



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

## **A Doença na Criança/Jovem e a Família: Parceria de Cuidados**

**Ana Rita Pereira dos Santos Maximiano**

Orientação: Professora Margarida Malcata

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

*Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri*



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

## **A Doença na Criança/Jovem e a Família: Parceria de Cuidados**

**Ana Rita Pereira dos Santos Maximiano**

Orientação: Professora Margarida Malcata

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

**Júri das Provas Públicas:**

Presidente de Júri: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

Arguente: Professora Doutora Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora

Orientador: Professora Maria Margarida Lourenço Boavida Malcata

Setúbal, 2023

## **DEDICATÓRIA**

*Ao meu filho, minha maior inspiração, a ele que mudou a minha vida e crê que de tudo sou capaz.*

## AGRADECIMENTOS

A realização do presente relatório de estágio profissional representa o término de uma etapa que nem sempre foi fácil, mas que me trouxe a certeza de que a nossa história só nós a escrevemos e que apesar de todas as dificuldades, se estou neste ponto, foi porque as superei. Nunca sozinha, porque acompanharam-me neste percurso pessoas que acreditaram e em mim e depositaram esperança e confiança, a elas quero dirigir o meu agradecimento:

- À Professora Margarida Malcata pela disponibilidade, preocupação e orientação;
- A todo o corpo docente deste mestrado pela partilha de conhecimentos e compreensão;
- Aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica que me orientaram, pela disponibilidade, entendimento, momentos de reflexão e conselhos, partilhas e aprendizagens;
- Aos restantes Enfermeiros das equipas dos vários contextos de estágio, pelo acolhimento, disponibilidade e partilhas;
- Às minhas colegas que partilharam comigo este percurso e em quem tantas vezes me apoiei;
- Aos meus