

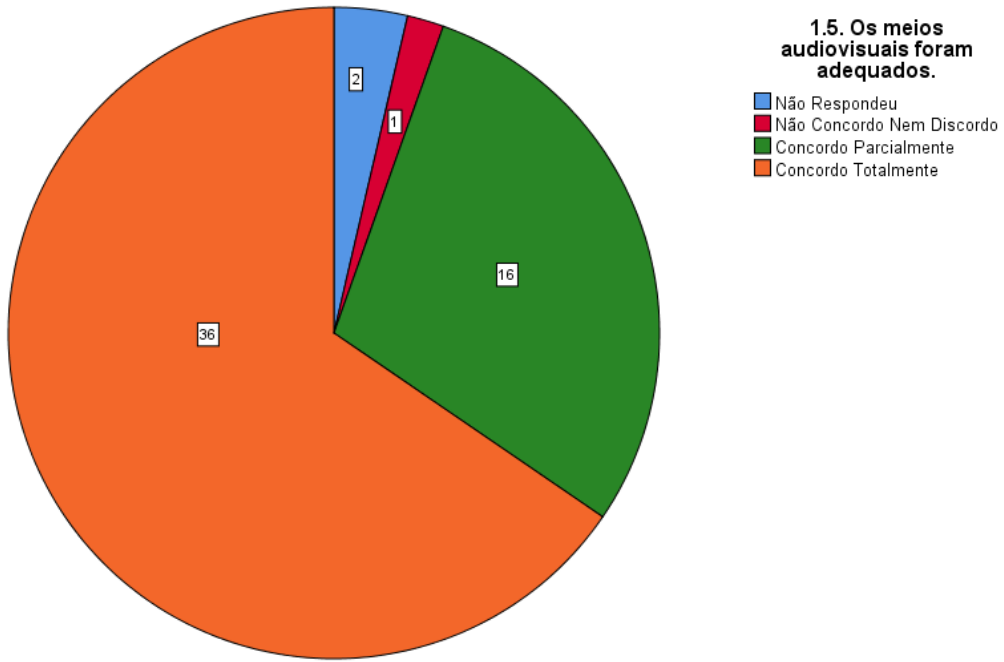


1.4. A metodologia utilizada foi adequada.

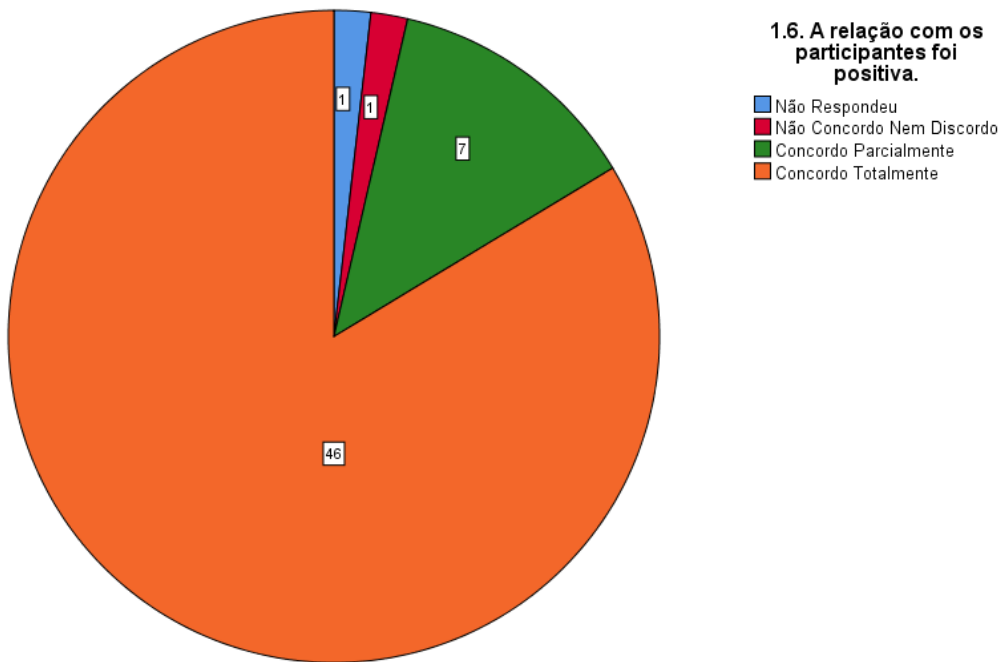
- Não Respondeu
- Não Concordo Nem Discordo
- Concordo Parcialmente
- Concordo Totalmente



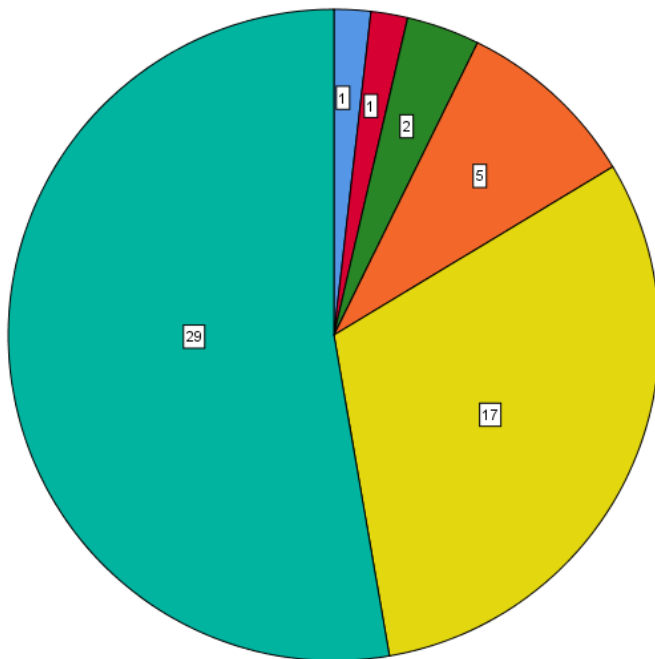
1.5. Os meios audiovisuais foram adequados.



1.6. A relação com os participantes foi positiva.

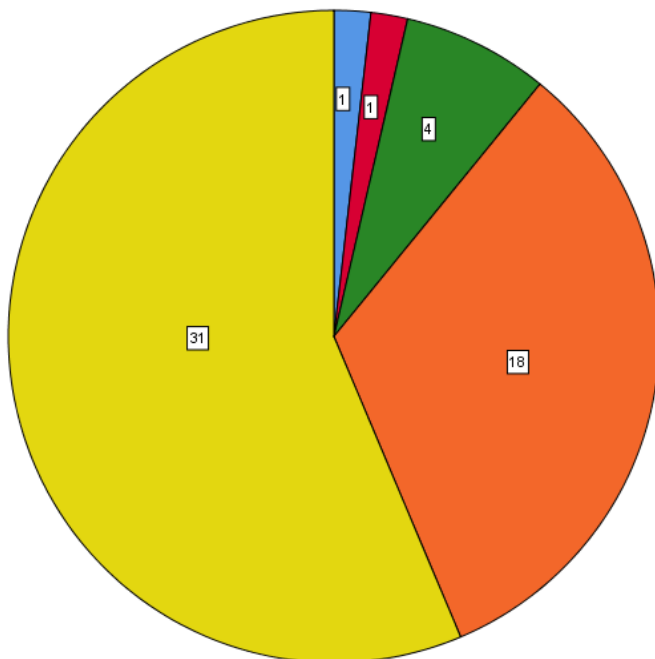


1.7. A duração da ação/formação foi adequada.



- Não Respondeu
- Discordo Totalmente
- Discordo Parcialmente
- Não Concordo Nem Discordo
- Concordo Parcialmente
- Concordo Totalmente

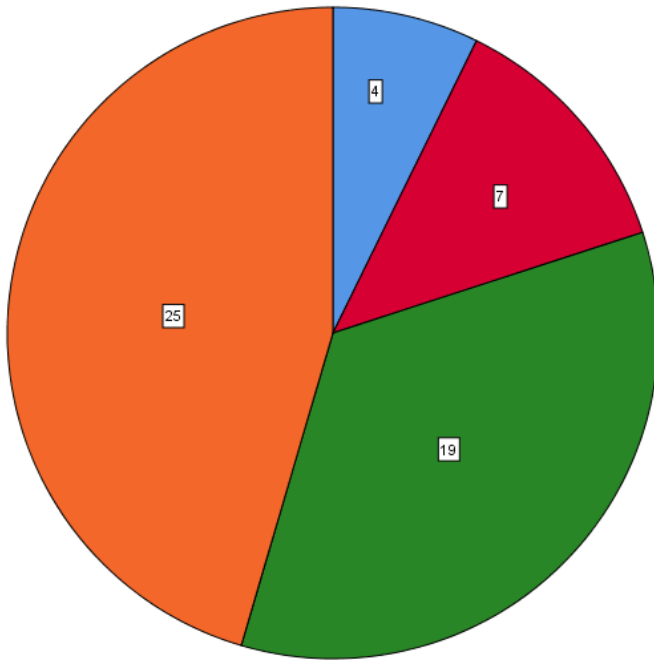
1.8. As instalações foram adequadas.



- Não Respondeu
- Discordo Parcialmente
- Não Concordo Nem Discordo
- Concordo Parcialmente
- Concordo Totalmente

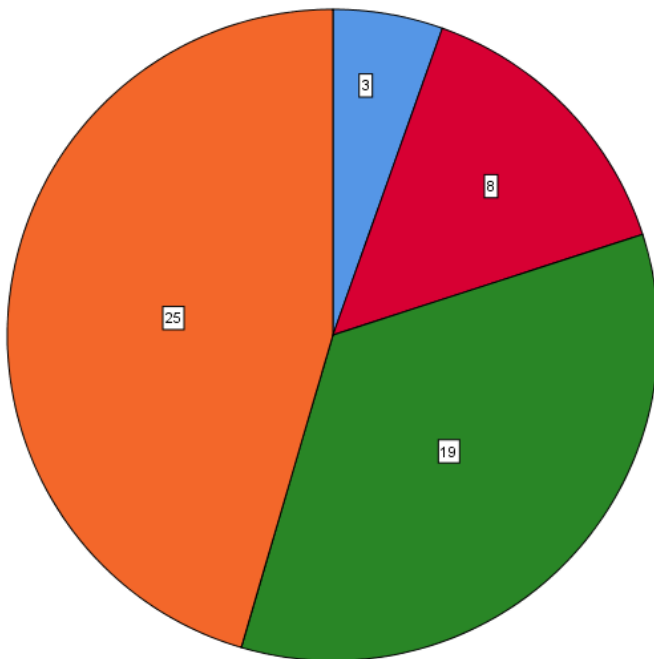
2.1. Esta sessão de formação permitiu adquirir novos conhecimentos.

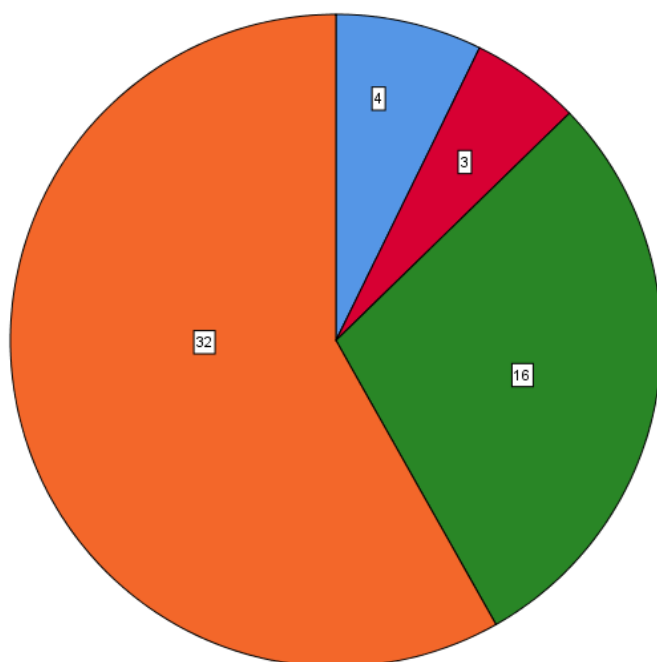
- Não Respondeu
- Não Concordo Nem Discordo
- Concordo Parcialmente
- Concordo Totalmente



2.2. Os conteúdos abordados serão facilitadores no relacionamento com crianças com necessidades de saúde especiais.

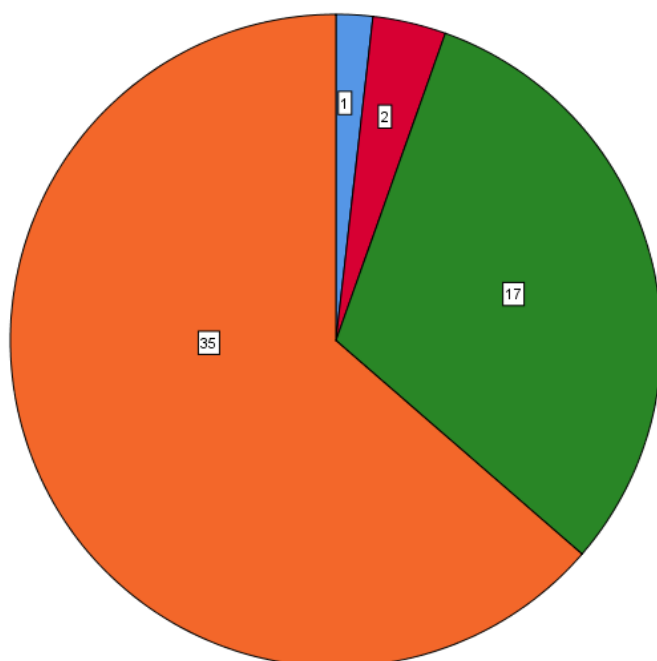
- Não Respondeu
- Não Concordo Nem Discordo
- Concordo Parcialmente
- Concordo Totalmente





2.3. Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções.

■ Não Respondeu
■ Não Concordo Nem Discordo
■ Concordo Parcialmente
■ Concordo Totalmente



2.4. Os conhecimentos adquiridos contribuirão para o meu desenvolvimento profissional.

■ Não Respondeu
■ Não Concordo Nem Discordo
■ Concordo Parcialmente
■ Concordo Totalmente

3.1. Na sua opinião que outros aspetos podem ser desenvolvidos sobre a gestão de emoções nas crianças com necessidades especiais?

- 1. Podem ser momentos práticos;
- 2. Podem ser como lidar com momentos práticos como da alimentação, etc.;
- 4. Como comunicar melhor com eles;

- 5. Com mais formações;
- 8. A oferta de atividades que ajudou a estabilizar os seus comportamentos;
- 9. Talvez desenvolver um pouco mais a hiper-atividade;
- 10. Mais intervenções dos profissionais com os pais;
- 12. Apresentação de jogos e instrumentos para ajudar a criar momentos de “distração” em momentos de crise;
- 24. Metodologias de ação em momentos de crise;
- 26. Foi feita a abordagem à gestão das emoções nas crianças penso que seria preciso mais tempo para esta abordagem de forma mais alargada;
- 27. O foco ser posto na apresentação das estratégias para ultrapassar as dificuldades identificadas;
- 29. Comunicação entre educador(a) e assistente operacional, para as coisas correrem bem e a funcionalidade também;
- 30. Poder ter uma sala para eles exporem as emoções;
- 31. Mais exemplos práticos, histórias e vivências;
- 32. Apresentar mais estratégias possíveis de colocar em prática com aos alunos com estas problemáticas (NSE);
- 34. Apresentação de mais estratégias que sejam plausíveis de pôr em prática em sala de aula quando se quase 30 alunos;
- 36. Exposição de estratégias práticas com exercícios;
- 37. Novas técnicas para o seu desenvolvimento;
- 39. A relação familiar na estrutura escola-necessidades especiais;
- 42. Quando possível, ouvi-los;
- 46. Que a teoria que esta bem explicita seja adequada e que seja bem implementada. A flexibilidade é fundamental;
- 47. Aprofundar mais algumas específicas das crianças com necessidades e também dar mais exemplos de estratégias e atividades a desenvolver em contexto de sala;
- 48. Quais as estratégias a usar e atividades;

- 50. Mais estratégias, exemplos mais práticos de estratégias, mais tempo para partilhar;
- 52. Relação com as famílias com crianças com necessidades;
- 53. Fica por discutir a relação com os pais ou a relações com as famílias;
- 54. A relação dos pais das crianças com necessidades específicas;
- 55. A relação com a família; Como trabalhar com eles de forma mais assertiva.

3.2. Na sua opinião que outros assuntos considera importantes e facilitadores para a gestão das suas emoções face à vivência com crianças com necessidades de saúde especiais?

- 1. Todos os assuntos são muito importantes para trabalhar com estas crianças;
- 2. Há vários, como pode se de uma crianças normais;
- 8. Importante ler e estar sensível para os diferentes comportamentos e características de cada criança. Muito importante assistir a sessões de esclarecimentos e formações sobre o tema, que és sensível e importante estar atualizadas;
- 9. nenhuns;
- 10. Gostaria de ter mais ações de formação para que me facilite o meu desempenho com estas crianças;
- 24. Conhecimento pessoal;
- 25. Não é possível pôr em prática as ações, por falta de pessoal e forçosamente é impraticável acudir a todas as situações;
- 26. Todos os aspetos abordados são facilitadores da gestão das nossas emoções, como docentes, que cada um de nós gere de acordo com a sua própria personalidade;
- 27. O trabalho conjunto e o envolvimento da família, a articulação com os diferentes intervenientes;
- 29. Saber ao certo o problema da criança para também conseguir dar apoio em sala de aula;
- 30. Fazer exercícios de respiração;
- 32. Estratégias para gerir e regular as nossas emoções neste contexto;
- 34. Aprender a gerir essas mesmas emoções;

- 36. Alimentação de crianças com necessidades de saúde especiais;
- 37. Mais informação e conhecimento sobre o assunto;
- 39. Relação direta para os agentes intervenientes das crianças com necessidades especiais;
- 46. Mais recursos humanos e maior apoio da equipa. Importante não ignorar os focos tanto nestas crianças como as outras;
- 47. Como conseguir encontrar estratégias que nos permitem gerir as nossas emoções de forma a que elas não interfiram com o nosso desempenho profissional;
- 48. Mais formações sobre o tema;
- 49. Era necessário termos tempo para dar a devida atenção às emoções, no dia a dia com tantas crianças em sala não é possível dar o tempo necessário era necessário mais pessoas para as crianças;
- 53. Debates periódicos sobre estas temáticas e mais formações;
- 54. A gestão de conflitos na sala;
- 55. Aprofundar conhecimentos sobre cada forma de agir.

Apêndice M – Questionário de Concordância “Gestão de Emoções na Criança com Doença Crónica e Família” e Respostas

Questionário

Este questionário está incluído no projeto realizado pela Enfermeira Catarina Sousa, com o título Gestão de Emoções na Criança com Doença Crónica e Família, no âmbito da frequência do II Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, em Lisboa, orientado pela Professora Graça Moraes Rocha.

Convidamos a sua participação neste questionário com o objetivo de conhecer a opinião dos enfermeiros sobre o tema Gestão de Emoções na Criança com Doença Crónica e Família através do preenchimento do mesmo, que levará aproximadamente 10 minutos.

Se tiver alguma dúvida ou desejar esclarecimentos sobre o questionário ou o tema em questão, por favor, entre em contato pelo e-mail catarinasousa8672@esscvp.eu.

Agradeço desde já pela sua disponibilidade e colaboração.

Atenciosamente, Catarina Sousa

Declaração de Consentimento Informado

Deve saber que:

- 1) A sua participação é totalmente voluntária.
- 2) A participação ou recusa em participar não terá para si nenhum benefício ou prejuízo.
- 3) Todos os dados obtidos neste questionário serão confidenciais e serão tratados de acordo com o Regulamento Geral da Proteção de Dados (Regulamento(UE) n.º 679/2016, de 27 de Abril).
- 4) A informação obtida só se utilizará para fins específicos da formação.

Declara que aceita participar neste questionário:

Sim

Não

1. Assinale com um círculo um número, de 1 a 5, (em que 1 significa discordo totalmente, 2 é discordo parcialmente, 3 é não concordo nem discordo, 4 é concordo parcialmente e 5 é concordo totalmente) em cada uma das afirmações que se segue:

1.1. Em qualquer cuidado de saúde, os enfermeiros procuram identificar a forma como a criança lida com as emoções intensas.

1 2 3 4 5

1.2. Em qualquer cuidado de saúde, os enfermeiros aplicam estratégias para atenuar as experiências negativas da criança.

1 2 3 4 5

1.3. Para o bem-estar e conforto da criança, os enfermeiros planeiam os cuidados com os pais/cuidadores de forma a estarem presentes durante os procedimentos invasivos.

1 2 3 4 5

1.4. Durante o internamento da criança é necessário providenciar momentos de descanso para os pais/cuidadores para gerir o seu processo de coping face à situação de saúde e internamento do filho.

1 2 3 4 5

1.5. Os enfermeiros mobilizam técnicas de comunicação intencionais para analisar os pensamentos e sentimentos dos pais/cuidadores perante o internamento dos seus filhos.

1 2 3 4 5

1.6. Os enfermeiros propõem aos pais estratégias de resolução de emoções imediatas ou sugerem que se ausentem se eles assim o desejarem.

1 2 3 4 5

1.7. O enfermeiro executa estratégias para atenuar os medos das crianças durante procedimentos invasivos, de forma a tornar a experiência mais segura e menos traumática.

1 2 3 4 5

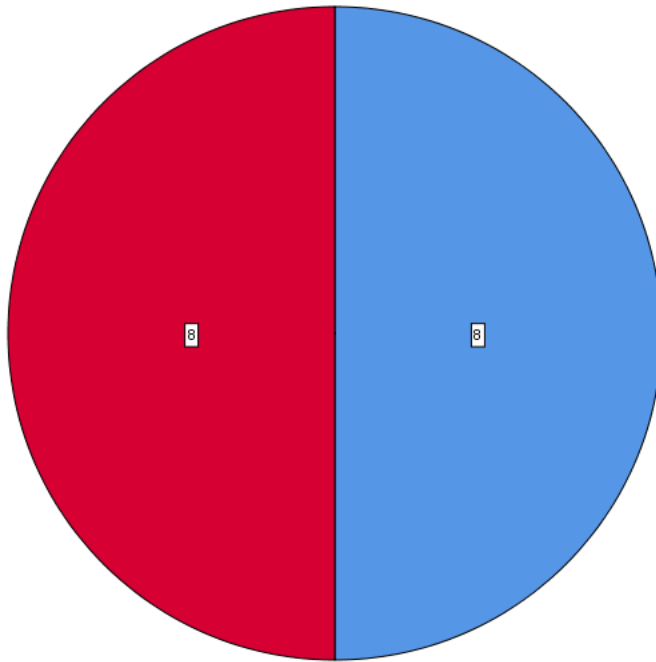
1.8. O enfermeiro mobiliza estratégias de gestão de emoções adequadas a cada criança com doença crónica, de modo que elas se sintam mais confortáveis durante o procedimento.

1 2 3 4 5

2. De forma a completar e personalizar mais esta sessão de sensibilização, solicito o preenchimento das seguintes questões:

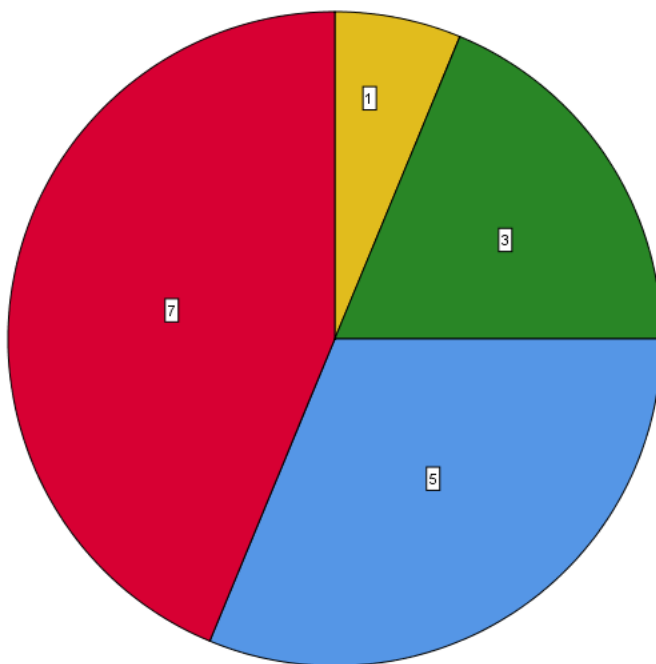
2.1. O que gostaria que fosse abordado numa sessão de reflexão sobre esta temática?

2.2. Quais são as principais necessidades que encontra na gestão das emoções na criança com doença crónica?



1.1. Em qualquer cuidado de saúde, os enfermeiros procuram identificar a forma como a criança lida com as emoções intensas.

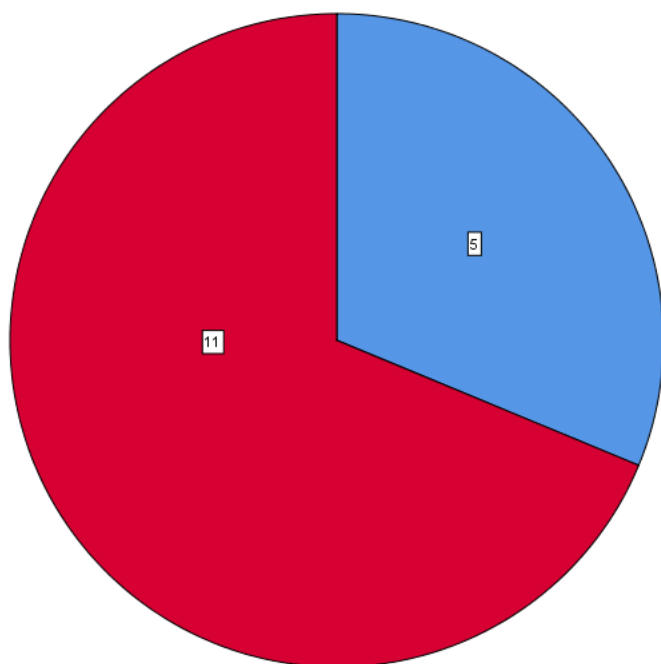
■ Concordo Parcialmente
■ Concordo Totalmente



1.2. Em qualquer cuidado de saúde, os enfermeiros aplicam estratégias para atenuar as experiências negativas da criança.

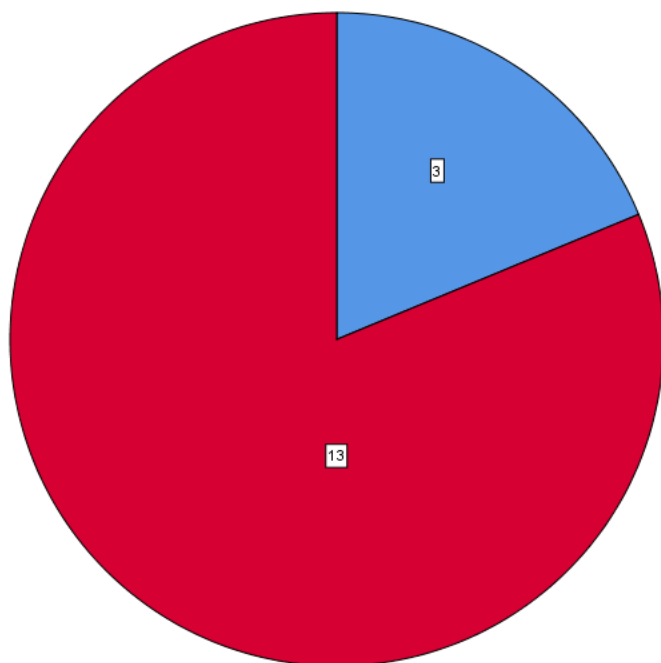
■ Discordo Parcialmente
■ Não Concordo nem Discordo
■ Concordo Parcialmente
■ Concordo Totalmente

1.3. Para o bem-estar e conforto da criança, os enfermeiros planeiam os cuidados com os pais/cuidadores de forma a estarem presentes durante os procedimentos invasivos.

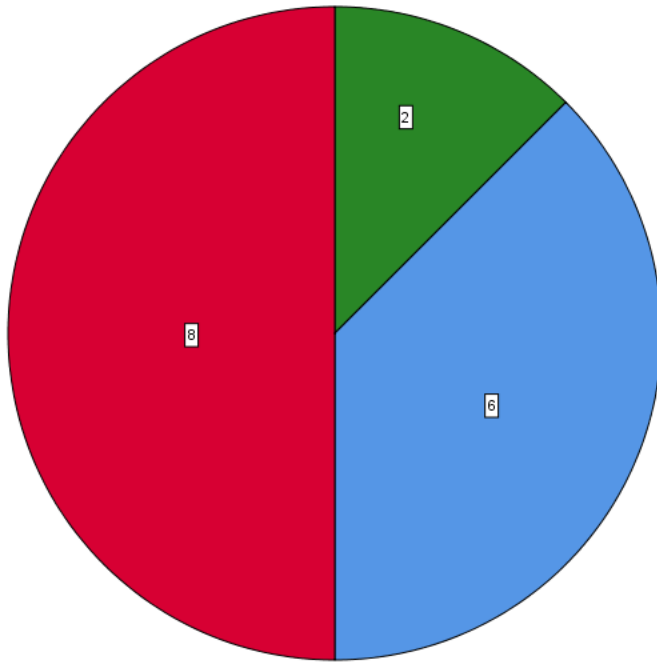


■ Concordo Parcialmente
■ Concordo Totalmente

1.4. Durante o internamento da criança é necessário providenciar momentos de descanso para os pais/cuidadores para gerir o seu processo de coping face à situação de saúde e internamento do filho.

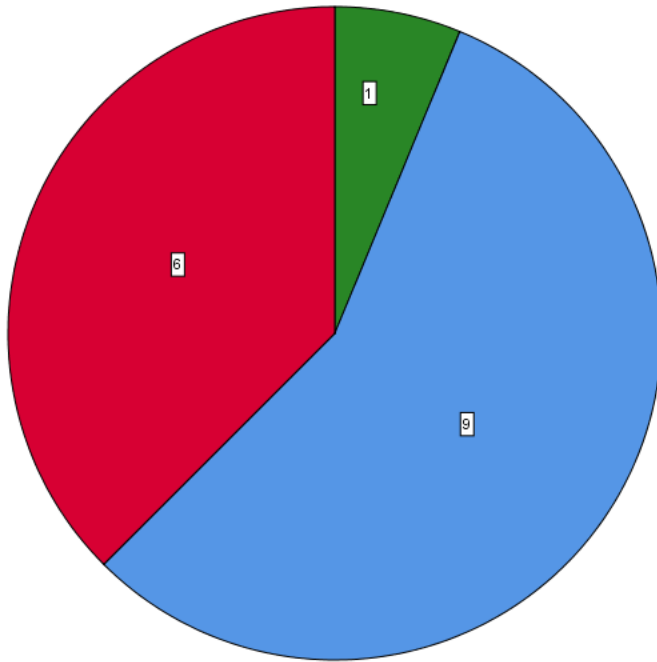


■ Concordo Parcialmente
■ Concordo Totalmente



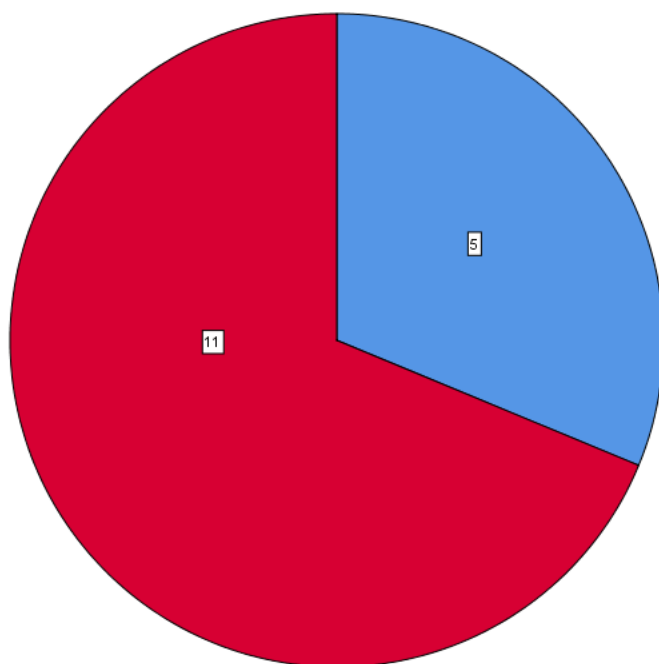
1.5. Os enfermeiros mobilizam técnicas de comunicação intencionais para analisar os pensamentos e sentimentos dos pais/cuidadores perante o internamento dos seus filhos.

■ Não Concordo nem Discordo
 ■ Concordo Parcialmente
 ■ Concordo Totalmente



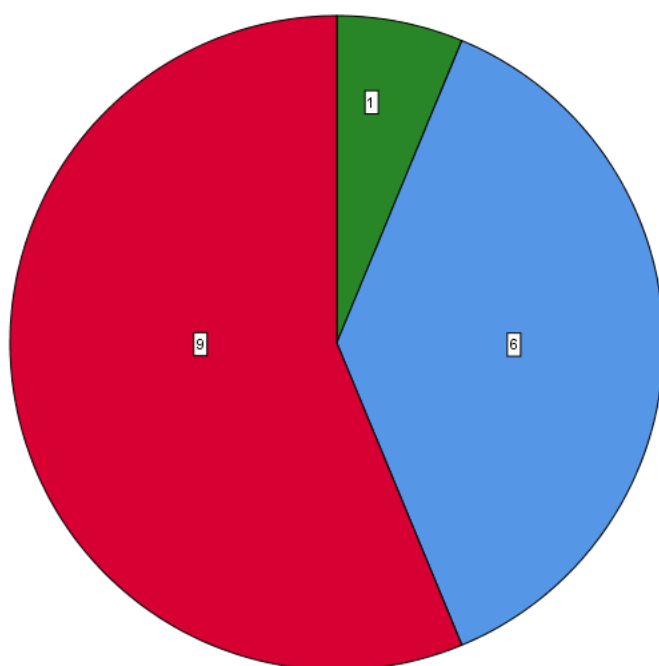
1.6. Os enfermeiros propõem aos pais estratégias de resolução de emoções imediatas ou sugerem que se ausentem se eles assim o desejarem.

■ Não Concordo nem Discordo
 ■ Concordo Parcialmente
 ■ Concordo Totalmente



1.7. O enfermeiro executa estratégias para atenuar os medos das crianças durante procedimentos invasivos, de forma a tornar a experiência mais segura e menos traumática.

■ Concordo Parcialmente
■ Concordo Totalmente



1.8. O enfermeiro mobiliza estratégias de gestão de emoções adequadas a cada criança com doença crónica, de modo que elas se sintam mais confortáveis durante o procedimento.

■ Não Concordo nem Discordo
■ Concordo Parcialmente
■ Concordo Totalmente

2.1. O que gostaria que fosse abordado numa sessão de reflexão sobre esta temática?

- 1- Formas de comunicação sobre emoções nas diferentes faixas etárias.
- 2- Estratégias de abordagem e comunicação com crianças com espectro de autismo.
- 3- Estratégias para gestão de emoções em crianças com autismo e paralisia cerebral.
- 4- Mecanismos utilizados/estratégias para crianças com dificuldade de comunicação verbal e não verbal.

- 5- Estratégias para encorajar esperança nas crianças com doença crónica; Estratégias para crianças e famílias levarem e darem continuidade em casa.
- 6- Comunicação com a criança/adolescente com doença crónica; Gestão/estratégias de coping para os profissionais de saúde.
- 7- Temática do luto.
- 8- Presença ou não presença dos pais durante a realização de procedimentos invasivos.
- 9- Estratégias para as crianças com dificuldade na comunicação.
- 10- Estratégias de gestão emocional da criança com doença crónica e sua família.
- 11- Estratégias a implementar na gestão de emoções intensas face a notícias difíceis associadas à doença crónica.
- 12- Estratégias para gerir as emoções.
- 13- Estratégias não farmacológicas e farmacológicas, formas de lidar com transmissão de notícias negativas geradoras de emoções intensas tanto na criança como na família.
- 14- Estratégias para cuidar das emoções dos pais.
- 15- Formas/estratégias de lidar com as emoções dos pais com crianças com doença crónica.
- 16- Não respondeu.

2.2. Quais são as principais necessidades que encontra na gestão das emoções na criança com doença crónica?

- 1- A expressão das emoções
- 2- Promover a esperança, utilização de metodologia de trabalho de enfermeiro de referência, conhecimento por parte dos profissionais de saúde dos fatores agravantes de stress e/ou dar ao utente pediátrico em questão, bem como gerir as estratégias, facilitadoras no contexto terapêutico, uma comunicação calma e adequada ao utente pediátrico, tendo como base a honestidade, transparência e parceria de cuidados com o utente pediátrico.
- 3- Gestão das emoções dos pais e dos profissionais de saúde.
- 4- Difícil de perceber as emoções sentidas pelas crianças com doença crónica, nomeadamente quando não conseguem comunicar oralmente as suas emoções e necessidades.

- 5- Incentivar esperança na criança e família com doença crónica. Atividades adaptadas às crianças com doença crónica de acordo com a doença e faixa etária.
- 6- Correta colheita de dados. Relação de parceria com a família/cuidadores crónicos.
- 7- Apoio emocional, brincadeira, abstração, presença dos pais, etc. (Em relação à criança). Gestão de stress (em relação aos profissionais).
- 8- Conforto.
- 9- A compreensão da emoção sentida, pois muitas não conseguem comunicar verbalmente e exprimir o que sentem.
- 10- Não respondeu
- 11- Quando as emoções da criança e da família são diferentes face à mesma circunstância. Uma mesma pessoa gerir em simultâneo as emoções.
- 12- A falta de perceção das emoções da criança, dificuldade na comunicação.
- 13- Gestão das emoções dos pais.
- 14- Apoio psicológico.
- 15- Compreensão.
- 16- Não respondeu.

Apêndice N – Apresentação “Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica e Família”

Plano de Sessão

Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II

Tema: Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica e Família

População Alvo: Enfermeiros do Serviço de Pediatria

Supervisora Pedagógica: Professora Graça Moraes Rocha

Supervisora Clínica: Enfermeira Ana Isabel Santos

Formador: Enfermeira Catarina Sousa

Local: Biblioteca do Serviço de Pediatria do Hospital de Garcia de Orta

Duração: 50 min de apresentação + 40 minutos de discussão e reflexão

Objetivo Geral: Refletir sobre a gestão das emoções na criança com doença crónica e a sua família.

Objetivos Específicos: Sensibilizar os profissionais para as emoções das crianças com doença crónica e dos pais/tutores/cuidadores durante o seu internamento e tratamento;

Refletir sobre as estratégias de regulação emocional adequadas às crianças com doença crónica e pais/tutores/cuidadores durante o seu internamento e tratamento.

ETAPAS (FASES)	OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS (MAV)	TEMPO	FORMADOR
<i>INTRODUÇÃO</i>	<p>Apresentar o tema de trabalho e formadora;</p> <p>Definir os objetivos do trabalho.</p>	<p>Apresentação do formador e do tema, Definição do objetivo geral e dos objetivos específicos.</p>	Expositivo	Power point	5 min	Catarina Sousa
<i>DESENVOLVIMENTO</i>	<p>Definir o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica;</p> <p>Apresentar o conceito de criança com doença crónica, a desregulação emocional na criança com doença crónica e estratégias para gerir as emoções;</p>	<p>Explicação do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica e suas dimensões de atuação;</p> <p>Definição da criança com doença crónica, dos mecanismos promotores de desregulação emocional e as suas consequências;</p> <p>Abordagem das estratégias promotoras de regulação emocional nas diversas fases de desenvolvimento;</p>	<p>Expositivo</p> <p>Interativo</p> <p>Interrogativo</p>	Power point	30 min + 30 minutos de discussão	Catarina Sousa

	<p>Apresentar as perturbações do espectro de autismo e défice de atenção e hiperatividade, síndrome de down e diabetes mellitus tipo I;</p> <p>Compartilhar estratégias de gestão de emoções para crianças com perturbações do espectro de autismo, défice de atenção e hiperatividade, síndrome de down e diabetes mellitus tipo I;</p> <p>Abordar a experiência da família da criança com doença crónica, o conceito de sofrimento parental e possíveis estratégias e focos de atuação para a gestão das emoções;</p> <p>Refletir sobre as vantagens e estratégias da comunicação</p>	<p>Apresentação da desregulação emocional na diabetes mellitus tipo I e estratégias de regulação emocional;</p> <p>Definição de perturbação do espectro de autismo e seus sintomas de desregulação emocional; Definição da perturbação do défice de atenção e hiperatividade e seus sintomas de desregulação emocional;</p> <p>Definição da síndrome de down e seus sintomas de desregulação emocional;</p> <p>Definição da paralisia cerebral e seus sintomas de desregulação emocional;</p> <p>Demonstração das estratégias de regulação emocional que podem ser aplicadas nas crianças com necessidade educativas especiais;</p> <p>Apresentação das experiências das famílias com criança com doença crónica e as características da desregulação emocional e que</p>			
--	---	---	--	--	--

<p>terapêutica, relação terapêutica e esperança;</p> <p>Demonstrar a escala de heteroavaliação da capacidade de regulação emocional;</p> <p>Apresentar os folhetos para os profissionais;</p> <p>Demonstrar o instrumento de trabalho aos profissionais;</p> <p>Esclarecer dúvidas;</p> <p>Responder a questões realizadas pelo público-alvo.</p>	<p>intervenções podem ser realizadas ou propostas;</p> <p>Compartilha das vantagens de regulação emocional da comunicação terapêutica, que estratégias melhoram a comunicação terapêutica e como melhor abordar cada fase de desenvolvimento;</p> <p>Apresentação da relação terapêutica, os seus benefícios e as estratégias para a melhorar;</p> <p>Reflexão sobre os benefícios da promoção da esperança em família com criança com doença crónica;</p> <p>Apresentação da escala “Emotion Regulation Checklist” para a população brasileira e artigo correspondente;</p> <p>Apresentação dos folhetos “Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica: Para Profissionais de Saúde”</p>				
---	---	--	--	--	--

		<p>e “Gestão das Emoções na Família com Criança com Doença Crónica: Para Profissionais de Saúde”.</p> <p>Apresentação do Instrumento de Trabalho “Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica”</p> <p>Esclarecimento de dúvidas e questões dos formandos.</p>				
<p><i>SÍNTESE</i> <i>(Conclusão)</i></p>	Resumir os conteúdos apresentados;	Apresentação das principais conclusões;	Expositivo	Power point	5 min	Catarina Sousa
<p><i>AValiação</i></p>	Avaliar a sessão		Participativo	Questionário de satisfação da formação	10 min.	Catarina Sousa

Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica e Família

Elaborado por Enfermeira Catarina Sousa
Supervisora Clínica Enfermeira Ana Isabel Santos
Supervisora Pedagógica Professora Graça Moraes Rocha
2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALMADA - SEIXAL

Índice

01 Objetivos	04 Família
02 Criança com Doença Crónica 2.1. Estratégias de Gestão de Emoções Intensas	4.1. Estratégias de Gestão de Emoções Intensas 4.1.1. Comunicação e Relação Terapêutica 4.1.2. Promoção da Esperança
03 Crianças com Necessidades Educativas Especiais 3.1. Estratégias de Gestão de Emoções Intensas	05 Emotion Regulation Checklist
	06 Considerações Finais
	07 Folhetos para Profissionais de Saúde
	08 Referências Bibliográficas

OBJETIVOS

Objetivo Geral: Refletir sobre a gestão das emoções intensas na criança com doença crónica e na sua família.

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar os profissionais para as emoções das crianças com doença crónica e dos pais/tutores/cuidadores durante o seu internamento e tratamento;
- Refletir sobre as estratégias de regulação emocional adequadas às crianças com doença crónica e pais/tutores/cuidadores durante o seu internamento e tratamento.

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Os enfermeiros, que cuidam de crianças e famílias, podem analisar, fundamentar, orientar e avaliar as interações emocionalmente intensas e perturbadoras(1).

Permite guiar a intervenção na gestão da emoções durante os processos de saúde para transformar as vivências intensas e perturbadoras da criança e família, e que podem ser emocionalmente desgastantes para os enfermeiros em cuidados de bem-estar, conforto e crescimento global das pessoas em interação(1).

Implica cinco categorias de intervenção: 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(1).

Triade Cliente – Enfermeiro – Relação Enfermeiro Cliente(1)

Criança com Doença Crónica

A criança é qualquer pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade ou deficiência até aos 21 anos, e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso (1-3).

As doenças crónicas são condições de saúde com conjuntos de sintomas durante mais de 12 meses e podem implicar cuidados médicos especializados contínuos. A criança pode viver toda a sua vida com uma doença ou pode desenvolvê-la em qualquer fase do seu crescimento(2,4,5). Afeta o desenvolvimento(6)...

Social

Emocional

Físico

Cognitivo

Deterioração da qualidade de vida da criança e do bem-estar da família

Criança com Doença Crónica

Pressão pelas Expetativas do próprio e da família

Ruminação

Medo do Fracasso

Mecanismos Promotores de Desregulação Emocional (7,8)

Culpabilização

Depressão, Ansiedade Generalizada, Problemas de adesão, Agravamento dos sintomas físicos e Relacionamentos Comprometidos (7-9)

Ansiedade

Sentimentos de Ineficiência

Culpabilização dos outros

Estratégias de Gestão de Emoções

As crianças valorizam mais as suas emoções do que o processo saúde-doença e vivem intensamente os sentimentos causados pelo medo do desconhecido, o que gera uma resposta emocional e desafiante nos enfermeiros (8)

Devemos tratar as emoções como um instrumento terapêutico para atenuar as experiências negativas e transformar positivamente em segurança os cuidados de saúde da criança e família(4)

Aceitação(7)

Reavaliação positiva (7)

Reorientação positiva (7)

Latentes - Os enfermeiros podem intervir junto dos pais realizando ensinamentos sobre como satisfazer as necessidades especiais da criança e reforçar as qualidades da criança(3).

Estratégias de Gestão de Emoções

Toddler - Incentivar a criança a executar tarefas adequadas e estimular a sua independência, assim como estabelecer limites adequados(3).

Pré-escolar - Incentivar a socialização, proporcionar oportunidades para brincar, prepará-la para aprender a ouvir críticas e reafirmar que o facto de ter alguma patologia não é culpa sua, nem nenhum castigo(3,7).

Escolar - Informar os professores sobre a situação, necessidades especiais e aptidões da criança de acordo com consentimento e instruções dadas pela família, incentivar a criança a participar em atividades físicas e momentos de socialização(3).

A brincadeira terapêutica é uma abordagem psicoterapêutica em que os profissionais de saúde utilizam a aptidão terapêutica do brincar como (10):

- Prevenção e tratamento de dificuldades psicossociais e socio-emocionais;
- Gestão dos problemas emocionais e distúrbios comportamentais;
- Estimulação da aprendizagem de competências de comunicação e resolução de problemas.

Estratégias de Gestão de Emoções

A adolescência é um período importante para o desenvolvimento da regulação emocional pelo desenvolvimento cognitivo que contribui para melhorar as estratégias de coping e os comportamentos adaptativos(7).

O processo de separação da família é mais tardio e as relações entre pares são mais fracas(11)

Sentem-se isolados e inferiores aos outros. Têm menos amigos e são mais dependentes dos pais(3,7).

A culpabilização dos adolescentes piora a sua qualidade de vida(11). Preocupam-se com o seu futuro (3,7)

Devem explicar que muitas das suas preocupações fazem parte da adolescência, incentive-las a socializar e a serem responsáveis pela sua saúde(4), ensinando-os a tomar decisões e a estabelecer competências de gestão emocional(3).

Diabetes Mellitus Tipo I

Angústia de Diabetes

Sobrecarregados com as tarefas do tratamento(9);

Culpabilizam-se por uma gestão imperfeita(9), sentindo-se desiludidos e impotentes(12)

Preocupam-se com o futuro(9) e sentem-se desesperados(12);

Esgotados(9,13) e com exaustão emocional(8).

Perturbações mentais, emocionais e comportamentais;
Gestão desadequada da diabetes;
Menor qualidade de vida;
Aumento do risco de complicações, como diabetes mellitus tipo II(14), e mortalidade prematura(8,12,14–16).

Como ajudar?

- Reestruturação da Perspetiva/Reorientação Positiva(8,11),
- Técnicas de Distração (14)
- Brincadeira e Jogo Terapêutica e Dramatização (10,16)
- Ensino sobre Auto-Compaixão(11) e perdoar-se a si próprio por situações passadas ou que fugiram ao seu controlo

Crianças com Necessidades Educativas Especiais

1

Perturbação do Espectro do Autismo

2

Perturbação de Déficit de Atenção e Hiperatividade

3

Síndrome de Down

4

Paralisia Cerebral

Perturbação do Espectro do Autismo

Dificuldades na interação social e afetiva. Têm dificuldade em entender as suas emoções, as dos outros e as expressões faciais, assim como de expressar empatia;

Apresentam comportamentos repetitivos, estereótipos e padrões ou rotinas específicas;

Hipersensibilidade sensorial a luzes, sons, texturas e cheiros;

Dificuldades em manter a atenção e na função executiva, assim como problemas com a memória recente(4,17-29).

Desregulação Emocional que origina estados emocionais intensos como raiva, irritabilidade, Ansiedade, Ansiedade social, Depressão, Isolamento,

Agressão, Reatividade Sensorial Aumentada, Hospitalização, Comportamentos auto-lesivos, e Ideações Suicidas(4,18,20-33).

Perturbação do Défice de Atenção e Hiperatividade

Dificuldade em iniciar e manter a atenção em tarefas ou atividades.
Memorização incompleta de um padrão de instruções e de as completar até ao fim;
Impulsividade nas relações e atividades com os outros, age sem refletir nas consequências.
Inquietação, mobilizando continuamente os membros ou dificuldade em ficar parado.
Dificuldade em organizar atividades e gerir o tempo(4,32,3542).

Em momentos de desregulação emocional, passam por estados emocionais intensos, sintomas somáticos, episódios "explosivos" de emoções, ansiedade, hiperatividade, hiperreatividade a estímulos, impulsividade, depressão, agressão e stress. Internalizam os seus problemas e sentem insegurança sobre o que os outros pensam deles(22,32,38,39,42-44).

Síndrome de Down

Apresentam dificuldades em manter a atenção e têm reflexos lentificados;

O seu pensamento estabelece-se por imagens e ideias concretas e apresentam dificuldades com atividades mentais que exijam o abstrato e a espontaneidade;

Pode existir um atraso no desenvolvimento da fala e na comunicação não-verbal que leva-os a ter dificuldades em expressar-se;

Hipersensibilidade emocional, eles estão mais propensos a sentir emoções intensas, como tristeza, raiva ou ansiedade(4,43).

Em situações de desregulação emocional contínua podem desenvolver autoestima baixa, depressão e ansiedade e comportamentos socialmente incorretos(4,43)

Paralisia Cerebral

Movimentos Exagerados, rigidez muscular, espasmos, tremores, falta de coordenação motora e equilíbrio;

Dificuldades de fala e deglutição, dificuldades na produção de sons claros e articulação das palavras;

Reflexos exagerados ou ausentes;

Atrasos no desenvolvimento infantil, cognitivo e da fala;

Problemas de visão e audição devido a danos cerebrais;

Algumas crianças podem ter convulsões epilépticas(43,45).

Excluídas da participação nas atividades de vida diária que leva ao desenvolvimento de comportamentos egocêntricos e de défices nas competências sociais, emocionais e afetivas, isolamento social, vitimização e menos relações interpessoais nestas crianças. Têm dificuldades de atenção, problemas de regulação emocional, instabilidade ou sentimentos intensos e respostas inesperadas e flutuantes, depressão e ansiedade(22,45,46).

Estratégias de Gestão de Emoções

Perturbação do Espectro do Autismo

Rotinas e Previsibilidade
Levar para uma Sala Calma e Distrair do momento(33,34)
Reestruturar o Pensamento(33,34)

Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade

Trazer características de jogos para as atividades(31,40)
Criação de Espaços de Calma(39,42)

Síndrome de Down

Reforçar comportamentos sociais ajustados(4,43)
Promoção de Atividades Recreativas e de Lazer(4,43)

Paralisia Cerebral

Inclusão nas atividades com outras crianças(45,46)
Promover a Comunicação(45,46)

Estratégias de Respiração e Relaxamento, Autorregulação/Meditação e Mindfulness(4,38,42,43)

Escuta Ativa e Reforço Positivo(4,33,34,43,45,46)

Abordagens Teatrais/Dramatização (29,30,39)

Promover a expressão e reflexão de emoções(4,29,30,43,45,46)

Actividade Física(20,42,45,46) e Definição de metas realistas(45,46)

Família

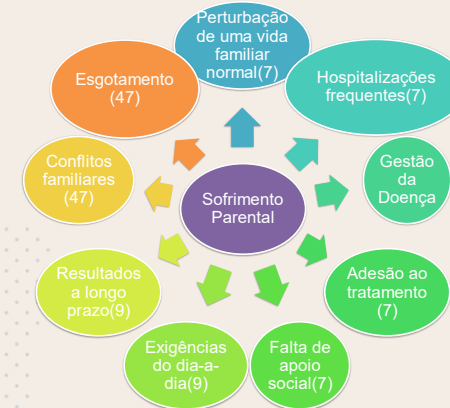
Os cuidadores de uma criança com doença crónica gerem o bem-estar físico e emocional da criança, assim como o seu, olhando para além dos seus próprios sentimentos em relação à doença, ao mesmo tempo que mantêm os papéis profissionais, familiares e sociais(7,11).

A desregulação emocional da família ou sofrimento parental caracteriza-se por depressão, ansiedade e stress, que afetam não só os cuidadores, mas também a qualidade de vida e a regulação emocional da criança (6,7,47).

O período da descoberta do diagnóstico e tratamento inicial é o mais angustiante, mas o impacto a longo prazo da prestação de cuidados mantém ou piora estas emoções devido ao cansaço prolongado(6).

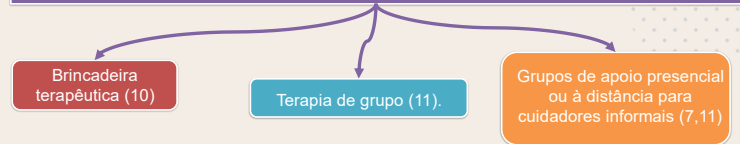
A dificuldade na autorregulação parental reduz a disponibilidade emocional dos pais e a sua capacidade de resposta aos filhos(7). A culpabilização e ruminação são preditores significativos da qualidade de vida nas crianças e adolescentes(11).

Família



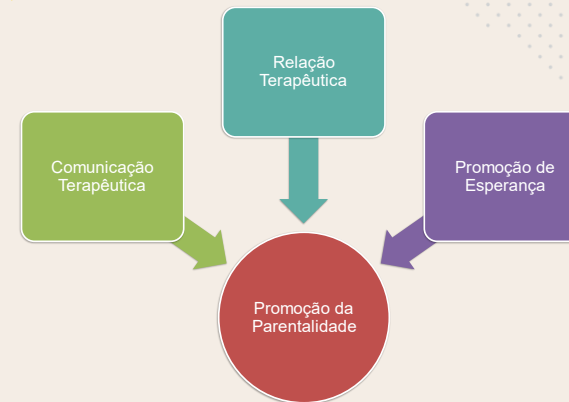
Família

As intervenções para a regulação emocional das crianças têm impacto positivo na saúde mental e no bem-estar dos cuidadores(6).

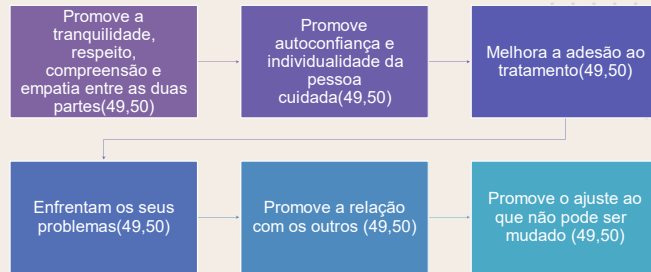


Falta de apoios e de recursos da comunidade que possam auxiliá-los a gerirem as suas emoções, as dos seus filhos e as dos irmãos(5). Falta de informação e apoio e articulação de cuidados instável(6,7). Na situação em que é possível iniciar tratamentos, os profissionais de saúde têm a responsabilidade de fornecer todas as informações necessárias para que as crianças e suas famílias possam tomar uma decisão informada(48).

Estratégias de Gestão de Emoções



Comunicação Terapeutica



Gerir emoções é gerir as expetativas e promover a confiança, esperança e perseverança (49,50).

Comunicação Terapeutica

Estratégias que melhoram a qualidade da comunicação são(51):

- A utilização de instrumentos visuais e escritos durante os ensinamentos ajudam a melhorar a qualidade da comunicação;
- Expressar preocupação e empatia pela situação vivida e explorar temas psicossociais e afetivo-emocionais;
- Explicações breves e claras, com linguagem acessível e abordar dúvidas com disponibilidade para perguntas;
- Estabelecimento de relação terapêutica e identificação de pais e utentes pelo nome próprio;
- Treino de competências interpessoais como empatia, entajuda e de apoio social através de roleplay.

Comunicação Terapeutica

Pais/Cuidadores – São os principais responsáveis pelos cuidados à criança com doença crónica, são eles que recebem os ensinamentos sobre a patologia e cuidados, até à fase pré-escolar(51).

Latente - A sua comunicação verbal é apenas choro e gemidos, por isso a presença da pessoa significativa é fulcral, por ser a pessoa que melhor o conhece(50).

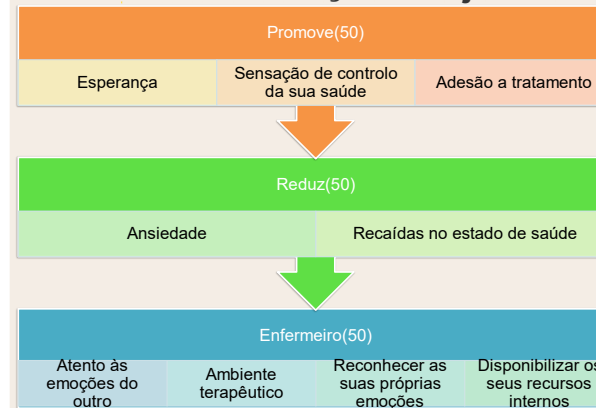
Toddler - Recorre a idiosincrasias, reconhecidas pelas pessoas significativas. Estas crianças já vivenciam de forma intensa o tratamento e procuram explicações para a sua situação, sintomas e tratamento. (50).

Pré-Escolar - Conseguir utilizar explicações simples e aludir aos fatores sensíveis dos procedimentos e pode contribuir para a construção de uma relação de confiança com o enfermeiro. A utilização de técnicas distrativas aumenta a adesão ao tratamento(51).

Escolar - Preocupa-se em dar explicações simples dos procedimentos e em envolver os pais. Qualquer comunicação que envolve procedimentos sugestivos de dor deve ser bem explicada, por se preocuparem com a sua integridade corporal(50).

Adolescente - Desejam estar em controlo e receber toda a informação possível. Escolhem se desejam ter a presença da família ou pessoa significativa. Deve-se apelar à expressão de sentimentos, preocupações e dúvidas, assim como utilizar o humor.(50).

Relação de Ajuda



O envolvimento da família e relação terapêutica com a mesma promove a prestação de cuidados não traumáticos(50).

Relação de Ajuda

As estratégias para favorecer o desenvolvimento de uma Relação Terapêutica(50):

- Transmitir compaixão, empatia, disponibilidade e gentileza através da autenticidade e do interesse genuíno, disponibilidade e confidencialidade da informação partilhada.
- Procurar estar atualizado com os gostos das crianças e dos adolescentes e fomentar uma amizade dentro dos limites terapêuticos.
- Brincar terapêutico auxiliou na redução da ansiedade e do medo na criança e na construção de uma relação terapêutica;
- Cuidados de negociação.

Promoção da Esperança

Está interligada ao seu bem-estar psicológico e às expectativas que têm do futuro.

Permite uma transformação pessoal positiva, em que se definem objetivos e metas visionando possibilidades e soluções alternativas.

Veem a sua relação como um relacionamento único e especial e que se reconheçam como parte fulcral e útil dos cuidados, observando os seus recursos individuais(49,52,53)

O profissional de saúde consegue reconhecer a representação negativa que um determinado procedimento pode ter e devem evidenciar os aspetos positivos do processo e incentivar a confiança e a esperança no utente. Valorizam os aspetos saudáveis e positivos, os ganhos do dia-a-dia que a criança consegue atingir, assim como do cuidador(49,52,53).

Emotion Regulation Checklist

	1. Nunca	2. Algumas vezes	3. Muitas vezes	4. Quase sempre
1. É uma criança alegre	1	2	3	4
2. Apresenta grande variedade de humor (o estado emocional da criança é difícil de ser previsto, para ela muda rapidamente de humor, tornando-a imprevisível)	1	2	3	4
3. Responde de forma positiva à ocorrência de situações de stress (resposta de forma positiva em situações)	1	2	3	4
4. Torna-lhe de uma atividade para outra (não fica sentado imóvel, rapidamente se entusiasma e engaja quando passa de uma atividade para outra)	1	2	3	4
5. Recupera-se rapidamente de episódios de desatenção ou distração (por exemplo, não permanece quieto ou imóvel, distração ou não tem episódios desatenciosos prolongados)	1	2	3	4
6. Procura-se facilitar	1	2	3	4
7. Responde de forma positiva a narrativas de uma parte de si (resposta de forma positiva em situações para si, histórias, da própria vida ou outras)	1	2	3	4
8. É persistente e engajado de si(a), (sua)	1	2	3	4
9. É capaz de lidar grandemente (por exemplo, resposta a espera por uma recompensa)	1	2	3	4
10. Não parece com o voluntário dos outros (por exemplo, se quando outra pessoa se ataca ou quando pensa em outros)	1	2	3	4
11. Consegue controlar a emoção em situações emocionais estimuladas (por exemplo, não se emociona facilmente em situações de brincadeiras de alta energia, no jogo de cartas, jogos de tabuleiro, jogos digitais)	1	2	3	4
12. É capaz de lidar com a frustração (com adultos)	1	2	3	4
13. É persistente e engajado independentemente de atenção e entusiasmo	1	2	3	4
14. Responde com calma ou de forma tranquila quando os adultos lhe impõem limites	1	2	3	4
15. A criança consegue ficar quando está se sentando, está com carta em jogo, com cartão em jogo	1	2	3	4
16. Parece triste ou apático	1	2	3	4
17. É emocionalmente engajado ao tentar resolver problemas de brincadeira	1	2	3	4
18. Mostra humor apático (situações de jogo e aprendizagem, a criança parece ansiosa e desinteressada)	1	2	3	4
19. Responde de forma positiva a aproximações sociais ou angustiantes feitas por parte dos outros (no contexto de situações de jogo, interação com colegas de mesma idade) ou respostas a outras pessoas (com medo)	1	2	3	4
20. É empático	1	2	3	4
21. É empático com os outros (demonstra preocupação quando os outros estão chateados ou angustiados)	1	2	3	4
22. Demonstra entusiasmo que os outros consideram exagerado, intenso ou auto-centrado	1	2	3	4
23. Mostra entusiasmo apropriado (resposta a uma oferta, interação positiva) não resposta a uma oferta, interação ou aproximação da parte (interação ou colegas de mesma idade)	1	2	3	4
24. Demonstra emoções negativas quando está tentando engajar os outros em brincadeira	1	2	3	4

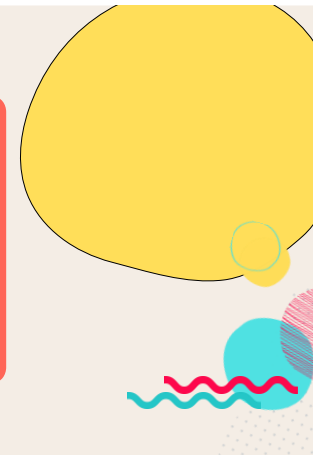


Artigo "Emotion Regulation Checklist (ERC): Estudos Preliminares da Adaptação e Validação para a Cultura Brasileira"



Conclusão

O rastreio de saúde mental deve fazer parte dos cuidados de rotina em crianças e adolescentes com doença crónica, de forma a facilitar o acompanhamento adequado quando as crianças e os adolescentes mostram sinais de perturbações mentais. Uma intervenção adequada e precoce pode melhorar a qualidade de vida e a adesão aos tratamentos e reduzir significativamente os efeitos negativos na gestão da doença e os custos para os sistemas de saúde.





Folhetos “Gestão das Emoções na Criança com Doença Crônica” e “Gestão das Emoções na Família com Criança com Doença Crônica”



Referências Bibliográficas

- Conner CM, White SW, Scallih L, Mazefsky CA. 15. The role of emotion regulation and core autism symptoms in the experience of anxiety in autism. *Autism*. 2020 May;24(4):931–40.
- Costescu C, Rosan A, David C, Cozma L, Calota A. 16. The Relation between Cognitive and Emotional Processes in Children and Adolescents with Neurodevelopmental Disorders-A Meta-Analysis. *Eur J Invest Health Psychol Educ*. 2023 Nov 29;13(12):2811–26.
- Li B, Bijl-Hoogewijs E, Stockmann L, Vergari I, Rieffe C. 17. Toward feeling, understanding, and caring: The development of empathy in young autistic children. *Autism*. 2023 Jul;27(5):1204–18.
- Clifford P, Gevers C, Jonkman KM, Boer F, Begeer S. 18. The effectiveness of an attention-based intervention for school-aged autistic children with anger regulating problems: A randomized controlled trial. *Autism Res*. 2022 Oct;15(10):1971–84.
- Kirst S, Bögl K, Gross VL, Diehm R, Pousiska L, Dzubok I. 19. Subtypes of Aggressive Behavior in Children with Autism in the Context of Emotion Recognition, Hostile Attribution Bias, and Dysfunctional Emotion Regulation. *J Autism Dev Disord*. 2022 Dec;52(12):5367–82.
- Neuhaus E, Webb SJ, Bernier RA. 20. Linking social motivation with social skill: The role of emotion dysregulation in autism spectrum disorder. *Dev Psychopathol*. 2019 Aug;31(3):931–43.
- Doernberg EA, Russ SW, Dimitropoulos A. 21. Believing in Make-Believe: Efficacy of a Pretend Play Intervention for School-Aged Children with High-Functioning Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2021 Feb;51(2):576–88.
- Tsai CH, Chen KL, Li HJ, Chen KH, Hsu CW, Lu CH, et al. 11. The symptoms of autism including social communication deficits and repetitive and restricted behaviors are associated with different emotional and behavioral problems. *Sci Rep*. 2020 Nov 25;10(1):20509.
- Eschenauer S, Tsao R, Legou T, Teller M, André C, Brugnot I, et al. 22. Performing for Better Communication: Creativity, Cognitive-Emotional Skills and Embodied Language in Primary Schools. *J Intell*. 2023 Jul 14;11(7):140.
- Jahromi LB, Kirkman KS, Friedman MA, Nunnally AD. 23. Associations Between Emotional Competence and Prosocial Behaviors With Peers Among Children With Autism Spectrum Disorder. *Am J Intellect Dev Disabil*. 2021 Mar 1;126(2):79–96.
- Li B, Bos MG, Stockmann L, Rieffe C. 25. Emotional functioning and the development of internalizing and externalizing problems in young boys with and without autism spectrum disorder. *Autism*. 2020 Jan;24(1):200–10.
- Dagdelen F. 26. Decreased Theory of Mind Abilities and Increased Emotional Dysregulation in Adolescents With ASD and ADHD. *Alpha psychiatry*. 2021 Mar;22(2):100–5.
- Zhao D, Zhang J. 26. The effects of working memory training on attention deficit, adaptive and non-adaptive cognitive emotion regulation of Chinese children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *BMC Psychol*. 2024 Feb 5;12(1):59.
- Gasparo S, Bennett S, Wyka K, Temkin-Yu A, Damianides A, Beaumont R. 24. The Effect of the Secret Agent Society Group Program on Parent-Teacher Agreement Regarding Children's Social Emotional Functioning. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*. 2023 Apr 10;13(4).
- Groves NB, Koffler MJ, Wells EL, Day TN, Chen ESM. 27. An Examination of Relations Among Working Memory, ADHD Symptoms, and Emotion Regulation. *J Abnorm Child Psychol*. 2020 Apr;48(4):525–37.
- Antony EMA, Pihlajamäki M, Speyer LG, Murray AL. 28. Does emotion dysregulation mediate the association between ADHD symptoms and internalizing problems? A longitudinal within-person analysis in a large population-representative study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2022 Dec;63(12):1583–90.

Referências Bibliográficas

- Paula Diogo. 4. Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica. 1st ed. Lisboa: Lisbon International Press; 2023.
- Presidência do Conselho de Ministros. 1. Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho, 2018.
- Ordem dos Enfermeiros, Diário da República. 2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. 2018.
- Helena Saraiva, Andreia Sousa. 3. Cuidados Diferenciados em Enfermagem de Saúde. 1ª. Lidel; 2022.
- Ana Lúcia Ramos, Maria do Céu Barber-Figueiredo. 5. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Lidel; 2020.
- Thomas S, Ryan NP, Byrne LK, Hendrickx C, White V. 51. Psychological Distress Among Parents of Children With Chronic Health Conditions and Its Association With Unmet Supportive Care Needs and Children's Quality of Life. *J Pediatr Psychol*. 2024 Jan 19;49(1):45–55.
- Thomas S, Byrne LK, Ryan NP, Hendrickx C, White V. 43. Unmet supportive care needs in families of children with chronic health conditions: an Australian cross-sectional study. *World J Pediatr*. 2023 Dec;19(12):1181–91.
- Lica MM, Papai A, Salcudeanu A, Crainicu M, Covaciu CG, Mihai A. 55. Assessment of Psychopathology in Adolescents with Insulin-Dependent Diabetes (DD) and the Impact on Treatment Management. *Children (Basel)*. 2021 May 19;9(5).
- Stapleton C, Watkins E, Hare MJL, Timms F, Wood AJ, Tilmuss A. 47. The prevalence of diabetes distress and its association with glycaemia in young people living with insulin-requiring-diabetes in a regional centre in Australia. *J Paediatr Child Health*. 2022 Dec;58(12):2273–9.
- Koukourikos K, Tsalogioudou A, Tzela L, Iliadis C, Frantzana A, Katsimbeli A, et al. An Overview of Play Therapy. *Materia Socio Medica*. 2021;33(4):293.
- Cserép M, Szabó B, Tóth-Heyn P, Szabó AJ, Szumska I. 48. The Predictive Role of Cognitive Emotion Regulation of Adolescents with Chronic Disease and Their Parents in Adolescents' Quality of Life: A Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 1;19(23).
- Yildiz Miniksar D, Öz B, Kılıç M, Öze Kaban Ş, Yavuzylmaz F, Öztürk O, et al. 44. An Evaluation of Difficulty in Emotion Regulation, Impulsivity, and Emotional Eating in Children and Adolescents Diagnosed with Type 1 Diabetes Mellitus. *Turkish archives of pediatrics*. 2024 Jan;59(1):78–86.
- Yildiz Miniksar D, Öz B, Kılıç M, Öze Kaban Ş, Yavuzylmaz F, Öztürk O, et al. 54. An Evaluation of Difficulty in Emotion Regulation, Impulsivity, and Emotional Eating in Children and Adolescents Diagnosed with Type 1 Diabetes Mellitus. *Turkish archives of pediatrics*. 2024 Jan;59(1):78–86.
- Barrett CE, Zhou X, Mendez I, Park J, Koyama AK, Claussen AH, et al. 52. Prevalence of Mental, Behavioral, and Developmental Disorders Among Children and Adolescents with Diabetes. *United States (2016-2019)*. *J Pediatr*. 2023 Feb;253:25–32.
- Gonczek D, Mazurek E, Piasny M, Surońska A, B. Starzyk J, Wojcik M, et al. 46. Depressive and anxiety symptoms in adolescents with type 1 diabetes – a single-centre observational study. *Pediatr Endocrinol Diabetes Metab*. 2023;29(4):231–6.
- Di Riso D, Cambriasi E, Bertini S, Misciocchia M. 56. Associations between Pretend Play, Psychological Functioning and Coping Strategies in Pediatric Chronic Diseases: A Cross-sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jun 18;17(12).
- Northrup JB, Patterson MT, Mazefsky CA. 10. Predictors of Severity and Change in Emotion Dysregulation among Children and Adolescents with ASD. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2021;50(6):708–29.
- Ros R, Graziano PA. 12. A Transdiagnostic Examination of Self-Regulation: Comparisons Across Preschoolers with ASD, ADHD, and Typically Developing Children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2020 Jul 3;49(4):493–508.
- Tse ACY. 13. Brief Report: Impact of a Physical Exercise Intervention on Emotion Regulation and Behavioral Functioning in Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2020 Nov;50(11):4191–8.
- Jaisle EM, Groves NB, Black KE, Koffler MJ. 14. Linking ADHD and ASD Symptomatology with Social Impairment: The Role of Emotion Dysregulation. *Res Child Adolesc Psychopathol*. 2023 Jan;51(1):3–16.

Referências Bibliográficas

- Vacher C, Romo L, Dureau M, Soler M, Picot MC, Purper-Ouakil D. 29. Efficacy of cognitive behavioral therapy on aggressive behavior in children with attention deficit hyperactivity disorder and emotion dysregulation: study protocol of a randomized controlled trial. *Trials*. 2022 Feb 7;23(1):124.
- Santonastaso O, Zaccari V, Crescenini C, Fabbro F, Capurso V, Vicari S, et al. 30. Clinical Application of Mindfulness-Oriented Meditation: A Preliminary Study in Children with ADHD. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Sep 22;17(8):6916.
- PHDA - Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção. Critérios de Diagnóstico. 2024. 31. Critérios de Diagnóstico.
- Silverman MR, Bennett R, Feuerstahler L, Stadlerman J, Dick AS, Graziano P, et al. 32. Measuring Emotion Dysregulation in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Revisiting the Factor Structure of the Emotion Regulation Checklist. *Behav Ther*. 2022 Mar;53(2):196–207.
- Paulus FW, Ohmann S, Möhrer E, Plener P, Popow C. 33. Emotional Dysregulation in Children and Adolescents With Psychiatric Disorders: A Narrative Review. *Front Psychiatry*. 2021;12:628252.
- Hartman CA, Rommelse N, van der Klugt CL, Wanders RBK, Timmerman ME. 34. Stress Exposure and the Course of ADHD from Childhood to Young Adulthood: Comorbid Severe Emotion Dysregulation or Mood and Anxiety Problems. *J Clin Med*. 2019 Nov 1;8(11).
- Tajik-Parvinchi D, Farnus L, Tablon Modica P, Cribbie RA, Weiss JA. 37. The role of cognitive control and emotion regulation in predicting mental health problems in children with neurodevelopmental disorders. *Child Care Health Dev*. 2021 Sep;47(5):608–17.
- Pochon R, Touchet C, Ibernon L. 35. Recognition of Basic Emotions with and without the Use of Emotional Vocabulary by Adolescents with Down Syndrome. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*. 2022 May 30;12(6).
- APCL. 36. Paralisia Cerebral. 2021.
- Belmonte-Darras S, Montoro CI, Andrade NC, Montoya P, Riquelme I. 38. Alteration of Emotional Knowledge and Its Relationship with Emotion Regulation and Psychopathological Behavior in Children with Cerebral Palsy. *J Autism Dev Disord*. 2021 Apr;51(4):1238–48.
- Höltz B, Mitchell K. 49. Supporting Parents of Children With Type 1 Diabetes: Experiment Comparing Message and Delivery Types. *JMIR Form Res*. 2023 Feb 3;7:e41193.
- Nguyen LA, Pouwer F, Wintertdijk P, Hartman E, Nubser R, Sas T, et al. 53. Prevalence and course of mood and anxiety disorders, and correlates of symptom severity in adolescents with type 1 diabetes: Results from diabetes LEAP. *Pediatr Diabetes*. 2021 Jun;22(4):638–48.
- Cláudia Campos. A. Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Psilogos, Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca*. 2017;15.
- Patrícia Isabel Bispo Pereira Baltar Guerreiro. A Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica: A 'ARTE' de Cuidar. Lisboa; 2016.
- Kohlford M, Costa-Junior AL. Comunicação em pediatria: revisão sistemática de literatura. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2013 Dec;30(4):539–52.
- Vanda Vicente. PROMOVER A ESPERANÇA PARENTAL: o papel do enfermeiro especialista no suporte à parentalidade. Lisboa; 2021.
- Ordem dos Enfermeiros. GUIAS ORIENTADORES DE BOA PRÁTICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA. 2011 Feb. (Série I). Report No. Número 3.



Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica e Família



Elaborado por Enfermeira Catarina Sousa
Supervisora Clínica Enfermeira Ana Isabel Santos
Supervisora Pedagógica Professora Graça Moraes Rocha

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



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALMADA - SEIXAL



Apêndice O – Folhetos “Gestão das emoções na criança com doença crónica” e “Gestão das emoções na família com criança com doença crónica”

Estratégias de Gestão de Emoções

Na adolescência o desenvolvimento cognitivo contribui para melhorar as estratégias de coping e os comportamentos adaptativos.

O processo de separação da família é mais tardio e as relações entre pares são mais fracas. Sentem-se isolados e inferiores aos outros. Preocupam-se com o seu futuro.

Deve-se explicar que muitas das suas preocupações fazem parte da adolescência, incentiva-los a socializar e a serem responsáveis pela sua saúde, ensinando-os a tomar decisões e a estabelecer competências de gestão emocional.

Outras estratégias são:
Estratégias de Respiração e Relaxamento, Autorregulação/Meditação e Mindfulness;
Escuta Ativa e Reforço Positivo;
Abordagens Teatrais/Dramatização;
Promover a expressão e reflexão de emoções;
Atividade Física;
Definição de metas realistas;
Criação de Espaços de Calma e Distração
Reestruturar o Pensamento
Inclusão com outras crianças.

Referências Bibliográficas



Elaborado por Enf.^a Catarina Sousa
Supervisora Clínica Enf.^a Ana Isabel Santos
Supervisora Pedagógica Prof.^a Graça Rocha



Este documento tem como finalidade ser um elemento facilitador da prática de enfermagem que permite aceder a estratégias de gestão de emoções na criança com doença crónica mais facilmente e com maior brevidade, assim como ser auxiliar de integração ao serviço.

Emoções na Criança com Doença Crónica

As crianças vivem intensamente as suas emoções. Por isso podem surgir mecanismos promotores de desregulação emocional em situações perturbadoras e intensas como Ruminação; Catastrofização; Culpabilização; Culpabilização dos outros; Sentimentos de ineficácia; Medo do Fracasso e Ansiedade relativo às expectativas.

Devemos tratar as emoções como um instrumento terapêutico para atenuar as experiências negativas e transformar positivamente os cuidados de saúde da criança e família.

A aceitação, reorientação positiva e reavaliação positiva são estratégias comportamentais favoráveis à regulação emocional.

Estratégias de Gestão de Emoções



Nos recém-nascidos e latentes o desenvolvimento afetivo, vinculação e confiança podem ficar comprometidos pelo processo de luto dos pais. Pode-se realizar ensinamentos sobre como satisfazer as necessidades especiais da criança e reforçar as qualidades da criança.

Na fase de toddler pode haver um atraso na aquisição de competências, uma dependência emocional pelos pais e testam menos os seus limites. Pode-se incentivar a executar tarefas adequadas à sua idade e estimular a sua independência, assim como estabelecer limites adequados.

Na fase pré-escolar podem apresentar dificuldades no seu autocuidado e na socialização. Culpabilizam-se e evitam colocar-se em situações em que os outros os possam criticar. Deve-se incentivar a socialização, proporcionando oportunidades para brincar, prepará-la para aprender a ouvir críticas e reafirmar que o facto de ter alguma patologia não é culpa sua.

Estratégias de Gestão de Emoções

Em idade escolar podem estar mais isoladas dos seus pares e ter rendimento escolar diminuído. Os enfermeiros podem informar os professores e incentivar a criança a participar em atividades físicas e momentos de socialização.

Na brincadeira terapêutica, os profissionais de saúde utilizam a aptidão terapêutica do brincar como:

- Prevenção e tratamento de dificuldades psicossociais e socio-emocionais;
- Gestão dos problemas emocionais e distúrbios comportamentais;
- Estimulação da aprendizagem de competências de comunicação e resolução de problemas.

É uma forma de comunicação entre a criança e o profissional em que a criança utiliza os materiais da brincadeira para expressar direta ou simbolicamente os seus sentimentos, pensamentos e experiências

Promoção da Esperança

A esperança sentida pelos cuidadores está interligada ao seu bem-estar psicológico e às expectativas que têm do futuro.

Permite ocorrer uma transformação pessoal positiva, com redefinição de metas visionando soluções alternativas.

Permite que vejam a sua relação como um relacionamento especial e que se reconheçam como parte fulcral dos cuidados, observando os seus recursos individuais

O profissional de saúde reconhece a representação negativa que um determinado procedimento pode ter, por isso deve evidenciar os aspetos positivos do processo e incentivar a confiança e a esperança. Valorizando os aspetos saudáveis e positivos, os ganhos que a criança consegue atingir. O enfermeiro afirma o valor dos pequenos acontecimentos e ganhos do dia-a-dia, quer da criança quer do cuidador.

Referências Bibliográficas



Elaborado por Enf.^a Catarina Sousa
Supervisora Clínica Enf.^a Ana Isabel Santos
Supervisora Pedagógica Prof.^a Graça Rocha



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALMADA - SEIXAL



GESTÃO DAS EMOÇÕES NA FAMÍLIA COM CRIANÇA COM DOENÇA CRÓNICA

Para Profissionais de
Saúde



Este documento tem como finalidade ser um elemento facilitador da prática de enfermagem que permite aceder a estratégias de gestão de emoções na família com criança com doença crónica mais facilmente e com maior brevidade, assim como ser auxiliar de integração ao serviço.

Emoções na Família

Os cuidadores de uma criança com doença crónica gerem o bem-estar físico e emocional da criança, assim como o seu, ao mesmo tempo que mantêm os papéis profissionais, familiares e sociais.

A desregulação emocional da família/sofrimento parental caracteriza-se por depressão, ansiedade e stress, que afeta também a qualidade de vida e a regulação emocional da criança.

Reduz a disponibilidade emocional dos pais e a sua capacidade de resposta aos filhos. A culpabilização e ruminção são preditores significativos da qualidade de vida nas crianças e adolescentes.

Estratégias de Gestão das Emoções

As intervenções para a regulação emocional das crianças têm impacto positivo na saúde mental e no bem-estar dos cuidadores.

Terapia de grupo para os jovens e os seus pais, pode ser parte do conjunto de ferramentas de apoio à saúde mental.

A brincadeira terapêutica provou ser importante tanto para adultos como para crianças, por ajudar a melhorar a comunicação entre si, especialmente em situações difíceis.

Grupo de apoio presencial ou à distância para cuidadores é uma ferramenta útil para evitar a angústia e isolamento. É uma forma se sentirem mais compreendidos por outros que passaram por experiências semelhantes

As famílias sentem falta de apoios e de recursos na comunidade, que possam auxiliá-los a gerirem as suas emoções, as dos seus filhos e as dos irmãos. A existência de apoio adequado profissional faz-los sentirem-se menos isolados, permitindo-lhes dar vazão às suas frustrações

Comunicação Terapêutica

As estratégias que melhoram a qualidade da comunicação são:

- Utilização de instrumentos visuais e escritos;
- Expressar preocupação e empatia e explorar temas psicossociais e afetivo-emocionais;
- Explicações breves e claras, uso de linguagem acessível e abordar dúvidas;
- Identificação de pais e utentes pelo nome próprio;
- Treino de empatia, entreaajuda e de apoio social através de roleplay.

Relação Terapêutica

Na relação terapêutica, o profissional tem que estar atento às emoções do outro, considerar o ambiente terapêutico da pessoa cuidada, assim como reconhecer as suas próprias emoções e disponibilizar os seus recursos internos em prol de quem cuida.

Promove a esperança, uma sensação de controlo da sua saúde, adesão a tratamento, reduz a ansiedade e recaídas no estado de saúde.

Apêndice P – Questionário de Avaliação de Sessão e Respostas

Questionário da sessão "Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica e Família"

Este questionário está incluído no projeto realizado pela Enfermeira Catarina Sousa, com o título Gestão de Emoções na Criança com Doença Crónica e Família, no âmbito da frequência do II Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, em Lisboa, orientado pela Professora Graça Moraes Rocha.



Convidamos a sua participação neste questionário com o objetivo de avaliar a qualidade da sessão "Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica e Família" através do preenchimento do mesmo, que levará aproximadamente 10 minutos.

Se tiver alguma dúvida ou desejar esclarecimentos sobre o questionário ou o tema em questão, por favor, entre em contato pelo e-mail catarinasousa8672@esscvp.eu.

Agradeço desde já pela sua disponibilidade e colaboração.

Atenciosamente, Catarina Sousa

catarinasousa8672@esscvp.eu [Mudar de conta](#)

 Não partilhado 

Declaração de Consentimento Informado

Deve saber que:

- 1) A sua participação é totalmente voluntária.
- 2) A participação ou recusa em participar não terá para si nenhum benefício ou prejuízo.
- 3) Todos os dados obtidos neste questionário serão confidenciais e serão tratados de acordo com o Regulamento Geral da Proteção de Dados (Regulamento(UE) n.º 679/2016, de 27 de Abril).
- 4) A informação obtida só se utilizará para fins específicos da formação.

Declara que aceita participar neste questionário:

- Sim
- Não

1. Avaliação Global da Formação

Assinale com um círculo um número, de 1 a 5, (em que 1 significa discordo totalmente, 2 é discordo parcialmente, 3 é não concordo nem discordo, 4 é concordo parcialmente e 5 é concordo totalmente) em cada uma das afirmações que se segue:

1.1. Os objetivos da apresentação foram claros.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.2. As temáticas apresentadas foram adequadas à prática.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.3. A exposição dos assuntos foi clara.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.4. A metodologia utilizada foi adequada.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.5. Os meios audiovisuais foram adequados.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.6. A relação com os participantes foi positiva.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.7. A duração da ação/formação foi adequada.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.8. As instalações foram adequadas.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.9. A documentação fornecida foi suficiente.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

2. Avaliação do Impacto da Formação

Assinale com um círculo um número, de 1 a 5, (em que 1 significa discordo totalmente, 2 é discordo parcialmente, 3 é não concordo nem discordo, 4 é concordo parcialmente e 5 é concordo totalmente) em cada uma das afirmações que se segue:

2.1. Esta sessão de formação permitiu adquirir novos conhecimentos.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

2.2. Os conteúdos abordados serão facilitadores para o exercício das minhas funções.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

2.3. Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

2.4. Os conhecimentos adquiridos contribuirão para o meu desenvolvimento profissional.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

3. Como é de extrema importância continuar este projeto, solicitava o preenchimento das seguintes questões:

3.1. Na sua opinião, que outros aspetos podem ser desenvolvidos sobre a gestão de emoções nas crianças com doença crónica para a prática de enfermagem?

A sua resposta

3.2. Na sua opinião, que outros assuntos considera importantes e facilitadores para a sua gestão de emoções nos cuidados de enfermagem com crianças com doença crónica e família?

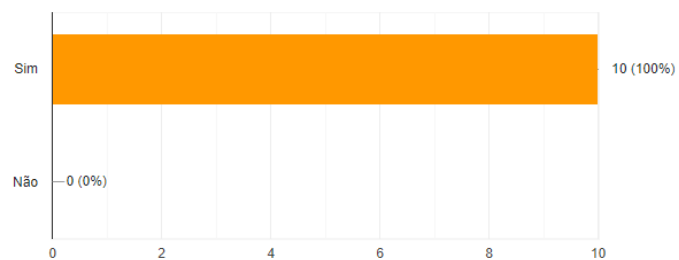
A sua resposta

Declaração de Consentimento Informado

Declara que aceita participar neste questionário:

[Copiar](#)

10 respostas

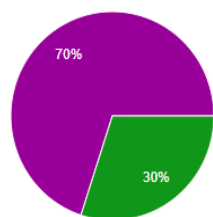


1. Avaliação Global da Formação

1.1. Os objetivos da apresentação foram claros.

[Copiar](#)

10 respostas

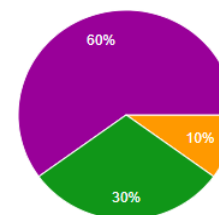


- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.2. As temáticas apresentadas foram adequadas à prática.

[Copiar](#)

10 respostas

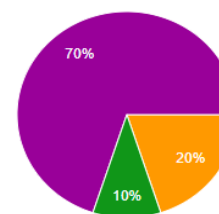


- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.3. A exposição dos assuntos foi clara.

[Copiar](#)

10 respostas

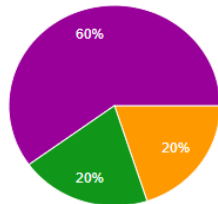


- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.4. A metodologia utilizada foi adequada.

[Copiar](#)

10 respostas

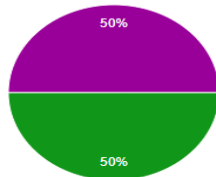


- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.5. Os meios audiovisuais foram adequados.

[Copiar](#)

10 respostas

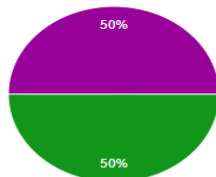


- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.6. A relação com os participantes foi positiva.

[Copiar](#)

10 respostas

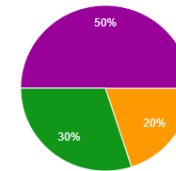


- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.7. A duração da ação/formação foi adequada.

[Copiar](#)

10 respostas

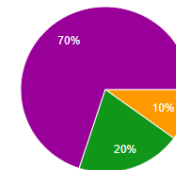


- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.8. As instalações foram adequadas.

[Copiar](#)

10 respostas

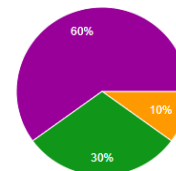


- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.9. A documentação fornecida foi suficiente.

[Copiar](#)

10 respostas



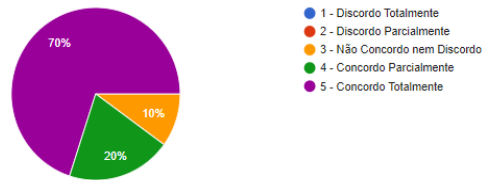
- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

2. Avaliação do Impacto da Formação

2.1. Esta sessão de formação permitiu adquirir novos conhecimentos.

Copiar

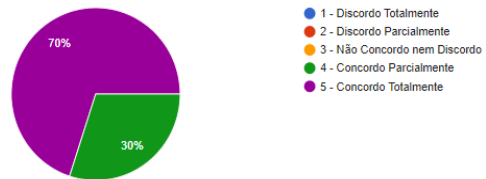
10 respostas



2.2. Os conteúdos abordados serão facilitadores para o exercício das minhas funções.

Copiar

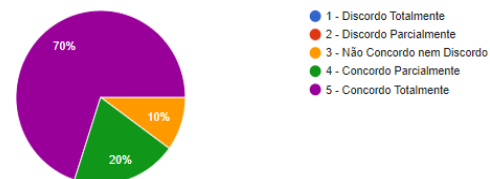
10 respostas



2.3. Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho.

Copiar

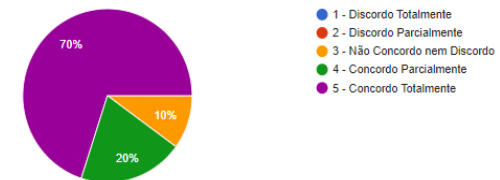
10 respostas



2.4. Os conhecimentos adquiridos contribuirão para o meu desenvolvimento profissional.

Copiar

10 respostas



3. Como é de extrema importância continuar este projeto, solicitava o preenchimento das seguintes questões:

3.1. Na sua opinião, que outros aspetos podem ser desenvolvidos sobre a gestão de emoções nas crianças com doença crónica para a prática de enfermagem?

4 respostas

Mais estratégias para os enfermeiros

Exemplos práticos mais específicos; casos clínicos

Desenvolvimento de documentação específicas na área de enfermagem.

Treino de competências

3.2. Na sua opinião, que outros assuntos considera importantes e facilitadores para a sua gestão de emoções nos cuidados de enfermagem com crianças com doença crónica e família?

4 respostas

Formação de todos os profissionais

Trabalho e partilha de emoções em equipa multiprofissional

Maior conhecimento da história de saúde e hábitos de vida do utente na qual estamos a prestar cuidados de saúde

Treino de competências

Apêndice Q – Questionário de Concordância “Guias Orientadores da Prática de Enfermagem”

Questionário de Avaliação de Necessidades "Guias Orientadores da Prática de Enfermagem"

Este questionário está incluído no projeto realizado pela Enfermeira Catarina Sousa, com o título Gestão de Emoções na Criança com Doença Crónica e Família, no âmbito da frequência do II Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, em Lisboa, orientado pela Professora Graça Moraes Rocha.



Convidamos a sua participação neste questionário com o objetivo de conhecer a opinião dos enfermeiros sobre os temas Intervenção de Enfermagem perante Maus-Tratos Infantis e Intervenção de Enfermagem perante o Adolescente com Sinais de Depressão através do preenchimento do mesmo, que levará aproximadamente 10 minutos.

Se tiver alguma dúvida ou desejar esclarecimentos sobre o questionário ou o tema em questão, por favor, entre em contato pelo e-mail catarinasousa8672@esscvp.eu.

Agradeço desde já pela sua disponibilidade e colaboração.

Atenciosamente, Catarina Sousa

catarinasousa8672@esscvp.eu [Mudar de conta](#)

 Não partilhado 

Declaração de Consentimento Informado

Deve saber que:

- 1) A sua participação é totalmente voluntária.
- 2) A participação ou recusa em participar não terá para si nenhum benefício ou prejuízo.
- 3) Todos os dados obtidos neste questionário serão confidenciais e serão tratados de acordo com o Regulamento Geral da Proteção de Dados (Regulamento(UE) n.º 679/2016, de 27 de Abril).
- 4) A informação obtida só se utilizará para fins específicos da formação.

Declara que aceita participar neste questionário:

- Sim
 Não

Intervenção de Enfermagem perante Maus-Tratos Infantis

1. Assinale com um círculo um número, de 1 a 5, (em que 1 significa discordo totalmente, 2 é discordo parcialmente, 3 é não concordo nem discordo, 4 é concordo parcialmente e 5 é concordo totalmente) em cada uma das afirmações que se segue:

1.1. Em qualquer cuidado de saúde, os enfermeiros procuram identificar sinais de alerta de maus-tratos.

- 1 - Discordo Totalmente
 2 - Discordo Parcialmente
 3 - Não Concordo nem Discordo
 4 - Concordo Parcialmente
 5 - Concordo Totalmente

1.2. Nos cuidados de enfermagem, os enfermeiros sabem identificar os sinais de negligência na criança/jovem.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.3. Para proteger o bem-estar da criança/jovem, é importante o enfermeiro saber analisar e interpretar os diversos fatores de risco de forma a saber a gravidade da situação em qual criança/jovem se encontra.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.4. Ao realizar uma entrevista de colheita de dados, o enfermeiro deve olhar a criança/jovem como parceiro na descoberta e análise da situação.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.5. Numa situação de maus-tratos, o enfermeiro deve procurar a colaboração dos pais/cuidadores nas intervenções e promover as suas competências parentais.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.6. Numa situação de maus-tratos, o enfermeiro deve realizar um registo formal da situação às entidades competentes para acompanhamento e vigilância.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.7. Durante os cuidados de enfermagem, o enfermeiro deve observar as características físicas e emocionais da criança/jovem de forma a avaliar o seu bem-estar e satisfação de necessidades.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

2. De forma a completar e personalizar mais o guia orientador da prática de enfermagem, solicito o preenchimento das seguintes questões:

2.1. O que gostaria que fosse abordado num guia orientador de prática de enfermagem sobre os maus-tratos infantis?

A sua resposta

2.2. Quais são as principais necessidades que encontra na intervenção a crianças/jovens em situação de maus-tratos?

A sua resposta

Intervenção de Enfermagem perante o Adolescente com Sinais de Depressão

1. Assinale com um círculo um número, de 1 a 5, (em que 1 significa discordo totalmente, 2 é discordo parcialmente, 3 é não concordo nem discordo, 4 é concordo parcialmente e 5 é concordo totalmente) em cada uma das afirmações que se segue:

1.1. Durante a triagem, os enfermeiros procuram identificar sinais de depressão no adolescente.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.2. Nos cuidados de enfermagem ao adolescente, o enfermeiro deve questionar sobre fatores de risco de desregulação emocional, como conflitos familiares, desempenho académico, entre outros.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.3. Para proteger o bem-estar do adolescente, é importante o enfermeiro conhecer e saber interpretar os sinais de alerta que o adolescente transmite.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.4. De forma a criar uma relação terapêutica, o enfermeiro deve saber utilizar técnicas de comunicação terapêutica com o adolescente e família.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.5. Durante uma entrevista com o adolescente, o enfermeiro deve utilizar escuta ativa e ser sensível às problemáticas sociais atuais.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.6. Numa situação em que se identifica sinais de depressão no adolescente, o enfermeiro deve articular com a equipa multidisciplinar de forma a apoiá-lo e encaminhá-lo.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

2. De forma a completar e personalizar mais os guias orientador da prática de enfermagem, solicito o preenchimento das seguintes questões:

2.1. O que gostaria que fosse abordado num guia orientador de prática de enfermagem sobre adolescentes com sinais de depressão?

A sua resposta

2.2. Quais são as principais necessidades que encontra na intervenção com adolescentes com sinais de depressão?

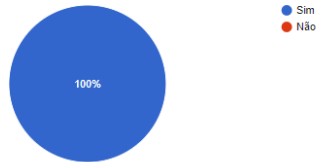
A sua resposta

Declaração de Consentimento Informado

Declara que aceita participar neste questionário:

6 respostas

[Copiar](#)

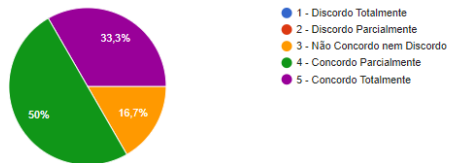


Intervenção de Enfermagem perante Maus-Tratos Infantis

1.1. Em qualquer cuidado de saúde, os enfermeiros procuram identificar sinais de alerta de maus-tratos.

6 respostas

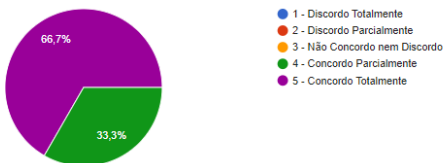
[Copiar](#)



1.2. Nos cuidados de enfermagem, os enfermeiros sabem identificar os sinais de negligência na criança/jovem.

6 respostas

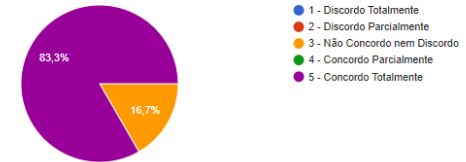
[Copiar](#)



1.3. Para proteger o bem-estar da criança/jovem, é importante o enfermeiro saber analisar e interpretar os diversos fatores de risco de forma a saber a gravidade da situação em qual criança/jovem se encontra.

6 respostas

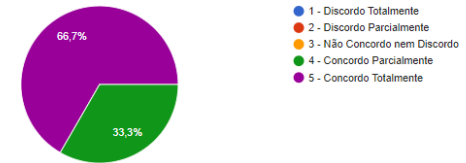
[Copiar](#)



1.4. Ao realizar uma entrevista de colheita de dados, o enfermeiro deve olhar a criança/jovem como parceiro na descoberta e análise da situação.

6 respostas

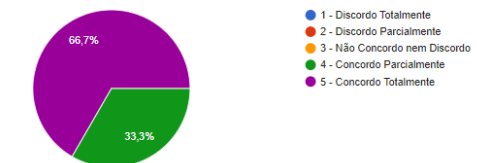
[Copiar](#)



1.5. Numa situação de maus-tratos, o enfermeiro deve procurar a colaboração dos pais/cuidadores nas intervenções e promover as suas competências parentais.

6 respostas

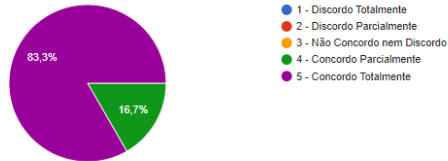
[Copiar](#)



1.6. Numa situação de maus-tratos, o enfermeiro deve realizar um registo formal da situação às entidades competentes para acompanhamento e vigilância.

[Copiar](#)

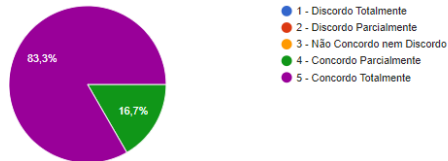
6 respostas



1.7. Durante os cuidados de enfermagem, o enfermeiro deve observar as características físicas e emocionais da criança/jovem de forma a avaliar o seu bem-estar e satisfação de necessidades.

[Copiar](#)

6 respostas



2. De forma a completar e personalizar mais o guia orientador da prática de enfermagem, solicito o preenchimento das seguintes questões:

2.1. O que gostaria que fosse abordado num guia orientador de prática de enfermagem sobre os maus-tratos infantis?

3 respostas

- Esclarecimento sobre os tópicos da folha de identificação para o núcleo de apoio hospital
- Diretrizes para apoio a criança, jovem, família em situação de risco
- Informação sobre os possíveis locais de encaminhamento para respostas a estas situações
- Aspectos jurídicos e comunicacionais específicos a esta área de intervenção

2.2. Quais são as principais necessidades que encontra na intervenção a crianças/jovens em situação de maus-tratos?

3 respostas

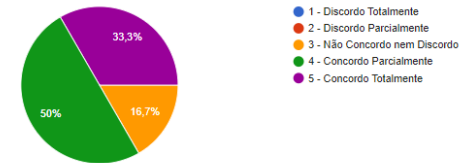
- Apoio emocional; proteção da criança; identificação de um cuidador
- Apoio emocional
- Esclarecimentos
- Comunicação
- Conforto
- Segurança
- Necessidade de proteção e apoio emocionais

Intervenção de Enfermagem perante o Adolescente com Sinais de Depressão

1.1. Durante a triagem, os enfermeiros procuram identificar sinais de depressão no adolescente.

[Copiar](#)

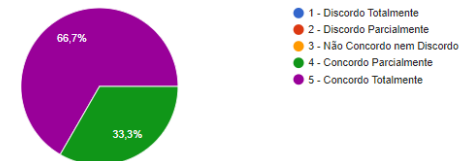
6 respostas



1.2. Nos cuidados de enfermagem ao adolescente, o enfermeiro deve questionar sobre fatores de risco de desregulação emocional, como conflitos familiares, desempenho académico, entre outros.

[Copiar](#)

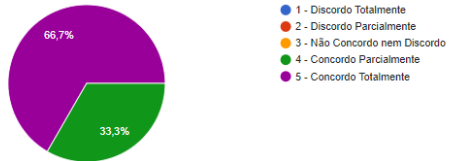
6 respostas



1.3. Para proteger o bem-estar do adolescente, é importante o enfermeiro conhecer e saber interpretar os sinais de alerta que o adolescente transmite.

Copiar

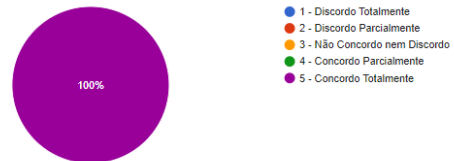
6 respostas



1.4. De forma a criar uma relação terapêutica, o enfermeiro deve saber utilizar técnicas de comunicação terapêutica com o adolescente e família.

Copiar

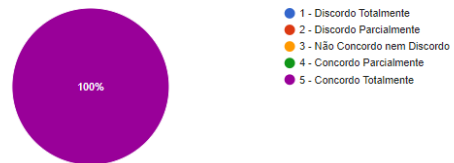
6 respostas



1.5. Durante uma entrevista com o adolescente, o enfermeiro deve utilizar escuta ativa e ser sensível às problemáticas sociais atuais.

Copiar

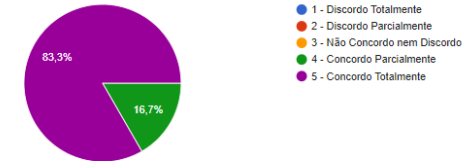
6 respostas



1.6. Numa situação em que se identifica sinais de depressão no adolescente, o enfermeiro deve articular com a equipa multidisciplinar de forma a apoiá-lo e encaminhá-lo.

Copiar

6 respostas



2. De forma a completar e personalizar mais os guias orientador da prática de enfermagem, solicito o preenchimento das seguintes questões:

2.1. O que gostaria que fosse abordado num guia orientador de prática de enfermagem sobre adolescentes com sinais de depressão?

4 respostas

Estratégias de comunicação

Directrizes para soluções, respostas

Antecedentes Familiares

Factores de risco de depressão na adolescência, sinais e sintomas de depressão na adolescência, intervenção inicial e articulação interdisciplinar, comunicação com o adolescente depressivo, suporte emocional ao adolescente e familiares

2.2. Quais são as principais necessidades que encontra na intervenção com adolescentes com sinais de depressão?

4 respostas

Comunicação

Segurança
Apoio emocional

Perceber contexto familiar e escola

Apoio emocional, coaching e coping

Intervenção de Enfermagem perante Maus-Tratos Infantis em contexto de Urgência Pediátrica

Guia Orientador da Prática de Enfermagem

Elaborado por:	Enfermeira Catarina Sousa
Supervisora Clínica	Enfermeira Especialista Célia Pereira
Supervisora Pedagógica	Professora Graça Moraes Rocha

Índice

1. Nota Introdutória.....	3
2. Maus-Tratos Infantis.....	4
2.1. Negligência.....	5
2.2. Maus-Tratos Físicos.....	5
2.3. Maus-Tratos Psicológicos ou Emocionais.....	6
2.4. Abuso Sexual.....	6
2.5. Síndrome de Munchausen por Procuração.....	7
2.6. Fatores de Risco.....	8
2.7. Fatores de Proteção.....	9
2.8. Fatores de Agravamento/Crises de Vida.....	10
2.9. Sinais de Alerta.....	10
2.10. Situações de perigo.....	11
3. Cuidados de Enfermagem em situações de Maus-Tratos Infantis em contexto de Urgência Pediátrica.....	11
3.1. Entrevista de Enfermagem.....	12
3.2. Sinalização.....	13
3.3. Fluxograma de Intervenção de enfermagem na suspeita da criança/jovem vítima de maus-tratos infantis.....	15
4. Nota Conclusiva.....	16
5. Referências Bibliográficas.....	17

1. Nota Introdutória

Os maus-tratos em crianças e jovens são reconhecidos como um problema a nível mundial de saúde pública. Em Portugal, em 2022, foram vítimas 2596 crianças e jovens em que 60,1% foram crianças do sexo feminino, 4625 crimes e outras formas de violência, sendo que 2914 foram violência doméstica, 1356 crimes sexuais contra crianças e jovens, entre outros. A relação da vítima com o autor do crime/violência era de filho (31,6%), outro familiar (9%) e enteado (5,9%), sendo que 32,6% ocorreram em vitimização continuada e 14,3% não continuada (1).

Os Serviços de Saúde têm legitimidade, direito e obrigação de intervir para a proteção da criança ou jovem, com base no seu consentimento e na não oposição por parte de quem tem de o expressar. (2) Nos seus cuidados de enfermagem, o enfermeiro deve seguir os princípios orientadores em situação risco/perigo (3):

- O interesse superior da criança, ou seja, atender aos interesses e direitos da criança/jovem;
- Privacidade, ou seja, respeitar a intimidade perante os outros e o direito à imagem;
- Intervenção precoce, qual deve ser realizada quando se tem conhecimento da situação de perigo;
- Intervenção mínima, ou seja, deve ser executada pelas entidades e instituições imprescindíveis à promoção dos direitos e proteção da criança/jovem em perigo;
- Obrigatoriedade da informação, ou seja, a criança/jovem, os pais ou representante legal têm o direito a ser informados acerca dos seus direitos, dos motivos que conduziram à intervenção e a forma como se vai processar.

Como tal, o objetivo geral é sensibilizar os enfermeiros para os maus-tratos infantis e sua prevalência. Os objetivos específicos são uniformizar os procedimentos de identificação e intervenção da criança/jovem vítima e refletir sobre os tipos de maus-tratos existentes.

O seguinte documento apresenta o conceito de maus-tratos infantis, assim como dos tipos de maus-tratos como: negligência; maus-tratos físicos; maus-tratos psicológicos ou emocionais; abuso sexual e síndrome de Munchausen por Procuração. Também demonstra os fatores de risco, proteção e de agravamento/crises de vida e sinais de alerta. A apresentação da avaliação do risco e perigo em maus-tratos e situações de perigo. Demonstra que cuidados de enfermagem devem ser realizados em situações de maus-tratos infantis em contexto de Urgência Pediátrica, assim como a descrição da entrevista e como deve ser feita a sinalização. De seguida é apresentada a nota conclusiva e as referências bibliográficas.

2. Maus-Tratos Infantis

Os maus-tratos em crianças e jovens são ações ou omissões de natureza não acidental que põem em causa a segurança, dignidade e o desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da criança e que são realizadas pelos pais, cuidadores ou outros elementos (2,3). Tem impacto negativo, que pode ser irreversível, no (2):

- Crescimento
- Desenvolvimento físico, cognitivo, afetivo e social
- Saúde e bem-estar,
- Segurança, Autonomia e dignidade
- Morte.

Deve-se avaliar o grau de gravidade dos maus-tratos tendo em conta um conjunto as circunstâncias do incidente que o gerou, os efeitos que essa situação teve na criança, se foi um ato isolado ou se foi repetido ou contínuo no tempo, se for uma criança em situação de elevada vulnerabilidade como ter menos de 5 anos e/ou ter incapacidades físicas ou psíquicas e a inexistência de fatores de proteção externos como a ausência de outro adulto que possa proteger a criança e/ou dificuldade em aceder a apoio externo (2,3).

Podem ser classificados de acordo com o seu grau de gravidade (2):

- Ligeiro: Não provoca alterações na criança, não há previsão que provoque alterações e não requer tratamento ou intervenção especializada;
- Moderado: Provoca alterações na criança e prevê-se que tal venha a repetir-se devido à sua intensidade ou frequência. É necessário uma intervenção especializada e um plano de intervenção interdisciplinar e individualizado;
- Grave: Pode afetar a integridade física ou emocional ou alterar significativamente o desenvolvimento da criança/adolescente. Há um alto risco de recorrência dos episódios de maus-tratos.

2.1. Negligência

A Negligência é a incapacidade de satisfazer as necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequado. Normalmente é contínua no tempo e pode manifestar-se de forma ativa, em que

há intenção de causar dano à vítima, ou de forma passiva, quando resulta da incompetência ou incapacidade dos cuidadores para assegurar tais necessidades (2,3).

Os principais sinais de negligência são (2,3):

- Maus cuidados de higiene (tendo em conta as normas culturais e o meio familiar);
- Vestuário desadequado à estação e temperatura;
- Lesões ou queimaduras provocadas por exposições climáticas adversas;
- Acidentes, lesões ou hematomas frequentes por falta de supervisão;
- Perturbações do desenvolvimento e sociais, como aquisição de linguagem, motricidade e/ou socialização, ou criança com doença crónica sem acompanhamento adequado ou cuidados adequados, como falta de adesão a tratamentos e terapêutica;
- Inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília);
- Não cumprimento do programa de vigilância de saúde da criança e do Plano Nacional de Vacinação;
- Intoxicações e acidentes de repetição.

2.2. Maus-Tratos Físicos

Os maus-tratos físicos são ações não acidentais, isoladas ou repetidas, aplicadas pelos pais, cuidadores ou outros responsáveis que causam danos físicos. Os seus principais sinais são (2,3):

- Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais incomuns nos traumatismos acidentais;
- Síndrome da criança abanada/sacudida/chocalhada;
- Alopecia traumática e/ou por postura prolongada com deformação do crânio;
- Lesões provocadas que deixam marca, como fivelas, cordas, mãos, chicote ou outros;
- Marcas de traumatismos antigos, como calos ósseos provocados por fraturas;
- Fraturas das costela e corpos vertebrais;
- Demora ou ausência de procura de cuidados médicos;
- História desapropriada ou recusa em explicar a causa de alguma lesão que a criança apresente;

- Perturbações do desenvolvimento físico, cognitivo ou socioafetivo;
- Alterações graves do estado nutricional.

2.3. Maus-Tratos Psicológicos ou Emocionais

Os maus-tratos psicológicos ou emocionais são caracterizados pela ausência de um ambiente familiar estável, de segurança e de bem-estar afetivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrado (2,3).

Pode demonstrar-se por pouco afeto ou afeto desadequado à idade até à rejeição afetiva completa acompanhada pela desvalorização contínua e permanente da criança que apresenta repercussões comportamentais negativas. Os sinais ao qual é preciso ter-se em atenção são (2,3):

- Visitas frequentes aos serviços de saúde por cefaleias, dores musculares e abdominais sem motivo orgânico aparente;
- Conduta agressiva (autoagressão e/ou heteroagressão) e/ou automutilação;
- Ideação suicida;
- Ansiedade excessiva e dificuldade nas relações afetivas interpessoais;
- Perturbações alimentares;
- Alterações no controlo dos esfíncteres, como enurese e/ou encoprese;
- Choro incontrolável no primeiro ano de vida.

2.4. Abuso Sexual

O Abuso Sexual consiste numa relação de poder/autoridade com o envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades sexuais com o fim de satisfazer sexualmente um adulto ou outra pessoa mais velha que ela. Devido ao desenvolvimento infantil, a criança ou adolescente pode não compreender que é vítima ou, se tiver a noção do que está a acontecer, não consegue classificar o abuso, não está emocionalmente preparada ou não tem capacidade para dar o seu consentimento livre e esclarecido (2,3).

Pode surgir de diferentes formas como: obrigar a criança/jovem a tomar conhecimento ou presenciar conversas, mensagens escritas e espetáculos obscenos; usá-la em sessões fotográficas e filmagens de intuito pornográfico, até à prática de coito vaginal, anal ou oral;

Introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objetos; manipulação dos órgãos sexuais (3).

Frequentemente, o diagnóstico é difícil de obter pelo ato ser perpetrado sem que haja qualquer indício físico de que tenha sucedido. No entanto, em algumas situações, é possível identificar sintomas/sinais como (2,3):

- Lesões externas nos órgãos genitais, como eritema, edema, lacerações, fissuras, erosão ou infeção;
- Presença de esperma no corpo da criança/jovem;
- Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen;
- Leucorreia anormal do esfíncter anal ou do hímen,
- Leucorreia persistente ou recorrente;
- Dor, edema ou prurido na zona vaginal ou anal;
- Lesões no pénis ou na área escrotal;
- Contusões e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração do freio dos lábios;
- Rompimento do hímen;
- Presença de infeções sexualmente transmissíveis;
- Gravidez.

2.5. Síndrome de Munchausen por Procuração

O Síndrome de Munchausen por Procuração refere-se a uma condição psicoemocional de um familiar ou cuidador que tenta convencer a equipa de saúde que a criança apresenta vários sinais, sintomas e doenças, o que leva frequentemente à realização de meios de diagnóstico esgotantes, incluindo práticas invasivas e hospitalizações (2,3).

As principais demonstrações são (2,3):

- A história contada não coincide com o observado ou o que é suposto observar-se;
- Sinais e Sintomas não respondem ao tratamento;
- Os problemas surgem na presença do abusador e desaparecem quando este se ausenta;
- Os problemas agravam-se quando o abusador é informado de que a criança está

melhor e que vai ter alta, ou que não vão realizar mais exames ou tratamentos.

Estes sinais são muitos provocados pela administração pelo cuidador de uma droga/medicamento para provocar determinados sintomas, adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina ou até provocar semi-sufocação antes de acorrer ao serviço de urgência para anunciar crises de dispneia (3).

2.6. Fatores de Risco

Os maus-tratos resultam da união e interação dos diferentes fatores de risco, proteção e agravamento/crise de vida do contexto familiar e devem ser ponderados durante a avaliação da situação. Só dessa forma se tornará viável e alcançável os objetivos da intervenção em saúde (3).

O Risco refere-se ao perigo potencial, à vulnerabilidade da criança/jovem de poder a sofrer de maus-tratos. Os fatores de risco de maus-tratos são variáveis biopsicossociais, que no meio em que ocorrem, influenciam o aumento da probabilidade de ocorrerem ou manterem as situações de maus-tratos e potenciar alterações que impeçam o adequado desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens. Por si só, não provam a existência de maus-tratos; apenas indicam a probabilidade do seu aparecimento (2,3).

Os fatores de risco para a ocorrência de maus-tratos em crianças ocorrem tendencialmente em situações vulneráveis, como nascimento prematuro/baixo peso, ser um filho não desejado, humor e comportamento difícil, atrasos no desenvolvimento físico ou psíquico, situação de doença crónica, como perturbações do desenvolvimento e comportamento, não corresponder às expectativas dos pais como identidade de género e/ou sexual, prática de relações sexuais, problemas de saúde e/ou temperamento, crianças/jovens institucionalizadas, problemas de comportamento como agressividade, oposição, mentiras, absentismo escolar, entre outros, e vivências escolares com violência e bullying (2).

Nas famílias/cuidadores são situações promotoras de maus-tratos (2,3):

- Cuidadores que foram vítimas de maus-tratos em criança
- Competências Parentais comprometidas ou inexistentes, representações sociais sobre o papel parental e papel da criança/jovem na família e na sociedade (aceitação do próprio e social da violência como forma de discussão e punição, sublimação da violência pela comunicação social e/ou persistência dos papéis tradicionais de género

e vida sexual);

- Presença de perturbações emocionais, mentais ou físicas que os impedem de reconhecer e/ou responder às necessidades da criança;
- Cuidadores que praticam disciplina excessivamente rígida, autoritária ou inconsistente,
- Falta de apoio social, sociofamiliar, económico, comunitário e psicológico ou agregados familiares pouco permeáveis à intervenção;
- Ausência prolongada de um dos cuidadores,
- Vinculação insegura e comunicação insegura com a criança;
- Exercício ausente ou ineficaz das responsabilidades parentais;
- Presença de familiares com vulnerabilidade, como situação de dependência, exclusão social, desemprego e/ou instabilidade laboral;
- Alcoolismo e outras toxicodependências;
- História de conduta violenta, antissocial e/ou criminalidade;
- Baixa autoestima, problemas comportamentais (défice de controlo ou personalidade imatura e impulsiva) e/ou vulnerabilidade ao stress;
- Parentalidade jovem,
- Gravidezes muito próximas e/ou não vigiadas;
- Ausência de conhecimentos acerca do desenvolvimento infantil;
- Dinâmica familiar instável (família disfuncional com relações familiares conflituosas; família numerosas, violência doméstica, gravidez não desejada, irmãos de diferentes parentes, mudança frequente de residência ou inexistência de condições de habitabilidade, migração, episódios de crise, como morte, detenção, separação ou divórcio, e incapacidade de procurar/utilizar os recursos comunitários).

2.7. Fatores de Proteção

Os **fatores de proteção** são variáveis biopsicossociais que favorecem o desenvolvimento individual e social da criança/jovem e família e que podem remover ou diminuir o impacto dos fatores de risco (2).

Os fatores de proteção para a diminuição ou inexistência de maus-tratos são um bom nível de desenvolvimento infantil global, um humor calmo e fácil, uma vinculação segura à família/cuidador, obterem capacidades de resolução de problemas e/ou saberem pedir ajuda quando necessário, sucesso escolar, desejo de autonomia e comportamento exploratório e social com os seus pares e adultos. Na família/cuidadores, as situações promotoras de fatores de proteção são:

- Competências parentais adquiridas;
- Boa rede de suporte familiar e social;
- Família organizada, com regras e disciplina na criança de forma adequada;
- Boa integração na comunidade;
- Capacidade de acesso aos serviços de apoio comunitários como serviços sociais, de educação, saúde, entre outros;
- Segurança económica.

2.8. Fatores de Agravamento/Crises de Vida

Os **fatores de agravamento/crises de vida** são episódios ou novas circunstâncias na vida da criança/jovem e/ou família que alteram a dinâmica entre fatores de risco e proteção e que pode aumentar o perigo da ocorrência de maus-tratos ou mesmo precipitar o seu acontecimento (2).

As situações que levam à presença de fatores de agravamento são rutura e reconstituições familiares, através de separações, divórcio, cisão, conflito, entre outros, luto, doença súbita grave, início de cuidados a pessoa dependente, desemprego, migração, alteração repentina da situação laboral/económica, institucionalização, detenção/prisão, desastre natural e (ou conflito armado) (2).

2.9. Sinais de Alerta

Os sinais de alerta implicam que há uma necessidade de investigar mais detalhadamente e de intervir de forma protetora, porque há uma probabilidade acrescida de ocorrerem maus-tratos (2).

Se perante um sinal de alerta que for referenciado, os pais/cuidadores não se mostrarem preocupados e até forem não colaboradores ou indiferentes nas intervenções e orientações dadas, ponderamos que exista uma situação de maus-tratos (2).

Nas crianças dos 0 aos 5 anos, os maus-tratos podem demonstrar-se como perturbações na alimentação, do sono, comportamentais/relacionais ou do desenvolvimento psicomotor, medo e/ou fobias de pequena intensidade. Nas crianças com mais de 5 anos podem ter dificuldades na escola ou insucesso escolar, perturbações relacionais, comunicacionais, comportamentais, emocionais com demonstrações de tristeza, fadiga e/ou agressividade, do comportamento alimentar ou psicóticas, ansiedade, manifestações somáticas ou abuso de substâncias tóxicas em adolescentes (2,3).

2.10. Situações de perigo

O **Perigo** corresponde à objetivação do risco, ou seja, existe uma probabilidade superior, quase certa, de ocorrerem maus-tratos numa situação que anteriormente era de risco devido ao défice de fatores protetores, em particular em crises de vida. Qualquer profissional de um serviço de saúde deve tomar as medidas adequadas para assegurar a proteção imediata da criança/jovem em situação de perigo, devendo solicitar a intervenção do Tribunal ou das entidades policiais (2).

Exemplos de situações de Perigo para a criança/jovem podem ser (2):

- Viver sozinha sem apoio de adultos ou estar abandonada;
- Ser vítima de maus-tratos físicos, psíquicos ou abusos sexuais;
- Não receber os afetos ou cuidados adequados à sua idade e situação;
- Ser obrigada a realizar atividades, trabalhos excessivos ou inadequados à sua fase de desenvolvimento, dignidade e situação pessoal, de forma que seja prejudicial à sua formação ou desenvolvimento;
- Estar sujeita a comportamentos que afetem a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- Fazer parte de atividades ou consumos que afetem a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais/cuidadores saibam ou se oponham de modo adequado a removê-la dessa situação

Uma situação de perigo pode transformar-se numa situação de urgência, ou seja, uma situação em que existe um perigo iminente para a vida ou integridade da criança/jovem. Uma situação considerada de grau grave nem sempre é uma situação de urgência. Para se recorrer a um procedimento de urgência é necessária a verificação de dois requisitos a

existência de perigo atual ou iminente para a vida ou integridade física da criança/jovem e a oposição à intervenção manifestada por quem exerça a responsabilidade parental ou quem tenha a guarda de fato da criança/jovem (2).

3. Cuidados de Enfermagem em situações de Maus-Tratos Infantis em contexto de Urgência Pediátrica

Na suspeita de maus-tratos, a intervenção de enfermagem deve ter como foco proteger a criança/jovem, prevenir e evitar a recorrência e evolução do perigo, assim como colaborar com os cuidadores no desenvolvimento das competências parentais (2,3).

3.1. Entrevista de Enfermagem

Primeiro deve ser realizada a colheita de dados através de entrevista à criança por um profissional de saúde com experiência profissional na realização de entrevistas e na área dos maus-tratos infantis. Para a realizar, os enfermeiros devem escolher um espaço confortável, onde tenha a certeza de que não os irão interromper, e que favoreça a empatia entre o entrevistador e entrevistado. Assim como preparar e estruturar o conteúdo da entrevista definindo a razão e objetivo da entrevista e a informação básica que se pretende obter (2).

Durante a entrevista o enfermeiro deve (2,3):

- Observar a expressão comportamental da criança/jovem e as interações que estabelece com os pais/cuidadores. Assim como o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, o seu estado físico e emocional, o estado emocional dos pais/cuidadores e contexto social da criança/jovem como a assiduidade escolar e o nível económico familiar;
- Estudar e valorizar a atitude dos pais/cuidadores, relativamente à colaboração com os profissionais, comportamento de evitação, reconhecimento da necessidade da intervenção e exatidão das informações;
- Analisar a postura da criança/jovem, relativamente à sua colaboração, evitação, submissão aos pais, ansiedade e/ou medo;
- Ouvir o testemunho da criança/jovem, mantendo uma postura ativa e recetiva, transmitindo confiança e orientação;
- Colher e registar a informação, como:
 - Fatores de risco, de proteção e de agravamento/crises de vida;
 - Sinais ou sintomas de alerta para a existência de maus-tratos, tendo atenção a associação a outros sintomas/fatores de risco, persistência no tempo,

consequências graves na criança/jovem;

- Se existe algum pedido de ajuda por parte dos pais/cuidadores.
- Procurar compreender os pontos fundamentais da situação e evitar proferir juízos de valor ou responder de forma inoportuna;
- Deve-se evitar fazer perguntas que possam ser entendidas como ofensivas ou realizar perguntas que não tragam informação adicional;
- Apaziguar as tensões que possam surgir durante a entrevista;
- Manter uma atitude compreensiva e empática, e utilizar o reforço positivo das competências reveladas pela criança/jovem e família, assim como na sua capacidade de mudança e de resiliência;
- Não emitir juízos de valor nem reagir intempestivamente;
- Avaliar a gravidade da situação, através da ponderação do equilíbrio existente entre os fatores de risco e de agravamento e os de proteção.

Com os pais/cuidadores deve-se facilitar a colaboração e envolvimento da família na intervenção, salvaguardar a privacidade e a confidencialidade, não emitir juízos de valor, culpabilizar ou envergonhá-los, utilizar escuta ativa e valorizar e promover as competências que já adquiriram, mas não se deve negociar as formas de intervenção se não estiverem garantidas as condições de segurança para os intervenientes e/ou se a família não colaborar. Transmitir-lhes que o nosso interesse em comum é cuidar e proteger a criança/jovem e que vamos ajudá-los nessa tarefa (2,3).

Durante o depoimento da criança/jovem, o enfermeiro deve dar valor ao testemunho, afirmando que a criança/jovem pode falar ou manifestar os seus sentimentos e reforçar que a ela não é culpada da situação e que outras crianças/jovens vivem situações semelhantes ou que pode acontecer a outros. Explicar o porquê de precisarem fazer perguntas e que ela pode também fazer perguntas. Explicar que não vai ser enganada nem manipulada e que o enfermeiro tem tempo para a ouvir e que pode procurá-lo sempre que precisar. Reforçar que é muito importante ter falado e que ninguém merece ser maltratado ou negligenciado (2).

3.2. Sinalização

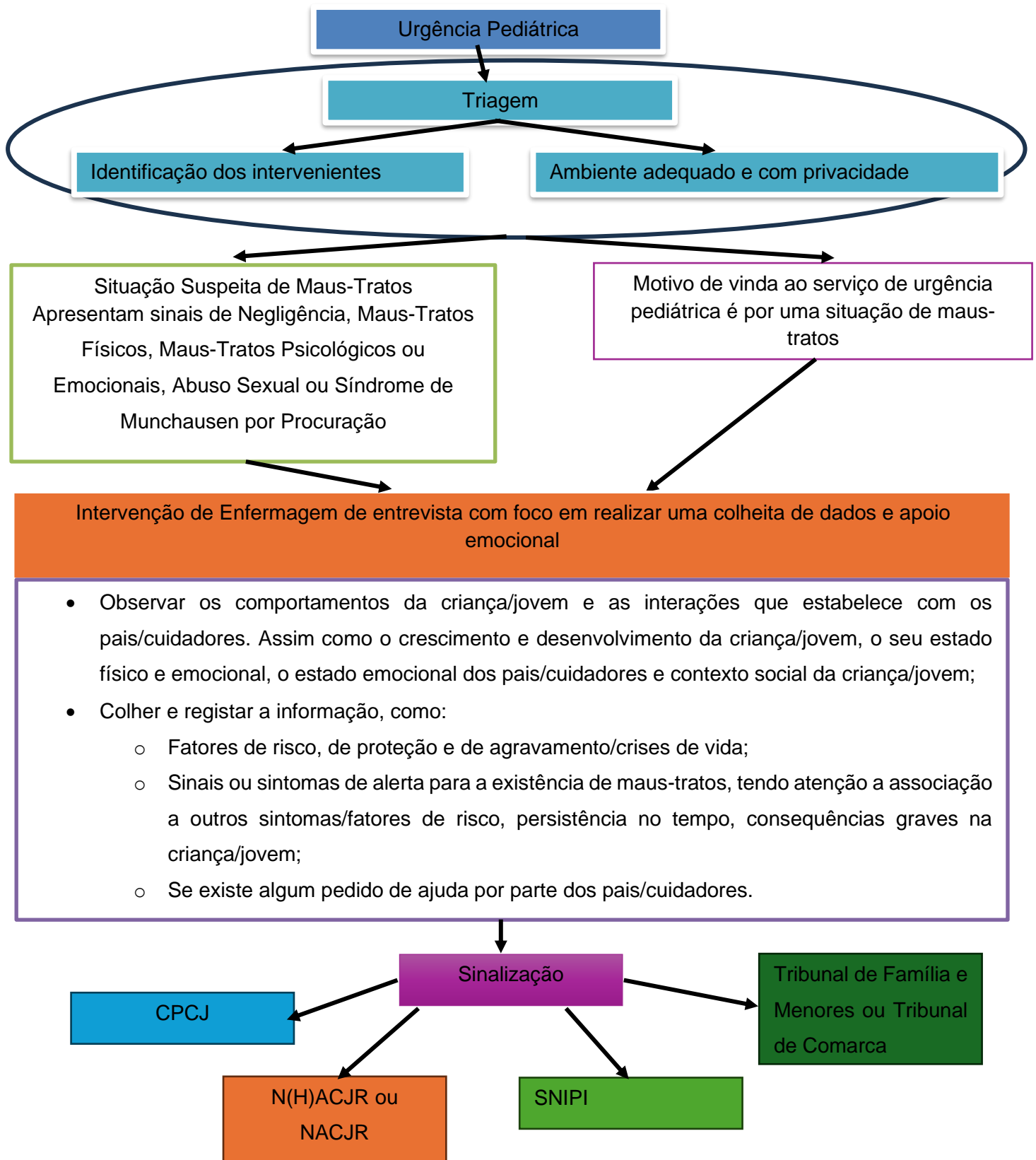
A Sinalização é o registo formal dirigido às entidades competentes na vigilância e acompanhamento da situação de risco potencial ou real na Infância e Juventude. Ao realizar este registo, a criança/jovem e família irão ser intervencionados por uma equipa multidisciplinar com uma vigilância mais pormenorizada como o Núcleo (Hospitalar) de Apoio à Criança e Jovem em Risco [N(H)ACJR], Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) ou Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em risco (CPCJ) (2,3).

De acordo com a informação transmitida durante a entrevista, deve-se avaliar a gravidade da situação (2,3):

Se se verificou a suspeita de maus-tratos, deve-se fornecer conhecimento ao Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco [N(H)ACJR], ou Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) após um dos pais ou representante legal assinarem um consentimento livre e esclarecido, exceto em situações de urgência. Quando a criança/jovem e/ou cuidadores não autorizam a participação das equipas de saúde, mas o acompanhamento continua a ser necessário e contínuo, com o conhecimento dos mesmos, deve ser encaminhado para a N(H)ACJR ou NACJR da área de residência. Se também recusarem a atuação das entidades, a situação é remetida para o Tribunal de Família e Menores ou, na sua falta, para o Tribunal de Comarca.

Se a criança/jovem e família aceitar a intervenção da equipa de saúde deve-se aumentar o número de atos de vigilância e observações periódicas de forma a compreender a evolução da situação, assim como procurar mais informações junto dos outros profissionais da equipa multidisciplinar. Podem ser realizados na unidade e/ou articuladas com os profissionais das diferentes unidades funcionais da Unidade de Saúde Local, como a Visitação Domiciliária Pediátrica ou para os Cuidados de Saúde Primários e/ou outros parceiros do 1.º nível de intervenção, como as CPCJ ou SNIPI (2,3).

3.3. Fluxograma de Intervenção de enfermagem na suspeita da criança/jovem vítima de maus-tratos infantis



4. Nota Conclusiva

É extremamente importante reconhecer os sinais e sintomas de maus-tratos às crianças e jovens, pois na sua maioria são vítimas silenciosas, que não falam, nem contam o que lhes está a acontecer, muitas devido à idade, outras por vergonha ou por acharem que merecem, não entendendo que nada do que lhes está a acontecer é por sua culpa, necessitando urgentemente de ajuda.

Assim, quando o enfermeiro se depara com estas crianças, jovens e famílias na urgência pediátrica deve estar atento e tentar perceber o que não é dito, pois muitas vezes é a comunicação não verbal a primeira a despoletar toda uma série de passos, que vão levar à entrevista de enfermagem mais aprofundada contribuindo esta para a deteção, sinalização e encaminhamento de toda a situação.

5. Referências Bibliográficas

1. APAV – Apoio à Vítima. Estatísticas APAV 2022 Crianças e jovens vítimas de crime e violência [Internet]. 2023 Jun. Available from: https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas/Estatisticas_APAV_2022_Criancas_jovens_vitimas.pdf
2. Leça A, Perdigão A, Laranjeiro AR, Menezes B, Velez C, Veloso C, et al. MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS: GUIA PRÁTICO DE ABORDAGEM, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO. Direcção-Geral da Saúde; 2011.
3. Helena Saraiva, Andreia Sousa. 3. Cuidados Diferenciados em Enfermagem de Saúde. 1a. Lidel; 2022.

Apêndice S – Apresentação “Guias Orientadores da Prática de Enfermagem e Instrumento de Trabalho”

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALMADA - SEIXAL

SSS

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

Guias Orientadores da Prática de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem perante Maus-Tratos Infantis
Intervenção de Enfermagem perante o Adolescente com Sinais de Depressão

Instrumento de Trabalho

Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica

Elaborado por Enfermeira Catarina Sousa
Supervisora Clínica Enfermeira Especialista Célia Pereira
Supervisora Pedagógica Professora Graça Moraes Rocha

Índice

01	Objetivos
02	Guia Orientador da Prática de Enfermagem Intervenção de Enfermagem em contexto de Urgência Pediátrica - Intervenção de Enfermagem perante Maus-Tratos Infantis 2.1. Objetivos 2.2. Conceitos 2.3. Fluxograma de Atuação em Enfermagem
03	Guia Orientador da Prática de Enfermagem Intervenção de Enfermagem em contexto de Urgência Pediátrica - Intervenção de Enfermagem perante o Adolescente com Sinais de Depressão 3.1. Objetivos 3.2. Conceitos 3.3. Fluxograma de Atuação em Enfermagem
04	Instrumento de Trabalho - Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica 4.1. Objetivos 4.2. Conceitos
05	Considerações Finais
06	Referências Bibliográficas

Objetivos da Sessão

Objetivo Geral: Refletir sobre intervenções de enfermagem, em contexto de urgência pediátrica, em maus-tratos infantis, sinais de depressão na adolescência e regulação emocional da criança com doença crónica e família.

Objetivos Específicos: Conhecer os guias orientadores e instrumentos de trabalho;

- Identificar sinais da criança/jovem vítima de maus tratos;
- Identificar sinais de depressão no adolescente;
- Reconhecer intervenções para a gestão emocional da criança com doença crónica e família.

Guia Orientador da Prática de Enfermagem Intervenção de Enfermagem em contexto de Urgência Pediátrica - Intervenção de Enfermagem perante Maus-Tratos Infantis

Objetivos

Objetivo Geral: Sensibilizar os enfermeiros para os maus -tratos infantis e sua prevalência

Objetivos Específicos:

- Uniformizar os procedimentos de identificação e intervenção da criança/jovem vítima
- Refletir sobre os tipos de maus-tratos existentes.

Guia Orientador da Prática de Enfermagem Intervenção de Enfermagem em contexto de Urgência Pediátrica - Intervenção de Enfermagem perante Maus-Tratos Infantis

Os maus-tratos em crianças e jovens são reconhecidos como um problema a nível mundial de saúde pública. Em Portugal, em 2022, foram vítimas 2596 crianças e jovens em que 60,1% foram crianças do sexo feminino (1).

São ações ou omissões de natureza não acidental que põem em causa a segurança, dignidade e o desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da criança e que são realizadas por adultos (2,3). Tem impacto negativo, que pode ser irreversível, no (2):

Crescimento

Saúde e bem-estar.

Segurança, Autonomia e dignidade

Desenvolvimento físico, cognitivo, afetivo e social

Morte

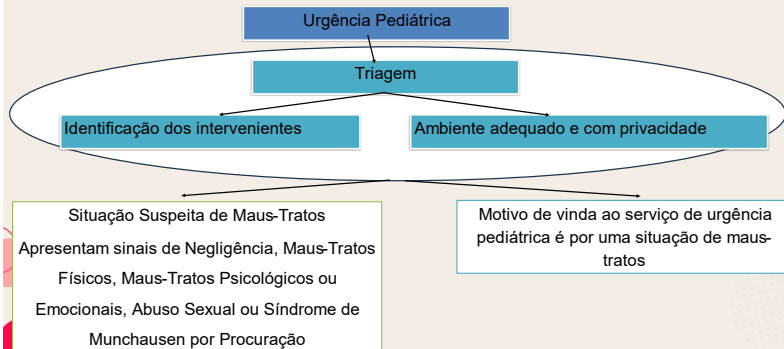
Guia Orientador da Prática de Enfermagem Intervenção de Enfermagem em contexto de Urgência Pediátrica - Intervenção de Enfermagem perante Maus-Tratos Infantis

Tipos de Maus-Tratos Infantis (2):

- Negligência
- Maus-Tratos Físicos
- Maus-Tratos Psicológicos ou Emocionais
- Abuso Sexual
- Síndrome de Munchausen por Procuração

Os maus-tratos resultam da união e interação dos diferentes fatores de risco, proteção e agravamento/crise de vida do contexto familiar e devem ser ponderados durante a avaliação da situação. Só dessa forma se tornará viável e alcançável os objetivos da intervenção em saúde (3).

Guia Orientador da Prática de Enfermagem Intervenção de Enfermagem em contexto de Urgência Pediátrica - Intervenção de Enfermagem perante Maus-Tratos Infantis

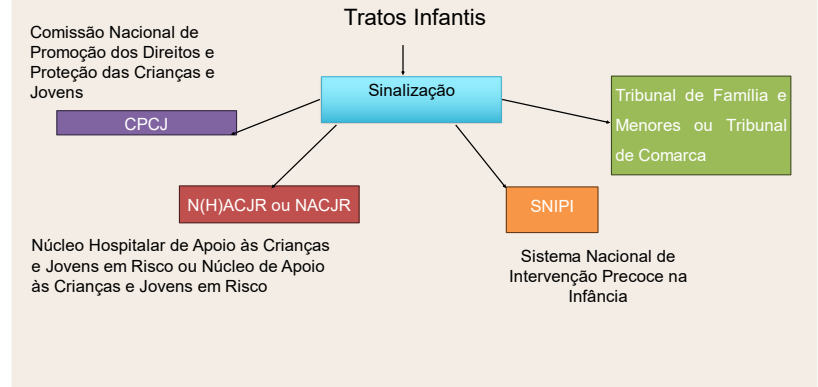


Guia Orientador da Prática de Enfermagem Intervenção de Enfermagem em contexto de Urgência Pediátrica - Intervenção de Enfermagem perante Maus-Tratos Infantis

Intervenção de Enfermagem de entrevista com foco em realizar uma colheita de dados e apoio emocional

- Observar os comportamentos da criança/jovem e as interações que estabelece com os pais/cuidadores. Assim como o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, o seu estado físico e emocional, o estado emocional dos pais/cuidadores e contexto social da criança/jovem;
- Colher e registar a informação, como:
 - Fatores de risco, de proteção e de agravamento/criises de vida;
 - Sinais ou sintomas de alerta para a existência de maus-tratos, tendo atenção a associação a outros sintomas/fatores de risco, persistência no tempo, consequências graves na criança/jovem;
 - Se existe algum pedido de ajuda por parte dos pais/cuidadores.

Guia Orientador da Prática de Enfermagem Intervenção de Enfermagem em contexto de Urgência Pediátrica - Intervenção de Enfermagem perante Maus-Tratos Infantis



Guia Orientador da Prática de Enfermagem Intervenção de Enfermagem em contexto de Urgência Pediátrica - Intervenção de Enfermagem perante o Adolescente com Sinais de Depressão

Objetivos

Objetivo Geral: Sensibilizar a equipa de enfermagem para o acompanhamento do adolescente com sinais de depressão em contexto de urgência

Objetivos Específicos:

- Refletir sobre os sinais de alerta da depressão na adolescência
- Demonstrar a importância da entrevista de enfermagem.

Guia Orientador da Prática de Enfermagem Intervenção de Enfermagem em contexto de Urgência Pediátrica - Intervenção de Enfermagem perante o Adolescente com Sinais de Depressão

No período da adolescência ocorrem imensas transformações fisiológicas, sociais e emocionais causadoras de uma maior vulnerabilidade e suscetibilidade para o aparecimento de patologias do foro mental, sendo que cerca de 20% dos adolescentes experienciam uma perturbação mental, como a depressão e/ou ansiedade. (4)

Os agentes promotores de agravamento de crise na adolescência (5):

- Situações Académicas
- Situações Familiares
- Situações Relacionais
- Situações Intrapessoais

Guia Orientador da Prática de Enfermagem Intervenção de Enfermagem em contexto de Urgência Pediátrica - Intervenção de Enfermagem perante o Adolescente com Sinais de Depressão

Os sinais de alerta a que devemos estar atentos durante a triagem de um adolescente são (5):

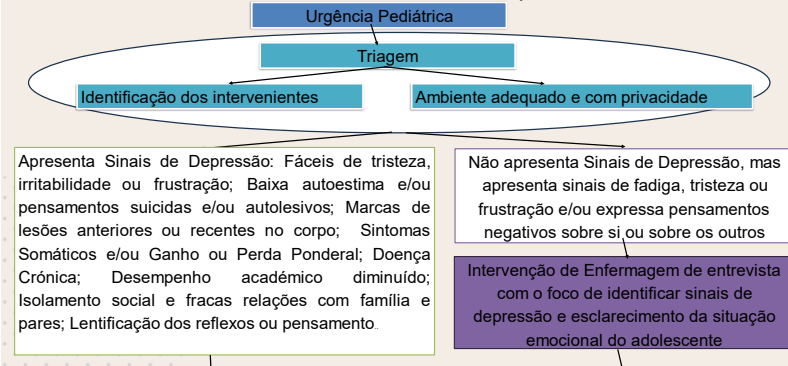
- Ser do sexo ou género feminino;
- Apresentar fáceis de tristeza, irritabilidade ou frustração;
- Discurso com baixa autoestima e de desvalorização do próprio;
- Discurso com pensamentos suicidas e/ou autolesivos;
- Marcas de lesões anteriores no corpo ou recentes, como hematomas ou cortes;
- Sintomas Somáticos, como cefaleias constantes, dores abdominais, entre outros;
- Queixas de imenso ganho ponderal ou perda ponderal, associado a recusa alimentar ou compulsão alimentar;

Guia Orientador da Prática de Enfermagem Intervenção de Enfermagem em contexto de Urgência Pediátrica - Intervenção de Enfermagem perante o Adolescente com Sinais de Depressão

Os sinais de alerta a que devemos estar atentos durante a triagem de um adolescente são (5):

- Desempenho académico diminuído;
- Doença crónica ou situações psicoemocionais negativas anteriores;
- Isolamento social e fracas relações com família e pares;
- Apresentarem identificação dos reflexos ou pensamento.

Guia Orientador da Prática de Enfermagem Intervenção de Enfermagem em contexto de Urgência Pediátrica - Intervenção de Enfermagem perante o Adolescente com Sinais de Depressão



Guia Orientador da Prática de Enfermagem Intervenção de Enfermagem em contexto de Urgência Pediátrica - Intervenção de Enfermagem perante o Adolescente com Sinais de Depressão

Intervenção de Enfermagem de entrevista com foco em realizar uma colheita de dados e apoio emocional

Utilizar estratégias de comunicação terapêutica: Escuta Reflexiva e Ativa; Perguntas Abertas; Reestruturação Positiva; Afirmações de automotivação e Respostas em espelho.

Identificar sinais depressivos, alterações no seu humor e/ou automutilação e suicídio, mas também sobre os seguintes temas conforme necessário: Vida Familiar e ambiente doméstico; Desempenho académico e relação com os pares; Hábitos alimentares, ganho e perda ponderal; Atividades desportivas e de lazer; Hábitos toxicodependentes; Sexualidade e Namoro e Violência doméstica, acidentes e abusos.

Articular com a equipa multidisciplinar, como enfermagem, médicos, psicólogos e assistente social (se necessário) e com os serviços de pedopsiquiatria e centro de desenvolvimento (se necessário)

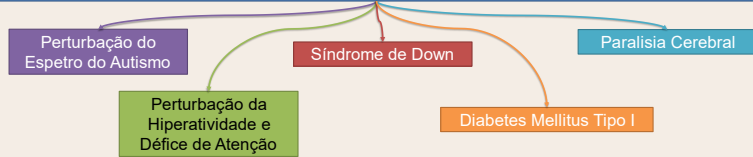
Instrumento de Trabalho - Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica



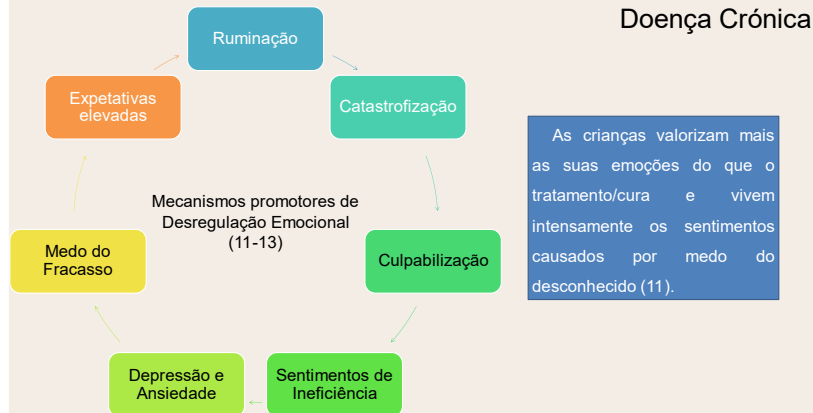
Instrumento de Trabalho - Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica

A criança pode viver durante toda a sua vida com uma doença crónica e sua sintomatologia ou desenvolvê-la em qualquer fase do seu desenvolvimento(3,6).

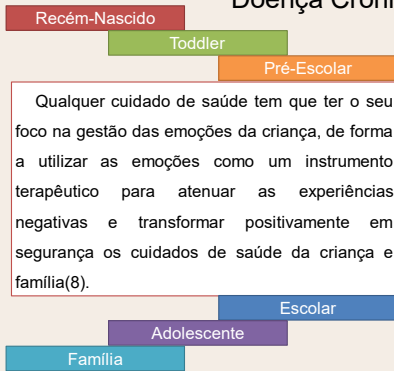
As necessidades de saúde especiais são condições de saúde física e mental que têm impacto na funcionalidade e na frequência escolar e que podem comprometer o processo de aprendizagem(6,7), resultante de limitações ao nível do funcionamento sensorial, motor, cognitivo, da fala, da linguagem e comunicação, emocional, personalidade e saúde física(3,7-10).



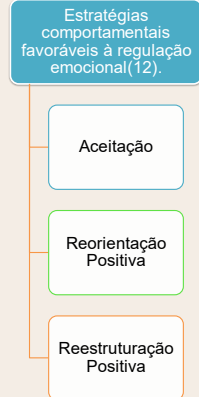
Instrumento de Trabalho - Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica



Instrumento de Trabalho - Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica



Qualquer cuidado de saúde tem que ter o seu foco na gestão das emoções da criança, de forma a utilizar as emoções como um instrumento terapêutico para atenuar as experiências negativas e transformar positivamente em segurança os cuidados de saúde da criança e família(8).



Conclusão

A atuação do enfermeiro em saúde infantil e pediátrica com a criança e sua famílias é necessário para promover os direitos da criança hospitalizada e assegurar o bem-estar e melhor regulação emocional não só da criança, como também da família.

Quanto mais precocemente for detetado o problema, mais depressa a equipa multidisciplinar poderá atuar, contribuindo através dessa forma, para a melhoria da qualidade de vida dos jovens. Investir na prevenção e na educação para a saúde é fundamental para o bem-estar e adequado desenvolvimento das crianças e adolescentes.

Referências Bibliográficas

1. APAV – Apoio à Vítima. Estatísticas APAV 2022 Crianças e jovens vítimas de crime e violência [Internet]. 2023 Jun. Available from: https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas/Estatisticas_APAV_2022_Crianças_jovens_vitimas.pdf
2. Leça A, Perdigão A, Laranjeiro AR, Menezes B, Velez C, Veloso C, et al. MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS: GUIA PRÁTICO DE ABORDAGEM, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO. Direcção-Geral da Saúde; 2011.
3. Helena Saraiva, Andreia Sousa. 3. Cuidados Diferenciados em Enfermagem de Saúde. 1a. Lidel; 2022.
4. Peres VAS. Adolescentes com perturbações mentais no Serviço de Urgência Pediátrica: uma revisão narrativa. 2023 Nov.
5. Ordem dos Enfermeiros O. GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS PARA A PREVENÇÃO DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E COMPORTAMENTOS DA ESFERA SUICIDÁRIA. 2012.
6. Ana Lúcia Ramos, Maria do Céu Barbieri-Figueiredo. 5. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Lidel; 2020.
7. Ordem dos Enfermeiros, Diário da República. 2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. 2018.
8. Paula Diogo. Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica. 1.ª ed. Lisboa: Lisbon International Press; 2023.
9. Presidência do Conselho de Ministros. 1. Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho. 2018.

Referências Bibliográficas

10. Alina Cosma, Shynar Abdrakhmanova, Diana Taut, Karen Schrijvers, Carolina Catunda, Christina Schnohr. 7. A focus on adolescent mental health and wellbeing in Europe, central Asia and Canada. 2023;1.
11. Lica MM, Papai A, Salcudean A, Crainic M, Covaciu CG, Mihai A. 55. Assessment of Psychopathology in Adolescents with Insulin-Dependent Diabetes (IDD) and the Impact on Treatment Management. Children (Basel). 19 de Maio de 2021;8(5).
12. Thomas S, Byrne LK, Ryan NP, Hendrieckx C, White V. 43. Unmet supportive care needs in families of children with chronic health conditions: an Australian cross-sectional study. World J Pediatr. Dezembro de 2023;19(12):1181–91.
13. Stapleton C, Watkins E, Hare MJL, Timms F, Wood AJ, Titmuss A. The prevalence of diabetes distress and its association with glycaemia in young people living with insulin-requiring-diabetes in a regional centre in Australia. J Paediatr Child Health. Dezembro de 2022;58(12):2273–9.

Questionário da sessão "Guias Orientadores da Prática de Enfermagem e Instrumento de Trabalho"



Apêndice T – Questionário de Avaliação de Sessão e Respostas

Questionário da sessão "Guias Orientadores da Prática de Enfermagem e Instrumento de Trabalho"

Este questionário está incluído no projeto realizado pela Enfermeira Catarina Sousa, com o título Gestão de Emoções na Criança com Doença Crónica e Família, no âmbito da frequência do II Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, em Lisboa, orientado pela Professora Graça Moraes Rocha.

Convidamos a sua participação neste questionário com o objetivo de avaliar a qualidade da sessão "


Guias Orientadores da Prática de Enfermagem e Instrumento de Trabalho" através do preenchimento do mesmo, que levará aproximadamente 10 minutos.

Se tiver alguma dúvida ou desejar esclarecimentos sobre o questionário ou o tema em questão, por favor, entre em contato pelo e-mail catarinasousa8672@esscvp.eu.

Agradeço desde já pela sua disponibilidade e colaboração.

Atenciosamente, Catarina Sousa

catarinasousa8672@esscvp.eu [Mudar de conta](#)

 Não partilhado

Declaração de Consentimento Informado

Deve saber que:

- 1) A sua participação é totalmente voluntária.
- 2) A participação ou recusa em participar não terá para si nenhum benefício ou prejuízo.
- 3) Todos os dados obtidos neste questionário serão confidenciais e serão tratados de acordo com o Regulamento Geral da Proteção de Dados (Regulamento(UE) n.º 679/2016, de 27 de Abril).
- 4) A informação obtida só se utilizará para fins específicos da formação.

Declara que aceita participar neste questionário:

Sim

Não

1. Avaliação Global da Formação

Assinale com um círculo um número, de 1 a 5, (em que 1 significa discordo totalmente, 2 é discordo parcialmente, 3 é não concordo nem discordo, 4 é concordo parcialmente e 5 é concordo totalmente) em cada uma das afirmações que se segue:

1.1. Os objetivos da apresentação foram claros.

1 - Discordo Totalmente

2 - Discordo Parcialmente

3 - Não Concordo nem Discordo

4 - Concordo Parcialmente

5 - Concordo Totalmente

1.2. As temáticas apresentadas foram adequadas à prática.

1 - Discordo Totalmente

2 - Discordo Parcialmente

3 - Não Concordo nem Discordo

4 - Concordo Parcialmente

5 - Concordo Totalmente

1.3. A exposição dos assuntos foi clara.

1 - Discordo Totalmente

2 - Discordo Parcialmente

3 - Não Concordo nem Discordo

4 - Concordo Parcialmente

5 - Concordo Totalmente

1.4. A metodologia utilizada foi adequada.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.5. Os meios audiovisuais foram adequados.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.6. A relação com os participantes foi positiva.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.7. A duração da ação/formação foi adequada.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.8. As instalações foram adequadas.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.9. A documentação fornecida foi suficiente.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

2. Avaliação do Impacto da Formação

Assinale com um círculo um número, de 1 a 5, (em que 1 significa discordo totalmente, 2 é discordo parcialmente, 3 é não concordo nem discordo, 4 é concordo parcialmente e 5 é concordo totalmente) em cada uma das afirmações que se segue:

2.1. Esta sessão de formação permitiu adquirir novos conhecimentos.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

2.2. Os conteúdos abordados serão facilitadores para o exercício das minhas funções.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

2.3. Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

2.4. Os conhecimentos adquiridos contribuirão para o meu desenvolvimento profissional.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

3. Como é de extrema importância continuar este projeto, solicitava o preenchimento das seguintes questões:

3.1. Na sua opinião, que outros aspetos podem ser trabalhados sobre as temáticas desenvolvidas na prática de enfermagem?

A sua resposta _____

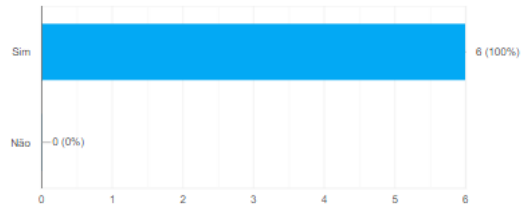
3.2. Na sua opinião, que outros assuntos considera importantes e facilitadores para a prática das temáticas desenvolvidas?

A sua resposta _____

Declaração de Consentimento Informado

Declara que aceita participar neste questionário:

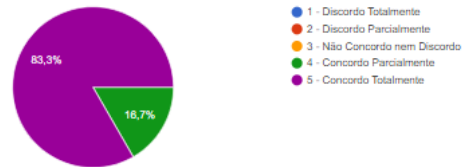
6 respostas



1. Avaliação Global da Formação

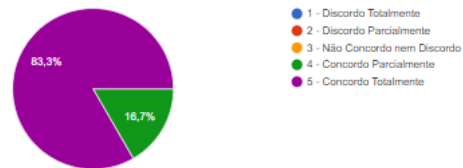
1.1. Os objetivos da apresentação foram claros.

6 respostas



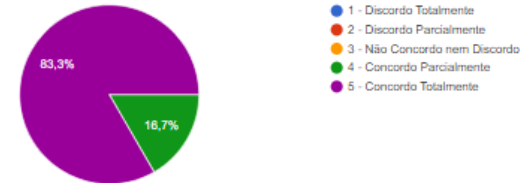
1.2. As temáticas apresentadas foram adequadas à prática.

6 respostas



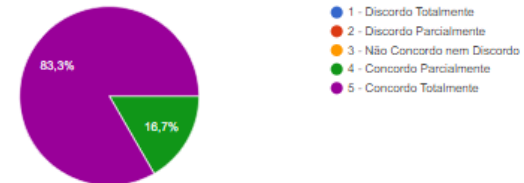
1.3. A exposição dos assuntos foi clara.

6 respostas



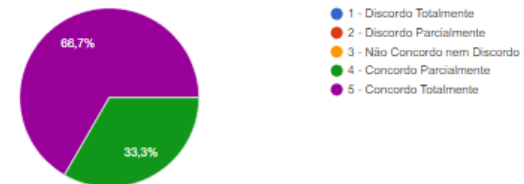
1.4. A metodologia utilizada foi adequada.

6 respostas



1.5. Os meios audiovisuais foram adequados.

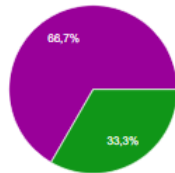
6 respostas



1.6. A relação com os participantes foi positiva.

Copiar

6 respostas

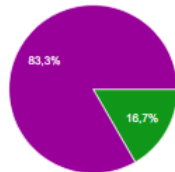


- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.7. A duração da ação/formação foi adequada.

Copiar

6 respostas

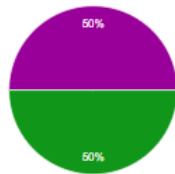


- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.8. As instalações foram adequadas.

Copiar

6 respostas

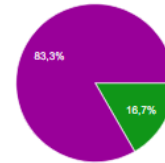


- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

1.9. A documentação fornecida foi suficiente.

Copiar

6 respostas



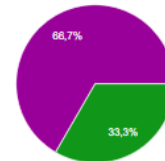
- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

2. Avaliação do Impacto da Formação

2.1. Esta sessão de formação permitiu adquirir novos conhecimentos.

Copiar

6 respostas

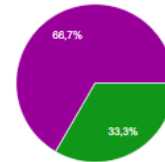


- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

2.2. Os conteúdos abordados serão facilitadores para o exercício das minhas funções.

Copiar

6 respostas

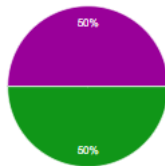


- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

2.3. Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho.

 Copiar

6 respostas

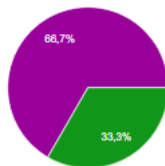


- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

2.4. Os conhecimentos adquiridos contribuirão para o meu desenvolvimento profissional.

 Copiar

6 respostas



- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

3. Como é de extrema importância continuar este projeto, solicitava o preenchimento das seguintes questões:

3.1. Na sua opinião, que outros aspetos podem ser trabalhados sobre as temáticas desenvolvidas na prática de enfermagem?

1 resposta

Acho que a sessão foi bastante completa e foram abordados os assuntos importantes.

3.2. Na sua opinião, que outros assuntos considera importantes e facilitadores para a prática das temáticas desenvolvidas?

0 respostas

Ainda não existem respostas a esta pergunta.

Apêndice U – Guia Orientador da Prática de Enfermagem “Intervenção de Enfermagem perante o Adolescente com Sinais de Depressão em contexto de Urgência Pediátrica”

Intervenção de Enfermagem perante o Adolescente com Sinais de Depressão em contexto de Urgência Pediátrica

Guia Orientador da Prática de Enfermagem

Elaborado por:	Enfermeira Catarina Sousa
Supervisora Clínica	Enfermeira Especialista Célia Pereira
Supervisora Pedagógica	Professora Graça Moraes Rocha

Índice

1. Nota Introdutória.....	3
2. Adolescente em Desregulação Emocional.....	4
2.1. Depressão	5
3. Cuidados de Enfermagem em Urgência Pediátrica.....	7
3.1. Comunicação Terapêutica em Urgência Pediátrica.....	8
3.2. Identificação de Sinais de Alerta.....	10
3.3. Entrevista de Enfermagem.....	12
3.4. Fluxograma de Intervenção no Adolescente com Sinais de Depressão.....	16
4. Nota Conclusiva.....	17
5. Referências Bibliográficas.....	18

1. Nota Introdutória

No período da adolescência ocorrem imensas transformações fisiológicas, sociais e emocionais causadoras de uma maior vulnerabilidade e suscetibilidade para o aparecimento de patologias do foro mental, sendo que cerca de 20% dos adolescentes experienciam uma perturbação mental, como a depressão e/ou ansiedade. Sendo uma perturbação mental caracterizada por um declínio da cognição, da regulação emocional ou do comportamento de um indivíduo que pode levar à perda temporária ou permanente de capacidades psicológicas, biológicas ou de desenvolvimento cognitivo. (1)

Assim, e de forma a minorizar estas situações, este documento tem como objetivo geral sensibilizar a equipa de enfermagem para o acompanhamento do adolescente com sinais de depressão em contexto de urgência. E como objetivos específicos: refletir sobre os sinais de alerta da depressão na adolescência e demonstrar a importância da entrevista de enfermagem.

Demonstrando este documento o conceito de adolescente e de desregulação emocional, incidindo em particular na depressão e nos seus fatores de risco, os cuidados de enfermagem que podem ser realizados ao adolescente com sinais de depressão em contexto de urgência pediátrica como a utilização da comunicação terapêutica e, por consequente a entrevista de enfermagem, e identificação de sinais de alerta de depressão, seguido do fluxograma para a intervenção de enfermagem no adolescente com sinais de depressão. Por fim, são apresentados a nota conclusiva e as referências bibliográficas.

2. Adolescente em Desregulação Emocional

A adolescência é a fase de transição entre a infância para a vida adulta, entre os 10 e os 19 anos, marcada por alterações hormonais que originam o desenvolvimento físico, cognitivo, social e emocional. É um período muito importante para o desenvolvimento da regulação emocional e que contribui para melhorar as estratégias de coping e os comportamentos adaptativos na idade adulta (2). No entanto, é também um período fértil para as possibilidades desestabilizadoras, pois é nesta fase que os adolescentes definem a sua identidade enquanto pessoa e a sua identidade sexual, profissional e familiar (3).

Durante a adolescência é normal ocorrerem oscilações no estado emocional do adolescente, oscilações essas que levam a sentimentos de tristeza, de revolta, de frustração e de desestruturação emocional caracterizada por desequilíbrio e instabilidade, que pode levar ao consumo de substâncias psicoativas para tentar gerir todas estas emoções e conflitos internos e/ou sociais (1,3). Podendo estar associado a uma necessidade de se sentir aceite e integrado com os seus pares e de definir a sua identidade perante si e perante os outros (1). Quando falam sobre as suas emoções, os adolescentes sentem-se expostos, frágeis, solitários, incompreendidos e/ou excluídos. Apresentam um papel social pouco definido e procuram definir a sua função na sociedade, o que gera sentimentos de inutilidade, insegurança e confusão (3).

No adolescente com doença crónica o processo de separação da família começa mais tarde e as relações entre pares são frequentemente mais fracas (4). Os adolescentes podem sentir-se isolados e inferiores aos seus colegas e terem menos amigos com quem partilhar experiências. Encontrando-se mais dependentes e ligados aos pais por terem menos oportunidades de trabalho e de carreira, tendo como tal mais preocupações com o seu presente e com o seu futuro (2,5). A culpabilização dos adolescentes piora a sua qualidade de vida (4). Os enfermeiros devem explicar que muitas das suas preocupações fazem parte da adolescência, incentivando-os a socializar e a serem responsáveis pela sua saúde (3), ensinando-os a tomar decisões e a estabelecer competências de gestão emocional (5).

O número de adolescentes com perturbações mentais está a tornar-se um problema mundial, garantir a saúde mental e o bem-estar do adolescente promove uma melhor transição para a idade adulta. Por isso, existe a necessidade de incluir na triagem a

identificação de sinais de depressão, de forma a prevenir e controlar com maior eficácia as perturbações mentais na população (1,3).

2.1. Depressão

A depressão é uma perturbação mental de natureza adaptativa, é uma resposta comportamental, psíquica e física ineficaz da gestão emocional de uma pessoa perante um problema ao qual os seus mecanismos de adaptação não resultam e não encontram solução (3,6,7). Pode ser episódica, recorrente ou crónica (7).

Podem ocorrer sintomas como (3,6,7,8):

- Humor Depressivo, caracterizado por tristeza, culpa e peso emocional;
- Irritabilidade, caracterizado por irritação, raiva, mau humor, aborrecimento e reações desproporcionais aos eventos;
- Hipo reatividade a estímulos e ambiente;
- Variação diurna de humor, independentemente das alterações ambientais, com uma duração mínima de duas horas durante pelo menos uma semana;
- Culpabilização excessiva ou inapropriada e/ou auto-reprovação, sendo que devem ser avaliados os mecanismos de punição utilizados;
- Anedonia, ou seja, défice de prazer e de interesse que pode ser por prazeres básicos, decorrentes da socialização e da atividade sexual. O adolescente não sente vontade de iniciar qualquer atividade;
- Fadiga, em que a pessoa não tem energia para fazer o que deseja. Pode expressar por fadiga a pequenos esforços. A variação diurna de fadiga ocorre antes ou depois do almoço;
- Agitação psicomotora que inclui a incapacidade de ficar sentada, movimenta imenso os dedos e as mãos e fala incessante;
- Atraso psicomotor, em que os movimentos, reações e linguagem ficam lentificados.
- Insónia, ou seja, dificuldade em iniciar ou manter o sono.
- Hipersónia, um aumento não usual das horas de sono.

- Perturbações alimentares, como a anorexia ou bulimia, e alterações ponderais, como baixo peso, perda ou ganho de peso;
- Pessimismo, uma perspectiva negativa da sua vida e do seu futuro;
- Ideação suicida com preocupação e pensamentos sobre a morte ou suicídio e alucinações auditivas, em que ouve vozes a dizer para se suicidar ou sugerem métodos que levariam a tal;
- Sintomas cognitivos, como a incapacidade para iniciar e manter a atenção, comprometimento do pensamento e incapacidade em tomar decisões;
- Sintomas Emocionais como agressividade, crises de choro, medo, baixa estima e de autoconfiança.
- Retraimento social, caracterizado por timidez e distanciamento dos pares, e Isolamento social.

A percepção da presença da depressão ocorre pelo próprio adolescente e pelo cuidador mais próximo, na maioria dos casos, a mãe, através da percepção dos sintomas e das alterações do comportamento. Os adolescentes focam-se nos sintomas internos, incluindo as ideias suicidas, enquanto os cuidadores enfatizam os sintomas externos como os problemas comportamentais. Consideram a depressão como um sintoma e não como uma patologia, por isso muitas vezes não compreendem os seus sintomas (3).

Os adolescentes têm problemas para os quais, não se encontram preparados, nem para os compreender, nem para os resolver, resultando em grande sofrimento derivado do stress ambiental, familiar e interpessoal que contribuem para a ocorrência de episódios depressivos. (3)

Os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da depressão são (8):

- Fatores individuais, como a hereditariedade, o humor, o temperamento difícil, o não serem capazes de gerir as suas emoções e a sua perspectiva de vida e a de um futuro pessimista;
- Fatores familiares, como padrões interativos em que predominam atitudes de rejeição, de hostilidade, de impulsividade e falha no envolvimento do suporte afetivo e na coesão familiar. Com exigência extrema da mãe ou do pai, nem sempre evidentes aos outros e ao

próprio filho. É difícil para a criança definir a sua identidade, acabando por submeter-se e deprimir-se. Patologia depressiva nos pais;

- Fatores Sociais: Mudanças escolares, a percepção dos outros como críticos e dificuldades na socialização.

As adolescentes do sexo feminino são as que apresentam um maior risco em desenvolver depressão, devido a se encontrarem mais propensas em lidar com situações que lhes promovam a auto e hetero reflexão, como estarem mais preocupadas com a sua imagem corporal. Para além de estarem mais sujeitas a serem vítimas de violência sexual, de alterações hormonais e de restrições sociais (3,7). Situações de perda de alguém querido, a ausência de um dos pais ou ambos e/ou separação dos pais, situação socioeconômica precária, identidade de gênero e sexual mal compreendida e solidão são alguns dos fatores que contribuem para o desenvolvimento de depressão (3).

Os conflitos entre a família e o jovem ocorrem porque a família acredita e interpreta as atitudes do adolescente como de revolta e indisciplina e não como um sintoma ou uma quebra dos seus princípios de vida anteriores. Esta falta de coesão familiar leva a problemas emocionais, ao abandono dos filhos, à saída de um dos membros da família e a perturbações mentais. (3)

A falta de informação ou conhecimento fragmentado sobre a doença leva à incompreensão das alterações provocadas no organismo o que influencia a adesão ao tratamento, predispondo o adolescente ao agravamento do seu quadro clínico e a recaídas (3).

3. Cuidados de Enfermagem em Urgência Pediátrica

Em contexto de urgência, é na triagem que o adolescente e a família têm o seu primeiro contato com o enfermeiro relativo ao seu processo de saúde-doença. Sendo vivenciado por todos os intervenientes como um momento de ansiedade, medo, receio, desconforto e stress (6,9). Pois existem dúvidas sobre a dinâmica do serviço, o funcionamento do sistema de triagem, o sistema de pulseiras e o tempo de espera que se torna num aspeto influente na ansiedade dos pais (9).

O enfermeiro pode aproveitar a situação para iniciar um contacto acolhedor, transmitindo disponibilidade para responder às suas necessidades e preocupações. Adequando a sua postura e estratégias a utilizar para cada adolescente/família e evitar possíveis situações de tensão causadas pelo medo e pela ansiedade (9). Todos estes aspetos permitem a criação de uma relação terapêutica de confiança e de empatia com o enfermeiro e equipa multidisciplinar e que influencia a adesão e a eficácia dos cuidados (9). No entanto, o tempo de espera para o atendimento pode ser mais prolongado, o que pode comprometer a relação terapêutica construída, por isso é essencial que os enfermeiros transmitam sensibilidade face ao medo e à ansiedade. Procurar tranquilizar e informar sobre os tempos de espera e resultados de exames, de forma que estejam preparados para gerir as suas emoções (9).

3.1 Comunicação Terapêutica em contexto de Urgência Pediátrica

A comunicação em saúde é um fator principal na qualidade dos cuidados, na gestão de risco e na segurança do utente. Tem benefícios para a literacia em saúde da população e comunidade ao influenciar a adoção de comportamentos protetores e promover a utilização dos serviços e recursos de forma adequada. Quanto mais elementos participarem, mais interação e diálogo vai existir, o que torna a comunicação da informação mais eficaz (6).

A comunicação estabelece-se em dois sentidos entre o emissor, que deve garantir a atenção total, e o recetor. Através de uma voz clara, em tom adequado e com respeito pelo outro, formula uma mensagem de fácil compreensão com linguagem simples, em que explica os termos técnicos que utiliza e adapta a informação de forma gradual ao recetor que tem à sua frente, valorizando as características sociodemográficas da família. Quando o profissional de saúde se encontra no papel de recetor deve incentivar o adolescente e/ou família a falar abertamente, demonstrando interesse e atenção à pessoa e à mensagem recebida (6).

A comunicação em saúde infantil e pediátrica estabelece-se maioritariamente entre o profissional e o cuidador/acompanhante em função da criança/adolescente que apenas partilha a informação básica ou é um elemento com interesse em distrações. A qualidade desta comunicação é um procedimento terapêutico fundamental que se estabelece desde o acolhimento e é essencial para o seu sucesso, a adaptação dos cuidadores ao tratamento e a qualidade dos cuidados aos utentes pediátricos. A inclusão do utente pediátrico, de acordo com o seu estágio de desenvolvimento, no

processo de comunicação promove níveis mais satisfatórios de adesão, retenção da informação promotora de um acolhimento biopsicossocial (6).

A natureza das comunicações num ambiente de urgência pode contribuir para uma inadequada compreensão dos pais sobre as instruções dadas. Para evitar falhas é importante que os enfermeiros reconheçam o direito da criança em ser informada sobre a sua situação clínica e evitar informações enganadoras. Os fatores que podem melhorar na comunicação em urgência pediátrica são as várias barreiras à comunicação como a diferença de língua, fadiga e stress dos intervenientes, a identificação de fatores contextuais durante a colheita de dados e a compreensão das atitudes e crenças do profissional e da criança/família sobre a comunicação. (6)

A comunicação terapêutica é um processo interativo verbal e não-verbal de partilha de informação e sentimentos entre pessoas de forma a descobrir e compreender as intenções, ideias e emoções sentidas pela outra pessoa, ser capaz de gerir sentimentos e informação e criar laços significativos e terapêuticos com ela. A comunicação não verbal leva-nos a estar atentos aos sinais, gestos e movimentos que expressam mensagens essenciais, de forma a compreender as reais necessidades do utente. É um processo que visa compreender as necessidades do utente e família, otimizar uma relação e espaço terapêutico onde sentem que possam partilhar as suas vivências, angústias, medos, ansiedade e inseguranças e fornecer-lhes ferramentas para que possam viver melhor com a sua situação de doença, limitações, bem-estar e qualidade de vida (3,7).

Os enfermeiros utilizam a comunicação como um instrumento terapêutico na relação terapêutica com a criança/família, nos momentos de educação para a saúde com os utentes e na formação das equipas de saúde, utilizando o binómio gestão das emoções/gestão da informação durante os seus cuidados (9). Envolve emocionalidade e promove a tranquilidade, o respeito, a compreensão e a empatia entre as duas partes, promove a autoconfiança e a individualidade da pessoa cuidada, melhora a adesão ao tratamento, a capacidade para enfrentar os problemas, a otimização dos cuidados de saúde, e na relação com os outros, ajustando-se ao que não pode ser mudado. Gerir emoções é gerir as expetativas e promover a confiança, esperança e perseverança (3,7).

Os elementos facilitadores do processo de comunicação na prestação de cuidados em contexto pediátrico e que visam potencializar melhores efeitos na criança, família e profissionais são (6):

- Identificação dos pais e crianças pelo próprio nome;
- Abordagem biopsicossocial, promoção do acolhimento frente a incertezas e ansiedade;
- Diálogo mútuo entre os intervenientes;
- Escuta ativa;
- Formação sobre comunicação terapêutica nas equipas de saúde;
- Habilidades Interpessoais, como empatia, colaboração, honestidade e objetividade;
- Estabelecimento de uma relação terapêutica, através do envolvimento com o utente e sentimento de confiança entre profissional, o adolescente e família;
- Disponibilidade para discussão de dúvidas;
- Cuidados de enfermagem com exploração dos aspetos afetivo-emocionais e as vivências psicossociais das dificuldades associadas aos cuidados.

3.2. Identificação de Sinais de Alerta

Durante o seu crescimento e desenvolvimento, o adolescente passa por vários problemas e desafios pessoais, familiares e sociais que exige uma reestruturação e reorganização do pensamento e personalidade. Esta reorganização física, psíquica e social origina conflitos internos dos quais podem ocorrer sentimentos de depressão e de ansiedade que se não forem tratados podem levar a comportamentos suicidas (10).

Existem três focos de reestruturação na vida de um adolescente (10):

- Alteração da relação com os pais, o adolescente começa a tornar-se mais independente emocionalmente e socialmente dos seus pais, podendo não partilhar das mesmas ideias e valores, o que pode contribuir para maior tensão e conflitos familiares. O distanciamento dos pais e a exploração da sua identidade fá-los desenvolver uma atitude egocêntrica, pensamentos de

grandeza e uma identidade sexual confusa que poderão reconstruir ao longo do seu desenvolvimento;

- Alteração da relação com os pares, ao distanciar dos pais proliferam as relações com os pares e formação de grupos que partilham expectativas, interesses, aspirações e dúvidas;
- Alteração da relação com o próprio corpo, as alterações da imagem corporal presentes na puberdade podem levar o adolescente a confundir a imagem corporal com a sua própria personalidade e valor, influenciando as suas relações com os pares, com os pais, com o mundo e consigo mesmo, incluindo a vivência e definição da sua sexualidade.

O desenvolvimento de mecanismos promotores de desregulação das emoções, pode levar à instabilidade emocional que poderá ser vivenciada como um período de crise com repercussões na saúde mental dos adolescentes. Devido ao tipo de sociedade e cultura em que estes adolescentes vivem atualmente, de radicalismo, com mentalidades extremistas de tudo ou nada, com inflexibilidade mental e moral, é compreensível que aumentem os pensamentos depressivos e ansiosos (10).

A procura de emoções, o testar de novos limites junto com impulsividade, uma perspetiva fatalista, um egocentrismo predominante, rigidez cognitiva e a uma exacerbação de conflitos inter e intrapessoais vai exacerbar a gravidade dos acontecimentos que podem acontecer. O que leva a que considerem a morte como uma alternativa de resolução de um problema temporário.

Os agentes promotores de agravamento de crise na adolescência (10):

- Situações Académicas, como mudança de escola, baixo rendimento escolar, época de exames, competição com os pares e/ou transições entre graus escolares;
- Situações Familiares, mudanças no equilíbrio familiar, conflitos e/ou dificuldades financeiras;
- Situações Relacionais, fazer amigos, conflitos com os pares, resistência a pressões e/ou namorar/identificação de identidade romântica e/ou sexual;
- Situações Intrapessoais, o processo de crescimento, alterações do corpo, previsões do futuro e tomada de decisões.

Como tal, os sinais de alerta a que os enfermeiros devem estar atentos durante a triagem de um adolescente são (10):

- Ser do sexo feminino ou identificar-se a nível de género como rapariga;
- Apresentar fáceis de tristeza, irritabilidade ou frustração;
- Discurso com baixa autoestima e de desvalorização do próprio;
- Discurso com pensamentos suicidas e/ou autolesivos;
- Marcas de lesões anteriores no corpo ou recentes, como hematomas ou cortes;
- Sintomas Somáticos, como cefaleias constantes, dores abdominais sem causa aparente, entre outros;
- Adolescente com imenso ganho ponderal ou bastante perda ponderal, associado a recusa alimentar ou compulsão alimentar;
- Desempenho académico diminuído;
- Doença crónica ou situações psicoemocionais negativas anteriores;
- Isolamento social e fracas relações com família e pares;
- Apresentarem lentificação dos reflexos ou pensamento.

3.3. Entrevista de Enfermagem

As intervenções de Enfermagem com o adolescente têm como foco a promoção de comportamentos saudáveis, tanto para melhorar o seu nível de saúde e prevenir a doença. A utilização de entrevista permite o estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e o adolescente de modo a que este seja capaz de revelar os seus sentimentos, problemas e perspetiva, tendo a esperança de ser beneficiado com esta relação e que não será prejudicado (11).

A entrevista é uma ferramenta utilizada em enfermagem para colheita de dados, identificação de necessidades e avaliação de problemas emocionais e comportamentais. Permite explorar o presente e diferentes períodos de desenvolvimento da criança, assim como manifestações de certos comportamentos e padrões através do relato do entrevistado (6).

Para realizar a entrevista, o enfermeiro precisa de (6,11):

- Conhecimento sobre o desenvolvimento da adolescência, estratégias de comunicação e recursos terapêuticos disponíveis,
- Treinar a sua sensibilidade, de receber e demonstrar afeto, assim como possuir valores morais, espirituais e culturais sólidos e congruentes.
- Conhecer e compreender a dimensão vasta do perfil sexual e de namoro e aceitá-lo sem preconceitos ou dúvidas morais;
- Conhecimento adequado e atual sobre as atuais problemáticas sociais
- Ter uma postura de profissional e não de colega ou de figura parental. Não adotar uma postura dominante e intimidante pois pode gerar uma resposta de luta ou fuga no jovem.

Ao conduzir a entrevista é preciso acolher o adolescente numa sala sossegada, com o menor número de distrações possível, de forma cordial e confortante. Se for desejo do adolescente, os pais/cuidadores podem estar presentes. Deixar claro e assegurar a confidencialidade, sigilo profissional e o direito à privacidade, pois pode levar à não adesão de uma relação terapêutica (11).

Realizar uma avaliação mental e inicial sobre as impressões iniciais do adolescente, ou seja, como está vestido, a postura com que se apresenta, o estado de animo, como se expressa verbalmente e não verbalmente, choro durante a entrevista, as suas expressões faciais, o nervosismo, o tom de voz e outros fatores que se considerarem importante (11).

Iniciar com perguntas abertas e escuta reflexiva, em que se apura o que o adolescente disse através da devolução das afirmações por este ditas, mas de uma forma diferente, como a repetição de alguma palavra importante, substituir algumas palavras por sinónimos, com uma nova estrutura frásica, com identificação emocional do transmitido e silêncios com indicação não verbal de escuta mas sem que sejam prolongados. Os adolescentes sentem-se mais confortáveis na verbalização das suas dúvidas e preocupações (11).

Dirigir as questões e as explicações diretamente ao adolescente e utilizar uma linguagem simples e realista, adequando a própria postura, palavras, gestos, expressão facial e tom de voz. Pedir clarificação se a resposta for imprecisa ou utilizar uma resposta em espelho, que transforma uma das últimas palavras que o

adolescente utilizou para fazer uma pergunta. Demonstrar respeito pelo outro como é, empatia e autenticidade para criar uma parceria terapêutica. Não induzir a resposta e não ser moralizador dos comportamentos ou tipo de linguagem do adolescente. Evitar juízos de valor, mas permitir ao adolescente que ele os emita. Pode ser utilizada a pergunta ou exemplo na 3.^a pessoa para abordar assuntos embaraçosos de modo a permitir a projeção para fora da 1.^a pessoa (11).

Pode ser utilizado o acrónimo HEEADSSS de Goldenring e Cohen: H – home (casa, família); E – education e employment (escola e emprego); E – eating (alimentação); A – activities (actividades desportivas e de lazer); D – drugs (consumos, adição); S – sexuality (sexualidade); S – Suicide (depressão, suicídio, humor) e S – Safety (segurança, acidentes, violência) (12).

Sendo que algumas das questões que podem ser utilizadas, tendo em conta o acrónimo anterior, de acordo com as temáticas são (12):

- Casa: Onde moras? Há quanto tempo estás nessa casa? Com quem vives? Tens um quarto só para ti? Como é o relacionamento entre os membros da família? De quem te sentes mais próximo(a)? Alguém saiu de casa recentemente? e Há alguém de novo?
- Escola: Em que escola andas? Como é a escola? Mudaste recentemente? Quais as disciplinas preferidas? E as que menos gostas? Tens amigo(a)s na escola? Como é o teu aproveitamento? Modificou-se recentemente? Que planos tens quanto ao futuro? Trabalhas? Onde? e Qual o horário de trabalho?
- Alimentação: O que é que gostas e não gostas no teu corpo? O teu peso alterou-se recentemente? De que modo? O que é para ti uma dieta saudável? É a que fazes? Já fizeste dieta alguma vez? e Praticas exercício diariamente?
- Atividades: O que fazes quando estás com os teus amigos? Praticas algum desporto? Quantas vezes por semana? O que fazes quando estás com a tua família? Tens alguma outra atividade organizada (grupo de jovens, escuteiros, voluntariado, etc)? Tens alguns hobbies? Gostas de ler? Que livro estás a ler agora? Quantas horas de TV vês por dia? E computador? E videojogos?
- Consumos: Algum dos teus amigos fuma, bebe álcool ou se droga? E na tua família? E tu próprio? Alguém fuma na tua casa? e Tens algum familiar que tenha sido alcoólico ou tenha consumido drogas?

- Sexualidade: Tens um(a) namorado(a) atualmente? Já tiveste antes? Já tiveste relações sexuais? O que significa “sexo seguro” para ti? Utilizas contraceção? Que método contraceptivo usas? Alguma vez foste forçado(a) a envolveres-te em práticas sexuais contra a tua vontade? Tiveste alguma infeção transmitida por via sexual? Quando e qual?
- Depressão/Suicídio: Sentes-te triste ou “em baixo” mais do que o habitual? Estás sempre chateado(a)? Tens dificuldade em dormir? Pensas por vezes em te magoares a ti próprio(a) ou a outra pessoa? Achas que estás a perder o interesse em coisas que antes te davam prazer? Isolas-te mais dos amigos, nos últimos tempos? Conheces alguém que tenha pensado em suicidar-se? Isso já sucedeu contigo? Começaste a fumar, beber ou usar drogas para te sentires melhor e mais calmo(a)?
- Segurança: Tiveste algum acidente grave ou provocaste algum acidente? Usas sempre cinto de segurança, no carro? Alguma vez andaste de carro com um condutor embriagado? Usas equipamentos de segurança quando praticas desportos (por exemplo capacete)? Há violência na tua família? A tua escola é violenta? Alguma vez foste agredido(a) ou abusado(a) sexualmente? Alguma vez foste vítima ou te envolvereste em bullying ou em situação de violência no namoro?

Utilizar a reestruturação positiva, através do reforço das competências, comportamento positivos e de autoestima e pontos fortes e apoio com frases que expressem compreensão pelos acontecimentos que passou. Pois ao sentir-se escutado e aceite pelo enfermeiro, torna-se capaz de ouvir e aceitar o que lhe é dito ao aumentar a sua compreensão e controlo sobre si (11).

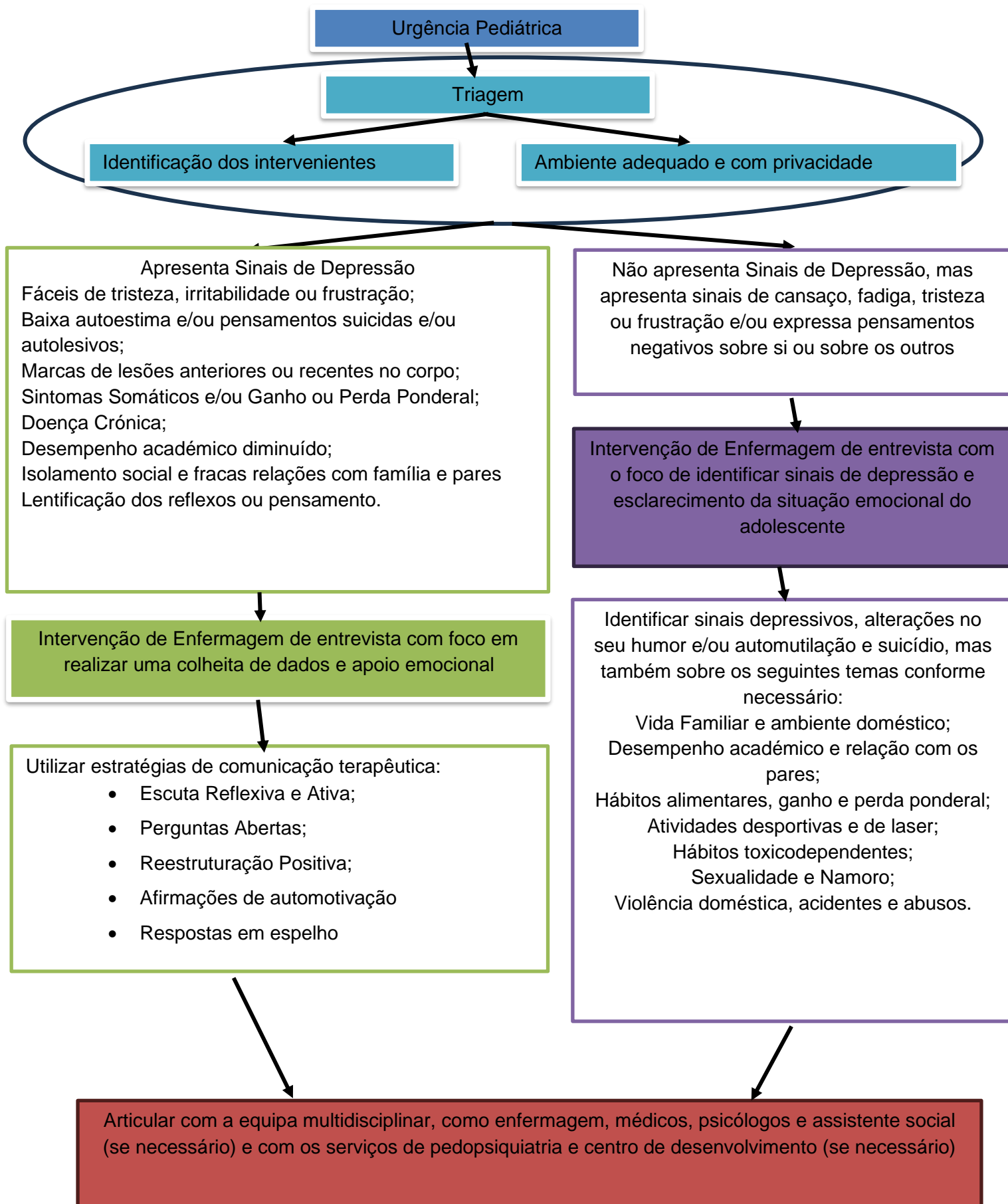
Utilizar afirmações de apoio e ânimo, para fortalecer o sentimento de compreensão, e de automotivação para abordar questões com fortalecimento do laço afetivo emocional, como expressão de preocupação, procurar intenção de mudar e otimismo para a mudança (11).

Pode também ser um momento em que o enfermeiro atua como mediador com os pais/cuidadores ao demonstrar a importância de estes saberem da situação e sensibilizarem-se para o sofrimento do adolescente, especialmente se for uma

situação de risco de vida. Permite-lhe um acesso mais fácil a cuidados médicos e uma melhor discussão de estratégias para lidar com o problema (3,11).

No final, deve-se fazer um resumo da entrevista destacando o que foi mais importante, isto permite que o adolescente se aperceba melhor das suas preocupações, problemas e competências. Perguntar se tem questões e reforçar a sua capacidade de recuperação da sua saúde (11).

3.4. Fluxograma de Intervenção no Adolescente com Sinais de Depressão



4. Nota Conclusiva

É importante o enfermeiro estar atento aos sinais de depressão durante a triagem pediátrica, em particular nas fases de pré-adolescência e adolescência quando é mais comum o aparecimento de perturbações mentais, comportamentais e emocionais.

Quanto mais precocemente for detetado o problema, mais depressa a equipa multidisciplinar poderá atuar, contribuindo através dessa forma, para a melhoria da qualidade de vida dos jovens. Investir na prevenção e na educação para a saúde é fundamental para o bem-estar e adequado desenvolvimento das crianças e adolescentes.

5. Referências Bibliográficas

1. Peres VAS. Adolescentes com perturbações mentais no Serviço de Urgência Pediátrica: uma revisão narrativa. 2023 Nov.
2. Thomas S, Byrne LK, Ryan NP, Hendrieckx C, White V. Unmet supportive care needs in families of children with chronic health conditions: an Australian cross-sectional study. *World J Pediatr*. Dezembro de 2023;19(12):1181–91.
3. Crivelatti MMB, Durman S, Hofstatter LM. Sofrimento psíquico na adolescência. *Texto & Contexto - Enfermagem* [Internet]. 2006 [cited 2020 Nov 15];15(SPE):64–70. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500007
4. Cserép M, Szabó B, Tóth-Heyn P, Szabo AJ, Szumska I. The Predictive Role of Cognitive Emotion Regulation of Adolescents with Chronic Disease and Their Parents in Adolescents' Quality of Life: A Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health*. 1 de Dezembro de 2022;19.
5. Gauy FV, Guimaraes SS. Triagem em saúde mental infantil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2006 Apr;22(1):5–15.
6. Phaneuf M, Salgueiro N, Rui Pedro Salgueiro, de E. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.
7. Serra S. Estudo de algumas características psicométricas da versão portuguesa da Children's Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R) numa amostra de adolescentes portugueses. 2014 Sep.
8. Crujo M, Marques C. As perturbações emocionais - Ansiedade e depressão na criança e no adolescente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2009 Sep 1;25(5):576–82.
9. Diogo P, Vilelas J, Rodrigues L, Almeida T. Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica. *Pensar Enfermagem – Revista Científica. Journal of Nursing*. 206 Dec 30; 20(2):26-47.
10. Ordem dos Enfermeiros O. GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS PARA A PREVENÇÃO DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E COMPORTAMENTOS DA ESFERA SUICIDÁRIA. 2012.
11. Ordem dos Enfermeiros. Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de

Saúde Infantil e Pediátrica - Volume 1. 2010 Sep.

12. Direção-Geral da Saúde. Programa de Intervenção Saúde Infantil e Juvenil. 2013

Apêndice V – Resumo de Scoping Review

Resumo

Contexto: A comunicação de más notícias tem impacto na pessoa pediátrica e na família/cuidadores. Estratégias de comunicação de más notícias em pediatria tornam-se essenciais para diminuir o impacto negativo que estas representam e promover o bem-estar da pessoa e família.

Objetivos: Mapear as estratégias na comunicação de más notícias com a crianças dos 0 aos 18 anos e suas famílias por profissionais de saúde.

Material e Métodos: Elaboração de uma equação de pesquisa com termos selecionados através da questão de investigação: [(nurse*)AND (Communication) AND (Death OR Disease OR Bad News) AND (child* OR Pediatrics)]. Foi utilizada nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, MedicLatina, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Library, Information Science & Technology Abstracts, Scielo e National Library of Medicine. Os critérios de inclusão são: estudos que incluam profissionais de saúde, crianças dos 0 aos 18 anos e pais/cuidadores e agregado familiar, que incluam comunicação de más notícias presencialmente e suas estratégias, realizados em unidades de cuidados de saúde infantil e pediátrica, sem limite temporal e nas línguas português, espanhol e inglês. Os critérios de exclusão ditam que se exclui qualquer estudo que seja uma comunicação de articulação de cuidados entre unidades de saúde. Através da pesquisa nas bases de dados e leitura integral foram selecionados 18 artigos e por pesquisa livre foram selecionadas 3 fontes de informação sobre a temática escolhida.

Conclusões: A revisão resultante permitiu a identificação de várias medidas e passos. Primeiro, é necessário preparar um local adequado e privado, perceber o que o doente já sabe e o que se sente confortável em saber, dar a notícia de uma forma empática e na velocidade que a criança/família sinalizarem ser adequada, aceitar as emoções e dar espaço para se adaptar e fazer perguntas e, por fim, propor as estratégias e intervenções seguintes adequadas para a criança/família.

Palavras-chave: Comunicação de más notícias; profissionais de saúde; estratégias; pediatria

Gestão das Emoções em Neonatologia

Instrumento de Trabalho

Elaborado por:	Enfermeira Catarina Sousa
Supervisora Clínica	Enfermeira Especialista Rossana Santos
Supervisora Pedagógica	Professora Graça Moraes Rocha

Índice

1. Nota Introdutória.....	3
2. Gestão das Emoções.....	4
2.1. Gestão das Emoções na Família.....	4
2.2. Gestão das Emoções nos Enfermeiros.....	6
3. Nota Conclusiva.....	9
4. Referências Bibliográficas.....	10
Apêndices.....	12
Apêndice 1 - Gestão das emoções na família - Principais intervenções	
Apêndice 2 - Gestão das emoções nos enfermeiros - Principais estratégias	

1. Nota Introdutória

Anualmente, 15 milhões de recém-nascidos prematuros nascem em todo o mundo (1,2). Em Portugal, por cada 100 nados-vivos 7,51 são prematuros (3). Como tal, cabe aos enfermeiros estarem atentos e atuar de modo a garantir cuidados de enfermagem de qualidade (4). O recém-nascido prematuro ou pré-termo é qualquer recém-nascido que nasce com idade gestacional inferior a trinta e sete semanas (3). Cuidar de um recém-nascido prematuro é por si uma experiência emocionalmente intensa tanto para os pais/família como para o enfermeiro. Envolve de uma forma emocionalmente marcante todos os intervenientes e pode ser causadora de stress pela sua exigência e por situações como malformações congénitas, alterações de neurodesenvolvimento, debilidade dos reflexos de sucção e deglutição, instabilidade térmica, alterações respiratórias, infeções ou morte de um filho (4).

Este instrumento de trabalho tem como objetivo geral analisar a gestão de emoções em neonatologia. Os objetivos específicos são conhecer o processo emocional dos pais/cuidadores com um recém-nascido em neonatologia e identificar estratégias de gestão emocional na família e dos enfermeiros nos cuidados em neonatologia.

Este documento demonstra o conceito de emoções e gestão de emoções, as emoções que os pais/família sentem, a sua desregulação emocional e estratégias que podem permitir a sua gestão emocional, assim como as emoções que os enfermeiros sentem ao viverem estas situações e estratégias para regular as suas emoções. Por fim, são apresentados a nota conclusiva, as referências bibliográficas e em apêndice dois instrumentos práticos de suporte para os enfermeiros, um sobre as principais intervenções para gestão de emoções nos pais e outro sobre as principais estratégias para a gestão de emoções dos enfermeiros.

2. Gestão das Emoções

As emoções são respostas neurológicas, psicofisiológicas e químicas que surgem por mecanismos neurofisiológicos gratificantes ou perturbadores como resposta a um estímulo interno ou externo ao indivíduo. São projetadas externamente por comportamentos corporais e/ou comportamentais de acordo com experiências anteriores e surgem como modos eficazes de adaptação face às mudanças ambientais, contextuais e/ou situacionais. Estão associadas às áreas cerebrais relacionadas com a atenção e motivação. Sem envolvimento emocional, qualquer ação, ideia ou decisão refletiria apenas instintos e cognição, como tal os pensamentos são influenciados pelas emoções e influenciam a resposta emocional (4–6).

A gestão de emoções ou regulação emocional é a competência adaptativa e positiva do indivíduo para gerir a sua dimensão emocional. Faz parte da inteligência emocional e incorpora um conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades e atitudes necessárias para compreender, regular e expressar emoções (5,6).

Cuidar implica o envolvimento emocional no estabelecimento de uma relação terapêutica (4,6). Os cuidados de saúde têm que ter como um dos seus focos a gestão das emoções para as poder utilizar como um instrumento terapêutico, a fim de atenuar as experiências negativas e transformá-los positivamente (5,6).

2.1. Gestão das Emoções na Família

A notícia de que um filho nasceu prematuro e terá de ser internado em neonatologia é um choque para a família. É um episódio de crise que leva os pais/cuidadores a sentirem-se confusos, inseguros, exaustos, com tristeza, raiva, depressão, angústia, incerteza, sofrimento, ansiedade, medo, stress, sensação de insignificância e culpa por não conseguirem cuidar do seu filho (4,7–9). Enquanto estes cuidados são prestados por outras pessoas a eles desconhecidas, geram-se emoções como ciúmes, agressividade, ressentimento, sentem-se um falhanço, desejam fugir, medo da doença e do desconhecido. Associado a esta desregulação emocional, o desconhecimento sobre os procedimentos de enfermagem e médicos, o ambiente da neonatologia, a notícia de uma doença crónica, o aspeto físico e a separação do seu recém-nascido, os problemas financeiros, sociais e afetivos vinculados à permanência do recém-nascido no hospital, o isolamento da família e amigos e perda de intimidade de casal destabilizam o equilíbrio da família (4,7–11).

Os pais/cuidadores também se sentem desorganizados acerca do seu papel parental, sentem emoções ambivalentes em relação à criança, o que pode levar a situações de trauma, ausência de vínculo com o recém-nascido e não conseguir responder às necessidades do neonato, que pode levar a problemas de desenvolvimento cognitivo,

da linguagem, social, afetivo e emocional na criança e perda de qualidade de vida. Muitas vezes preferem esconder este desequilíbrio mental e emocional por medo de repercussões derivadas do estigma da doença mental após o parto e da sua consequente eficácia como pais (9–11).

Os pais sentem imensa dificuldade em compreender as informações transmitidas pelos profissionais de saúde, e vergonha, por questionarem novamente ou por os profissionais assumirem que eles não compreenderam o que se lhes comunica, o que desenvolve tensões e barreiras de comunicação (4,9,11).

Os pais/cuidadores de diferentes culturas e etnias respondem de maneira diferente ao nascimento de um filho prematuro, de tal forma que influencia o vínculo entre recém-nascido e pai, assim como o desenvolvimento das suas competências parentais (10).

No início, as mães não conseguem cuidar de si próprias adequadamente, visitando os seus filhos mesmo que estejam esgotadas. Têm níveis elevados de ansiedade, depressão e stress e culpam-se a si próprias pelo recém-nascido ter nascido antes do tempo. Por isso, os enfermeiros devem demonstrar empatia pelas dificuldades sentidas pelas mães e explorar a sua saúde física e emocional de forma a ajudá-las a cuidar dos seus filhos com qualidade (12).

Os pais tendem a reprimir as suas emoções, sentem tristeza por não poderem ajudar as suas esposas, surpresa e arrependimento pelo aparecimento de uma criança prematura, sentimento de impotência por entender que não consegue fazer nada, alívio quando o neurodesenvolvimento do recém-nascido melhora e desejo por um futuro, por isso é necessário encorajar a expressão emocional e apoiar a vinculação (13).

O enfermeiro deve (4,7–9,11):

- Estabelecer uma relação terapêutica de confiança e segurança com a família e manter um ambiente calmo e recetivo, facilitando assim a expressão de sentimentos positivos e negativos pelos pais. Faz com que se sintam apoiados, encorajados, seguros e que consigam aprender com a experiência;
- Intervir na promoção da vinculação entre os pais e o recém-nascido e do papel parental, que pode estar fragilizada devido à prematuridade, através do acolhimento e integração dos pais, da parceria de cuidados, ou seja, envolvê-los nos cuidados, contacto precoce corporal entre os pais e o recém-nascido o que leva à diminuição da desorganização e ansiedade dos pais e potencia o crescimento e o desenvolvimento infantil do recém-nascido;

- Comunicar de forma eficaz com os pais por ser essencial na expressão de emoções, podendo favorecer a negociação ou o acolhimento. A comunicação deve iniciar-se com uma postura serena, utilização de uma linguagem adequada e de fácil perceção, escuta ativa e tranquilidade no esclarecimento de dúvidas e direcionar a conversa para o que os pais precisam e solicitam;
- Utilizar educação para a saúde para informar e esclarecer através de ensinamentos com conhecimento pertinente e adequado aos aspetos da prematuridade. A troca de saberes e dúvidas permite a partilha de experiências e medos e a comunicação contínua desenvolve a confiança nos pais. A comunicação eficaz diminui a incidência de emoções negativas como culpa, medo e sofrimento e ajuda a ultrapassar a situação de crise;
- Fomentar a utilização do método canguru por aumentar a oxitocina no corpo da mãe o vínculo com o recém-nascido, o que as faz sentir-se menos tristes e com mais poder e controlo;
- Promover o contacto entre pais que estejam ou já estiveram na mesma situação (8);
- Ensino de técnicas de relaxamento como técnicas de respiração, incentivar à distração momentânea do que está a viver e assistir na criação de um horário de atividades diárias;
- Identificar pensamentos e discurso de baixa autoestima, elogiar e valorizar as competências e atenção que os pais/cuidadores disponibilizam ao recém-nascido, estimular o pensamento positivo e encaminhar para apoio psicológico;
- Promoção de ganhos em competências parentais através do estabelecimento da confiança e parceria de cuidados com momentos para os pais poderem prestar cuidados ao seu recém-nascido, dotando-os de competências para o cuidar, o que faz com que estes conheçam melhor o recém-nascido e lhes permitam cuidar do seu filho com autonomia após a alta hospitalar. Os pais conseguem tornar-se autoconfiantes, superar os seus medos do desconhecido e de cuidar do seu recém-nascido, assim como sentir mais segurança com os profissionais de saúde, o que gera tranquilidade nos pais.

Foi realizado um esquema com as principais intervenções, um “cartão de bolso”, presente em apêndice 1 com a respetiva temática

2.2. Gestão das Emoções nos Enfermeiros

O trabalho de enfermagem em pediatria encontra-se repleto de situações emocionalmente intensas, perturbadoras e difíceis de lidar que podem potencializar emoções como tristeza, desânimo, depressão, mágoa, medo, ansiedade, stress, preocupação, culpa, impotência, revolta, injustiça, angústia, desgaste, assim como alegria, contentamento, alívio, compaixão e realização pessoal (4,5).

Os enfermeiros lidam com muitas emoções perturbadoras que geram conflitos internos e que se não forem bem geridos dificultam a relação terapêutica. Os enfermeiros cuidam das crianças ao interagirem de forma semelhante aos pais, através de brincadeiras, toques carinhosos e suaves, utilizam uma voz suave e calorosa que diminui a sua solidão e o medo, aumentando a sua confiança e alegria e permiti-lhes expressar o que sentem e interagir com os outros. Forma-se um elevado envolvimento emocional que permite detetar as pistas emocionais na comunicação não-verbal do outro, e interagir com eles demonstrando que são compreendidos, ouvidos e que os enfermeiros se preocupam com a criança e a família (6).

Para a relação enfermeiro-criança-família poder resultar numa relação terapêutica, os enfermeiros precisam de praticar a sua gestão de emoções como competência de enfermagem, têm de compreender melhor as suas emoções para gerirem melhor as da família/cuidadores e manterem o seu bem-estar e tranquilidade interior, de forma a conseguirem transmitir calma e confiança, manter uma comunicação eficaz e terem disponibilidade emocional durante os cuidados de saúde para poderem potenciar a vinculação e o desenvolvimento de competências parentais(4-6).

Em contexto de neonatologia, cuidar e acompanhar o recém-nascido e a sua família a enfrentar a prematuridade, que inclui defrontar a autonomia das máquinas, medicação e procedimentos médicos e de enfermagem, é um desafio para a equipa de enfermagem que considera ser mais exigente a abordagem aos pais do que cuidar do recém-nascido (4).

Também sentem a morte do recém-nascido. São os enfermeiros que junto dos pais/cuidadores prestam cuidados e acompanham o dia-a-dia e as vivências emocionais e precisam de viver o seu próprio processo de luto, o que os faz sentir inseguros ao apoiar o luto da família (14). Assim, distanciam-se emocionalmente da situação e criam uma barreira perante os outros para diminuírem o seu sofrimento.

Com o tempo, aprendem a identificar estas situações e a não estabelecer vínculos afetivos geradores de sobrecarga física, emocional e psicológica, o que lhes traz a capacidade de demonstrar sensibilidade, respeito, empatia, e compaixão para poderem cuidar das famílias em luto (15).

Os fatores de agravamento da desregulação emocional são o excesso de trabalho que intensifica o stress e cansaço, inseguranças e fragilidades pessoais relacionadas com experiências anteriores, características individuais do enfermeiro e conflitos na equipa multidisciplinar (5).

Há fatores protetores da regulação emocional como relações emocionalmente estáveis, sentimentos de gratificação e autorrealização, as brincadeiras das próprias crianças, uma presença positiva dos pais, apoio da equipa multidisciplinar e conhecimento de si próprio (5).

Os recursos para a gestão emocional podem ser desenvolvidos em workshop e equipa multidisciplinar ou grupo de apoio. As estratégias de gestão emocional mais implementadas pelos enfermeiros com sucesso são (5,6):

- Aprender a realizar melhores cuidados através da observação e participação ativa das famílias nos cuidados, ou seja, ao cuidar em parceria;
- Refletir sobre as próprias emoções, conhecer e reconhecer a forma como estas se manifestam e ser capaz de descrever o que as sobressalta, progredindo o autoconhecimento e o autodomínio;
- Passear num jardim ou à beira-mar com utilização da reflexão sobre uma vivência ou balanço do dia de trabalho;
- Refletir sobre as experiências vividas procurando enfatizar os aspetos positivos e encontrar novas soluções e ideias. Pode ser utilizado o autodiálogo interno;
- Investir na sua formação sobre a temática;
- Escrita das suas emoções e pensamentos;
- Exercícios de respiração profunda e técnicas de relaxamento;
- Partilha de experiências e estratégias em grupo, com colegas ou com pessoas específicas;
- Analisar e compreender as reações das famílias de forma a minimizar os sentimentos negativos e perceber que as ações da família não são dirigidas a si;
- Refletir e compreender que é normal errar ou não conseguir estabelecer relação terapêutica com a família. Deve encarar a situação como um desafio e acreditar nas suas competências;
- Supervisão clínica que desenvolve o pensamento crítico e permite o desenvolvimento de competências emocionais;

- Por vezes, se as outras estratégias durante os cuidados não obtiverem sucesso, deve-se afastar e evitar prestar cuidados de forma a descentrar-se do que o está a desregular.

Os enfermeiros são capazes de inibir ou induzir emoções em si próprios a fim de transformarem as emoções perturbadoras e continuarem a cuidar das crianças e familiares, assim como manter o seu envolvimento emocional com a situação. Assim promove-se o bem-estar, o alívio do sofrimento e contribui para a adaptação à situação (5). Foi realizado um esquema com as principais intervenções, um “cartão de bolso” presente em apêndice 2 com a respetiva temática.

3. Nota Conclusiva

Os enfermeiros, graças à proximidade durante os cuidados, conseguem desenvolver uma relação terapêutica com a família e estar mais cientes das perturbações emocionais que surgem da prematuridade do recém-nascido e dos desafios da parentalidade vivida em contexto de neonatologia. No entanto, os enfermeiros também sofrem com os pais quando o estado do recém-nascido piora ou quando os pais sofrem e têm dúvidas.

As equipas de saúde têm de estar atentas, não só ao estado emocional das famílias, mas também dos seus membros. É uma necessidade dos serviços de saúde não sobrecarregar emocionalmente os seus profissionais e cuidar destes de forma a que lhes seja possível realizar um trabalho emocional eficaz.

4. Referências Bibliográficas

1. Zanon BP, Cremonese L, Ribeiro AC, Padoin SM de M, Paula CC de. Communication of bad news in pediatrics: integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(suppl 4).
2. Alinejad-naeini M, Peyrovi H, Shoghi M. Emotional disorganization: The prominent experience of Iranian mothers with preterm neonate: A qualitative study. *Health Care Women Int.* 2021;42(4–6):815–35.
3. Rodrigues S. NASCER ANTES DO TEMPO: UMA VISÃO DOS DADOS ESTATÍSTICOS SOBRE A PREMATURIDADE. 2023.
4. Fernandes A, Toledo D, Campos L, Vilelas JM da S. A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro The Emotionality to Care Premature Infants and Their Parents : A competence of nurses. *Pensar Enfermagem.* 2014;18(March 2013):45–60.
5. Diogo P. 4. Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica. 1st ed. Lisbon International Press; 2023.
6. Callado AAP. Emotional Labour in Pediatric Nurse. *Journal of Aging & Innovation* [Internet]. 2020;9(2):18–29. Available from: <http://journalofagingandinnovation.org/>
7. Souza LG de, Queiroz VC de, Andrade SS da C, César ESR, Melo VFC de, Oliveira SH dos S. Anxiety and depression in mothers of newborns in intensive care units. *Rev Gaucha Enferm.* 2021;42(e20200388):1–16.
8. Gutiérrez SSR, García PE, Pallezo AS, Paulí LR, Castillo BL del, Sánchez RB. Emotional support for parents with premature children admitted to a neonatal intensive care unit: a qualitative phenomenological study. *Turk J Pediatr.* 2020;62(May-June):436–49.
9. Im M, Oh J. Nursing Support Perceived by Mothers of Preterm Infants in a Neonatal Intensive Care Unit in South Korea. *Child Health Nursing Research.* 2021;27(2):146–59.
10. Alinejad-naeini M, Peyrovi H, Shoghi M. Emotional disorganization: The prominent experience of Iranian mothers with preterm neonate: A qualitative study. *Health Care Women Int.* 2021;42(4–6):815–35.
11. Gilstrap CM. Organizational Sensegiving in Family-Centered Care: How NICU Nurses Help Families Make Sense of the NICU Experience. *Health Commun.* 2020;36(13):1–11.

12. Park J, Bang KS. The physical and emotional health of South Korean mothers of preterm infants in the early postpartum period: A descriptive correlational study. *Child Health Nursing Research*. 2022;28(2):103–11.
13. Park J, Bang KS. Parenting experiences among fathers of prematurely-born children with cerebral palsy in South Korea. *Child Health Nursing Research*. 2021;27(1):75–85.
14. Zanon BP, Cremonese L, Ribeiro AC, Padoin SM de M, Paula CC de. Communication of bad news in pediatrics: integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(suppl 4).
15. Knihns N da S, Silva AM da, Santos J dos, Silva RM da, Paim SMS, Silva VS e, et al. BRAIN DEATH: HEALTH TEAM'S EXPERIENCE WITH PARENTS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2022;31.
16. Stayer D, Lockhart JS. Living with Dying in the Pediatric Intensive Care Unit: A Nursing Perspective. *American Journal of Critical Care*. 2016 Jul 1;25(4):350–6.


Apêndices

Apêndice 1 - Gestão das emoções na família - Principais intervenções



Gestão de Emoções na Família - Principais Intervenções



- **Estabelecer uma relação de confiança, segurança e terapêutica** e manter um ambiente calmo e recetivo;
 - **Intervir na promoção da vinculação entre os pais e o recém-nascido e no papel parental**, envolvê-los nos cuidados e utilizar o método canguru, que os faz sentir com mais poder e controlo, que potencia o desenvolvimento infantil do recém-nascido;
 - **Comunicar de forma eficaz** que se inicia com uma postura serena, utilização de uma linguagem adequada e de fácil perceção, escuta ativa e tranquilidade no esclarecimento de dúvidas e direccionar a conversa para o que os pais precisam e solicitam;
 - **Utilizar educação para a saúde** sobre aspetos da prematuridade e promover a troca de saberes e dúvidas que permite a partilha de experiências e medos e diminuí a incidência de emoções negativas como culpa, medo e sofrimento;
 - **Promover o contacto entre pais que estejam ou já tiveram na mesma situação**;
 - **Ensino de técnicas de relaxamento** como técnicas de respiração, incentivar à distração momentânea do que está a viver e assistir na criação de um horário de atividades diárias;
 - **Identificar pensamentos e discurso de baixa autoestima, elogiar e valorizar as competências** e atenção que os pais/cuidadores disponibilizam ao recém-nascido, estimular o pensamento positivo e encaminhar para apoio psicológico.
- 

Referências Bibliográficas

1. Fernandes A, Toledo D, Campos L, Vilelas JM da S. A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais : Uma competência do enfermeiro The Emotionality to Care Premature Infants and Their Parents : A competence of nurses. Pensar Enfermagem. 2014;18(March 2013):45–60.
2. Souza LG de, Queiroz VC de, Andrade SS da C, César ESR, Melo VFC de, Oliveira SH dos S. Anxiety and depression in mothers of newborns in intensive care units. Rev Gaucha Enferm. 2021;42(e20200388):1–16.
3. Gutiérrez SSR, García PE, Pallezo AS, Paulí LR, Castillo BL del, Sánchez RB. Emotional support for parents with premature children admitted to a neonatal intensive care unit : a qualitative phenomenological study. Turk J Pediatr. 2020;62(May-June):436–49.
4. Im M, Oh J. Nursing Support Perceived by Mothers of Preterm Infants in a Neonatal Intensive Care Unit in South Korea. Child Health Nursing Research. 2021;27(2):146–59.
5. Alinejad-naeini M, Peyrovi H, Shoghi M. Emotional disorganization : The prominent experience of Iranian mothers with preterm neonate : A qualitative study. Health Care Women Int. 2021;42(4–6):815–35.
6. Gilstrap CM. Organizational Sensegiving in Family-Centered Care: How NICU Nurses Help Families Make Sense of the NICU Experience. Health Commun. 2020;36(13):1–11.
7. Park J, Bang KS. The physical and emotional health of South Korean mothers of preterm infants in the early postpartum period: A descriptive correlational study. Child Health Nursing Research. 2022;28(2):103–11.
8. Park J, Bang KS. Parenting experiences among fathers of prematurely-born children with cerebral palsy in South Korea. Child Health Nursing Research. 2021;27(1):75–85.

Para mais informações sobre a temática consulte o instrumento de trabalho “Gestão das Emoções em Neonatologia”

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

Elaborado por Enfermeira Catarina Sousa

Supervisora Clínica: Enfermeira Especialista Rossana Santos

Supervisora Pedagógica: Professora Graça Moraes Rocha



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALMADA - SEIXAL



Apêndice 2 - Gestão das emoções nos enfermeiros - Principais estratégias



Gestão das Emoções nos Enfermeiros - Principais Estratégias

- **Aprender através da observação e participação ativa** das famílias nos cuidados; Analisar e compreender as reações das famílias, perceber que **as ações da família não são dirigidas a si**;
- **Refletir sobre as suas próprias emoções**, conhecer e reconhecer-se a forma como estas se manifestam e ser capaz de descrever o que as sobressalta progrida o autoconhecimento e o autodomínio;
- **Exercícios de respiração profunda e técnicas de relaxamento**; Momento de distração com utilização da reflexão sobre uma vivência ou balanço do dia de trabalho; Refletir e compreender que é normal errar ou não estabelecer uma relação terapêutica com a família. Deve encarar como um desafio e **acreditar na sua competência**;
- **Refletir sobre as experiências vividas** procurando enfatizar os aspetos positivos e encontrar novas soluções e ideias. Pode ser utilizado o autodiálogo interno; Escrita das suas emoções e pensamentos: **Partilha de experiências** e estratégias em grupo, com colegas ou com pessoas específicas;
- Supervisão clínica desenvolve o pensamento crítico e permite o desenvolvimento de competências emocionais; **Investir na sua formação** sobre a temática;
- Por vezes, se as outras estratégias durante os cuidados não obtiverem sucesso, deve-se **afastar e evitar prestar cuidados** de forma a descentrar-se do que o está a desregular.

Referências Bibliográficas

1. Fernandes A, Toledo D, Campos L, Vilelas JM da S. A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais : Uma competência do enfermeiro The Emotionality to Care Premature Infants and Their Parents : A competence of nurses. Pensar Enfermagem. 2014;18(March 2013):45–60.
2. Diogo P. 4. Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica. 1st ed. Lisbon International Press; 2023.
3. Callado AAP. Emotional Labour In Pediatric Nurse. Journal of Aging & Innovation [Internet]. 2020;9(2):18–29. Available from: <http://journalofagingandinnovation.org/>
4. Zanon BP, Cremonese L, Ribeiro AC, Padoin SM de M, Paula CC de. Communication of bad news in pediatrics: integrative review. Rev Bras Enferm. 2020;73(suppl 4).
5. Knihns N da S, Silva AM da, Santos J dos, Silva RM da, Paim SMS, Silva VS e, et al. BRAIN DEATH: HEALTH TEAM'S EXPERIENCE WITH PARENTS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS. Texto & Contexto - Enfermagem. 2022;31. 16. Stayer D, Lockhart JS. Living with Dying in the Pediatric Intensive Care Unit: A Nursing Perspective. American Journal of Critical Care. 2016 Jul 1;25(4):350–6.

Para mais informações sobre a temática consulte o instrumento de trabalho “Gestão das Emoções em Neonatologia”

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

Elaborado por Enfermeira Catarina Sousa

Supervisora Clínica: Enfermeira Especialista Rossana Santos

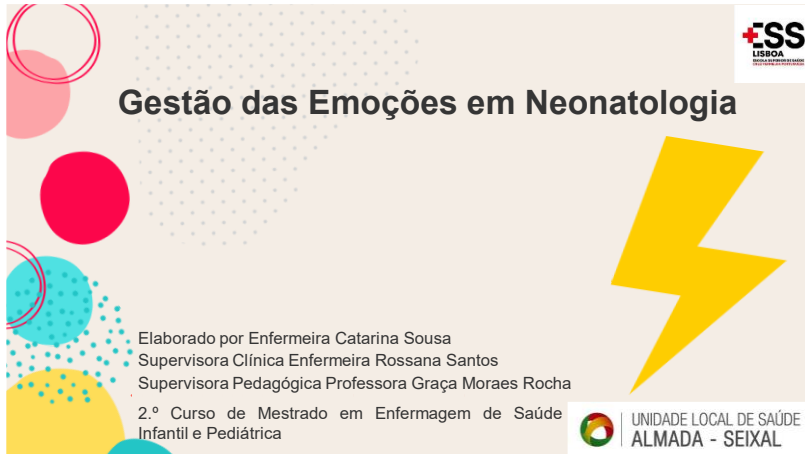
Supervisora Pedagógica: Professora Graça Moraes Rocha



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALMADA - SEIXAL



Apêndice X – Apresentação “Gestão das Emoções em Neonatologia e Instrumento de Trabalho Gestão das Emoções na Criança com Doença Crônica e Família”



Gestão das Emoções em Neonatologia

Elaborado por Enfermeira Catarina Sousa
Supervisora Clínica Enfermeira Rossana Santos
Supervisora Pedagógica Professora Graça Moraes Rocha

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

FSS LISBOA
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALMADA - SEIXAL

Índice

01	Objetivos	05	Cartões de Bolso
02	Gestão das Emoções		Instrumento de Trabalho “Gestão na Criança com Doença Crônica”
03	Gestão de Emoções na Família	06	6.1. Objetivos
04	Gestão de Emoções nos Enfermeiros		6.2. Conceitos
	4.1. Estratégias de Gestão de Emoções	07	Folhetos “Gestão das Emoções na Criança com Doença Crônica” e “Gestão das Emoções na Família com Criança com Doença Crônica”
		08	Considerações Finais
		09	Referências Bibliográficas

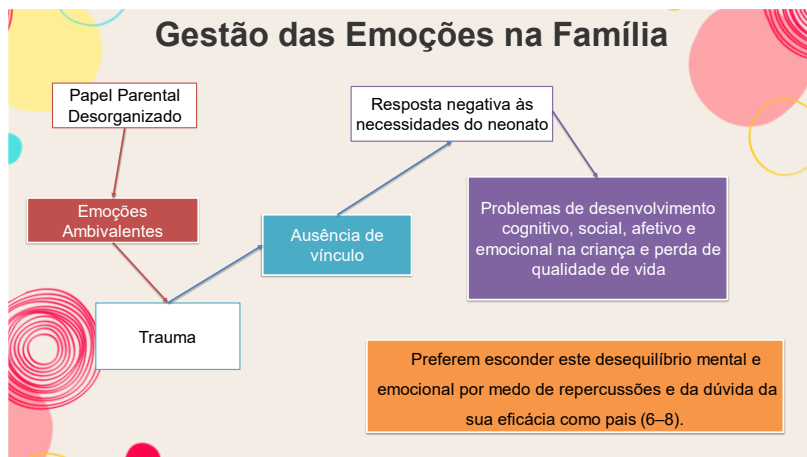
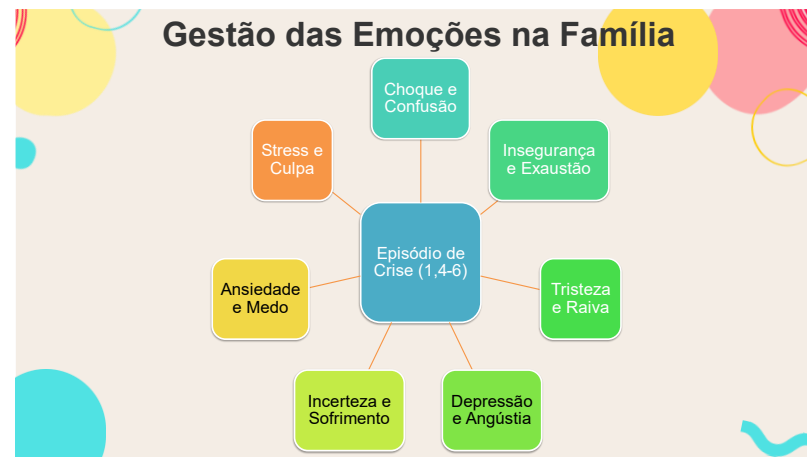
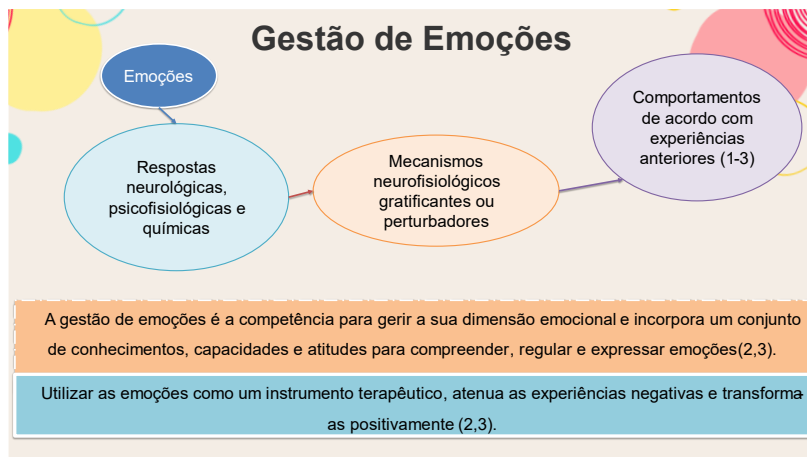
OBJETIVOS

Objetivo Geral: Analisar a gestão de emoções em neonatologia.

Objetivos Específicos:

- Conhecer o processo emocional dos pais/cuidadores com um recém-nascido com doença crônica em neonatologia;
- Identificar estratégias de gestão emocional na família e dos enfermeiros nos cuidados em neonatologia a um recém-nascido com doença crônica.

O G. foi um recém-nascido prematuro que iniciou o seu internamento nos cuidados intensivos neonatais assim que nasceu. Tem tido um internamento com muitos altos e baixos. Foi transferido para a unidade de cuidados intensivos pediátricos e tem atualmente 9 meses. Se ele sofresse uma paragem cardiorrespiratória novamente, como é que vocês se sentiam?



- ### Estratégias de Gestão de Emoções na Família (1,4-6,8)
- Estabelecer uma relação terapêutica e manter um ambiente calmo e recetivo, facilitando assim a expressão de sentimentos pelos pais;
 - Promover a vinculação entre os pais e o recém-nascido, envolvê-los nos cuidados e contacto pele-a-pele;
 - A comunicação deve realizar-se com uma postura serena, utilização de uma linguagem adequada e de fácil perceção, escuta ativa e tranquilidade no esclarecimento de dúvidas e direcionar a conversa para o que os pais precisam e solicitam;

Estratégias de Gestão de Emoções na Família (1,4-6,8)

Educação para a saúde. Informar e esclarecer através de ensinamentos sobre aspetos da prematuridade. Permite a partilha de experiências e medos e a comunicação contínua desenvolve a confiança nos pais;

Promover a utilização do método canguru por aumentar o vínculo com o recém-nascido, o que os faz sentir-se menos tristes e com mais poder e controlo;

Promover o contacto entre pais que estejam ou já estiveram na mesma situação;

Estratégias de Gestão de Emoções na Família (1,4-6,8)

Ensino de técnicas de relaxamento como técnicas de respiração e incentivar à distração momentânea do que está a viver;

Identificar pensamentos e discurso de baixa autoestima, elogiar e valorizar as competências e atenção que dos pais, estimular o pensamento positivo e encaminhar para apoio psicológico;

Promoção de ganhos em competências parentais, incentivando os pais a prestarem cuidados ao seu recém-nascido com autonomia após a alta hospitalar.

Gestão das Emoções nos Enfermeiros

Os enfermeiros lidam com muitas emoções perturbadoras que geram conflitos internos(3).

Os enfermeiros cuidam das crianças ao interagirem de forma semelhante aos pais e forma-se um elevado envolvimento emocional(3).

Os enfermeiros têm de compreender as suas emoções para gerirem melhor as da família e manterem a sua tranquilidade interior e terem disponibilidade emocional para poderem potenciar a vinculação e o desenvolvimento de competências parentais(1-3).

Gestão das Emoções nos Enfermeiros

Os enfermeiros prestam cuidados que junto dos pais, acompanham o dia-a-dia e as vivências emocionais destes, mesmo na morte, e precisam de viver o seu próprio processo de luto, o que os faz sentir inseguros ao apoiar o luto da família (9).

Distanciam-se emocionalmente da situação e criam uma barreira perante os outros para diminuírem o seu sofrimento (10).

Com o tempo, aprendem a identificar estas situações e a não estabelecer vínculos geradores de sobrecarga emocional, o que lhes traz a capacidade de demonstrar sensibilidade para poderem cuidar das famílias em luto (10).

Gestão das Emoções nos Enfermeiros

Fatores de Agravamento (2)

- Excesso de trabalho;
- Fragilidades pessoais relacionadas com experiências anteriores e características individuais do enfermeiro;
- Conflitos na equipa multidisciplinar.

Fatores Protetores (2)

- Relações emocionalmente estáveis;
- Sentimentos de gratificação e autorrealização;
- Presença positiva dos pais;
- Apoio da equipa multidisciplinar e conhecimento de si próprio.

Estratégias de Gestão das Emoções nos Enfermeiros (2,3)

Aprender a realizar melhores cuidados através da observação e participação ativa das famílias nos cuidados, ou seja, ao cuidar em parceria;

Refletir sobre as próprias emoções, conhecer e reconhecer a forma como estas se manifestam e ser capaz de descrever o que as sobressalta, progredindo o autoconhecimento e o autodomínio;

Passear num jardim, à beira-mar ou outro local de conforto com utilização da reflexão sobre uma vivência ou balanço do dia de trabalho;

Estratégias de Gestão das Emoções nos Enfermeiros (2,3)

Refletir sobre as experiências vividas procurando enfatizar os aspetos positivos e encontrar novas soluções e ideias. Pode ser utilizado o autodiálogo interno;

Investir na sua formação sobre a temática;

Escrita das suas emoções e pensamentos;

Estratégias de Gestão das Emoções nos Enfermeiros (2,3)

Exercícios de respiração profunda e técnicas de relaxamento;

Partilha de experiências e estratégias em grupo, com colegas ou com pessoas específicas;

Analisar e compreender as reações das famílias de forma a minimizar os sentimentos negativos e perceber que as ações da família não são dirigidas a si;

Estratégias de Gestão das Emoções nos Enfermeiros (2,3)

Refletir e compreender que é normal errar ou não conseguir estabelecer relação terapêutica com a família. Deve acreditar nas suas competências;

Supervisão clínica que desenvolve o pensamento crítico e permite o desenvolvimento de competências emocionais;

Por vezes, se as outras estratégias durante os cuidados não obtiverem sucesso, deve-se afastar e descontrair-se do que está a desregular.

Instrumento de Trabalho - Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica e Família

Objetivo

Objetivo Geral: Sensibilizar os enfermeiros para as necessidades emocionais da criança com doença crónica e sua família

Cartões de Bolso – Gestão das Emoções em Neonatologia

Gestão de Emoções na Família - Principais Intervenções

- Estabelecer uma relação de confiança, segurança e terapêutica e manter um ambiente calmo e receptivo;
- Intervir na promoção da vinculação entre os pais e o recém-nascido e no papel parental, envolvendo nos cuidados e utilizar o método canguru, que os faz sentir com mais poder e controlo, que potencia o desenvolvimento infantil do recém-nascido;
- Comunicar de forma eficaz que se trata com uma postura serena, utilização de uma linguagem adequada e de fácil percepção; encoraja a participação no esclarecimento de dúvidas e oferecer a orelha para o que os pais precisam e solicitam;
- Utilizar educação para a saúde sobre aspetos da prematuridade e promover a troca de saberes e dúvidas que permite a partilha de experiências e mobiliza a incidência de emoções negativas como culpa, medo e isolamento;
- Promover o contacto entre pais que estejam ou já estiveram na mesma situação;
- Ensino de técnicas de relaxamento como técnicas de respiração, incentivar à distração momentânea do que está a viver e assinar na criação de um horário de atividades diárias;
- Identificar pensamentos e discursos de baixa autoestima, ativar e valorizar as competências e atribuir qual as possibilidades disponíveis ao recém-nascido, estimular o pensamento positivo e encorajar para apoio psicológico.

Gestão das Emoções nos Enfermeiros - Principais Estratégias

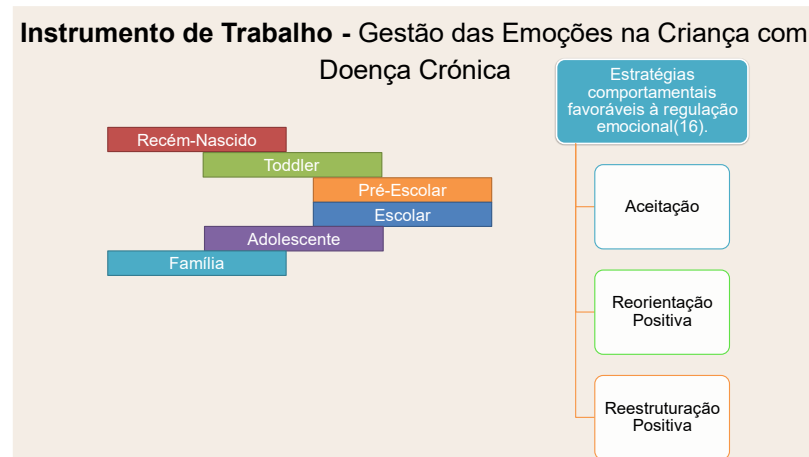
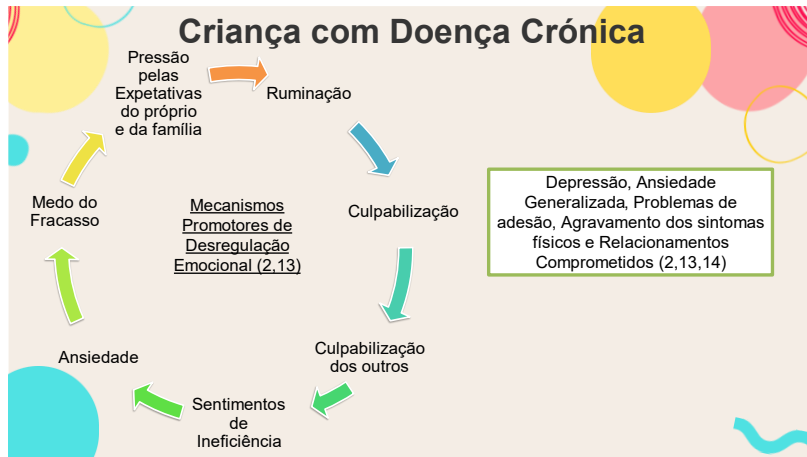
- Aprender através da observação e participação ativa das famílias nos cuidados; Analisar e compreender as reações da família, perceber que as ações da família não são dirigidas a si;
- Refletir sobre as suas próprias emoções, conhecer e reconhecer-se a forma como estas se manifestam e ser capaz de descrever o que as sobressaiça progrida o autoconhecimento e o auto domínio;
- Exercícios de respiração profunda e técnicas de relaxamento. Momento de distração com utilização da reflexão sobre uma vivência ou situação do dia de trabalho; Refletir e compreender que é normal errar ou não estabelecer uma relação terapêutica com a família. Deve encorajar como um desafio e acreditar na sua competência;
- Refletir sobre as experiências vividas procurando enfatizar os aspetos positivos e encontrar novas soluções e ideias. Pode ser utilizado o método de diário interno. Escreva das suas emoções e pensamentos. Partilha de experiências e estratégias em grupo, com colegas ou com pessoas específicas;
- Supervisão clínica desenvolve o pensamento crítico e permite o desenvolvimento de competências emocionais. Investir na sua formação sobre a temática;
- Por vezes, se as outras estratégias durante os cuidados não obtiverem sucesso, deve-se afastar e evitar prestar cuidados, de forma a descontrair-se do que o está a desregular.

Instrumento de Trabalho - Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica

A criança pode viver durante toda a sua vida com uma doença crónica e sua sintomatologia ou desenvolvê-la em qualquer fase do seu desenvolvimento(11, 12).

As necessidades de saúde especiais são condições de saúde física e mental que têm impacto na funcionalidade e na frequência escolar e que podem comprometer o processo de aprendizagem(6,7), resultante de limitações ao nível do funcionamento sensorial, motor, cognitivo, da fala, da linguagem e comunicação, emocional, personalidade e saúde física(11, 13-15).





Conclusão

As equipas de saúde têm de estar atentas, não só ao estado emocional das famílias, mas também dos seus membros. É uma necessidade dos serviços de saúde não sobrecarregar emocionalmente os seus profissionais e cuidar destes de forma a que lhes seja possível realizar um trabalho emocional eficaz.

Referências Bibliográficas

1. Fernandes A, Toledo D, Campos L, Vilelas JM da S. A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro The Emotionality to Care Premature Infants and Their Parents : A competence of nurses. *Pensar Enfermagem*. 2014;18(March 2013):45–60.
2. Diogo P. 4. Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica. 1st ed. Lisbon International Press; 2023.
3. Callado AAP. Emotional Labour in Pediatric Nurse. *Journal of Aging & Innovation* [Internet]. 2020;9(2):18–29. Available from: <http://journalofagingandinnovation.org/>
4. Souza LG de, Queiroz VC de, Andrade SS da C, César ESR, Melo VFC de, Oliveira SH dos S. Anxiety and depression in mothers of newborns in intensive care units. *Rev Gaucha Enferm*. 2021;42(e20200388):1–16.
5. Gutiérrez SSR, García PE, Premezo AS, Paulí LR, Castillo BL del, Sánchez RB. Emotional support for parents with premature children admitted to a neonatal intensive care unit: a qualitative phenomenological study. *Turk J Pediatr*. 2020;62(May-June):436–49.
6. Im M, Oh J. Nursing Support Perceived by Mothers of Preterm Infants in a Neonatal Intensive Care Unit in South Korea. *Child Health Nursing Research*. 2021;27(2):146–59.
7. Alinejad-naeini M, Peyrovi H, Shoghi M. Emotional disorganization: The prominent experience of Iranian mothers with preterm neonate: A qualitative study. *Health Care Women Int*. 2021;42(4–6):815–35.
8. Gilstrap CM. Organizational Sensegiving in Family-Centered Care: How NICU Nurses Help Families Make Sense of the NICU Experience. *Health Commun*. 2020;36(13):1–11.

Referências Bibliográficas

9. Zanon BP, Cremonese L, Ribeiro AC, Padoin SM de M, Paula CC de. Communication of bad news in pediatrics: integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(suppl 4).
10. Knihs N da S, Silva AM da, Santos J dos, Silva RM da, Paim SMS, Silva VS e, et al. BRAIN DEATH: HEALTH TEAMS EXPERIENCE WITH PARENTS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2022;31. 16. Stayer D, Lockhart JS. Living with Dying in the Pediatric Intensive Care Unit: A Nursing Perspective. *American Journal of Critical Care*. 2016 Jul 1;25(4):350–6.
11. Helena Saraiva, Andreia Sousa. 3. Cuidados Diferenciados em Enfermagem de Saúde. 1a. Lidel; 2022.
12. Ana Lúcia Ramos, Maria do Céu Barbieri-Figueiredo. 5. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Lidel; 2020.
13. Ordem dos Enfermeiros, Diário da República. 2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. 2018.
14. Presidência do Conselho de Ministros. 1. Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho. 2018.
15. Alina Cosma, Shynar Abdrakhmanova, Diana Taut, Karen Schrijvers, Carolina Catunda, Christina Schnohr. 7. A focus on adolescent mental health and wellbeing in Europe, central Asia and Canada. 2023;1.
16. Thomas S, Byrne LK, Ryan NP, Hendrieckx C, White V. 43. Unmet supportive care needs in families of children with chronic health conditions: an Australian cross-sectional study. *World J Pediatr*. Dezembro de 2023;19(12):1181–91.



Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica e Família

Elaborado por Enfermeira Catarina Sousa
Supervisora Clínica Enfermeira Rossana Santos
Supervisora Pedagógica Professora Graça Moraes Rocha

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

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALMADA - SEIXAL

Apêndice Y – Questionário de Avaliação de Sessão e Respostas

Questionário da sessão "Gestão das Emoções em Neonatologia" e Instrumento de Trabalho "Gestão das Emoções na Criança com Doença Crónica e Família"

Este questionário está incluído no projeto realizado pela Enfermeira Catarina Sousa, com o título Gestão de Emoções na Criança com Doença Crónica e Família, no âmbito da frequência do II Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, em Lisboa, orientado pela Professora Graça Moraes Rocha.


Convidamos a sua participação neste questionário com o objetivo de avaliar a qualidade da sessão "Gestão das Emoções em Neonatologia" através do preenchimento do mesmo, que levará aproximadamente 5 minutos.

Se tiver alguma dúvida ou desejar esclarecimentos sobre o questionário ou o tema em questão, por favor, entre em contato pelo e-mail catarinasousa8672@esscvp.eu.

Agradeço desde já pela sua disponibilidade e colaboração.

Atenciosamente, Catarina Sousa

catarinasousa8672@esscvp.eu [Mudar de conta](#)

 Não partilhado

Declaração de Consentimento Informado

Deve saber que:

- 1) A sua participação é totalmente voluntária.
- 2) A participação ou recusa em participar não terá para si nenhum benefício ou prejuízo.
- 3) Todos os dados obtidos neste questionário serão confidenciais e serão tratados de acordo com o Regulamento Geral da Proteção de Dados (Regulamento(UE) n.º 679/2016, de 27 de Abril).
- 4) A informação obtida só se utilizará para fins específicos da formação.

Declara que aceita participar neste questionário:

- Sim
 Não

1. Avaliação Global da Formação

Assinale com um círculo um número, de 1 a 5, (em que 1 significa discordo totalmente, 2 é discordo parcialmente, 3 é não concordo nem discordo, 4 é concordo parcialmente e 5 é concordo totalmente) em cada uma das afirmações que se segue:

1.1. Os objetivos da apresentação foram claros.

- 1 - Discordo Totalmente
 2 - Discordo Parcialmente
 3 - Não Concordo nem Discordo
 4 - Concordo Parcialmente
 5 - Concordo Totalmente

1.2. As temáticas apresentadas foram adequadas à prática.

- 1 - Discordo Totalmente
 2 - Discordo Parcialmente
 3 - Não Concordo nem Discordo
 4 - Concordo Parcialmente
 5 - Concordo Totalmente

1.3. A exposição dos assuntos foi clara.

- 1 - Discordo Totalmente
 2 - Discordo Parcialmente
 3 - Não Concordo nem Discordo
 4 - Concordo Parcialmente
 5 - Concordo Totalmente

1.4. A metodologia utilizada foi adequada.

- 1 - Discordo Totalmente
 2 - Discordo Parcialmente
 3 - Não Concordo nem Discordo
 4 - Concordo Parcialmente
 5 - Concordo Totalmente

1.5. Os meios audiovisuais foram adequados.

- 1 - Discordo Totalmente
 2 - Discordo Parcialmente
 3 - Não Concordo nem Discordo
 4 - Concordo Parcialmente
 5 - Concordo Totalmente

1.6. A relação com os participantes foi positiva.

- 1 - Discordo Totalmente
 2 - Discordo Parcialmente
 3 - Não Concordo nem Discordo
 4 - Concordo Parcialmente
 5 - Concordo Totalmente

1.7. A duração da ação/formação foi adequada.

- 1 - Discordo Totalmente
 2 - Discordo Parcialmente
 3 - Não Concordo nem Discordo
 4 - Concordo Parcialmente
 5 - Concordo Totalmente

1.8. As instalações foram adequadas.

- 1 - Discordo Totalmente
 2 - Discordo Parcialmente
 3 - Não Concordo nem Discordo
 4 - Concordo Parcialmente
 5 - Concordo Totalmente

1.9. A documentação fornecida foi suficiente.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

2. Avaliação do Impacto da Formação

Assinale com um círculo um número, de 1 a 5, (em que 1 significa discordo totalmente, 2 é discordo parcialmente, 3 é não concordo nem discordo, 4 é concordo parcialmente e 5 é concordo totalmente) em cada uma das afirmações que se segue:

2.1. Esta sessão de formação permitiu adquirir novos conhecimentos.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

2.2. Os conteúdos abordados serão facilitadores para o exercício das minhas funções.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

2.3. Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

2.4. Os conhecimentos adquiridos contribuirão para o meu desenvolvimento profissional.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

3. Como é de extrema importância continuar este projeto, solicitava o preenchimento das seguintes questões:

3.1. Na sua opinião, que outros aspetos podem ser desenvolvidos sobre a gestão de emoções no contexto de neonatologia para a prática de enfermagem?

A sua resposta _____

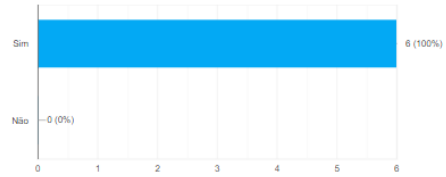
3.2. Na sua opinião, que outros assuntos considera importantes e facilitadores para a sua gestão de emoções nos cuidados de enfermagem com famílias de criança com doença crónica?

A sua resposta _____

Declara que aceita participar neste questionário:

Copiar

6 respostas

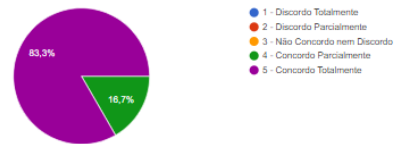


1. Avaliação Global da Formação

1.1. Os objetivos da apresentação foram claros.

Copiar

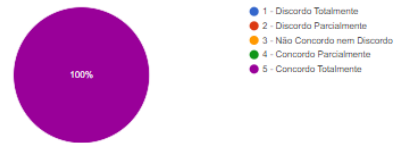
6 respostas



1.2. As temáticas apresentadas foram adequadas à prática.

Copiar

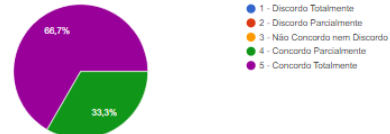
6 respostas



1.3. A exposição dos assuntos foi clara.

Copiar

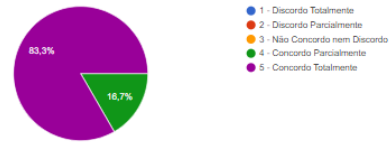
6 respostas



1.4. A metodologia utilizada foi adequada.

Copiar

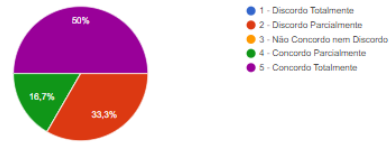
6 respostas



1.5. Os meios audiovisuais foram adequados.

Copiar

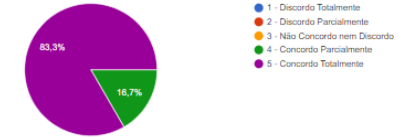
6 respostas



1.6. A relação com os participantes foi positiva.

Copiar

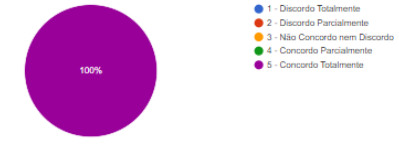
6 respostas



1.7. A duração da ação/formação foi adequada.

Copiar

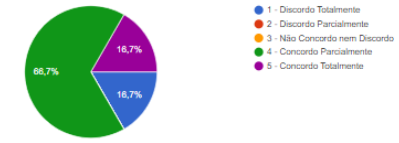
6 respostas



1.8. As instalações foram adequadas.

Copiar

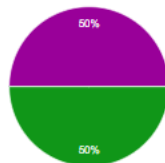
6 respostas



1.9. A documentação fornecida foi suficiente.

 Copiar

6 respostas



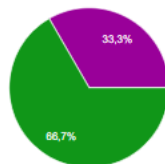
- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

2. Avaliação do Impacto da Formação

2.1. Esta sessão de formação permitiu adquirir novos conhecimentos.

 Copiar

6 respostas

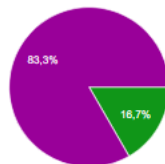


- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

2.2. Os conteúdos abordados serão facilitadores para o exercício das minhas funções.

 Copiar

6 respostas

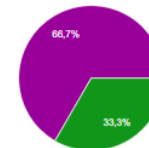


- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

2.3. Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho.

 Copiar

6 respostas

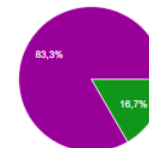


- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

2.4. Os conhecimentos adquiridos contribuirão para o meu desenvolvimento profissional.

 Copiar

6 respostas



- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Não Concordo nem Discordo
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo Totalmente

3. Como é de extrema importância continuar este projeto, solicitava o preenchimento das seguintes questões:

3.1. Na sua opinião, que outros aspetos podem ser desenvolvidos sobre a gestão de emoções no contexto de neonatologia para a prática de enfermagem?

0 respostas

Ainda não existem respostas a esta pergunta.

3.2. Na sua opinião, que outros assuntos considera importantes e facilitadores para a sua gestão de emoções nos cuidados de enfermagem com famílias de criança com doença crónica?

0 respostas

Ainda não existem respostas a esta pergunta.

Anexos

Anexo A – Certificado de Participação “Colóquios do CDC: Perturbações do Espectro do Autismo”





CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

Certifica-se que Catarina de Jesus Sousa participou no 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, realizado online nos dias 3, 4 e 5 de junho na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa.

Tevo Silveira

P'la Comissão Organizadora do 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

Lisboa, 7 de junho de 2024



Anexo C – Certificado de Participação “III Encontro de Saúde Escolar Loures-Odivelas”



Certificado

Para os devidos efeitos certifico que a/o Exmo(a) Sr(a) Enfermeiro(a) Catarina de Jesus Sousa, participou no III Encontro de Saúde Escolar Loures- Odivelas, promovido pela Saúde Escolar da ULS Loures-Odivelas, que decorreu no dia 6 de junho de 2024, das 9 às 17 horas, no Pavilhão Multiusos de Odivelas.

6 de junho de 2024

O Presidente do Conselho de Administração da ULS Loures-Odivelas

Miguel
Lemos

Assinado de forma digital por Miguel Lemos
DN: cn=PT, ou=Presidência, ou=Unidade Local de
Saúde Loures/Odivelas ULS, ou=Unidade Local de
Saúde de Loures/Odivelas ULS, ou=Força de
Especialidade, ou=Enfermeiros Miguel Lemos,
ou=Miguel Lemos
Serial: 2024060611101846-v0120

Dr. Miguel Lemos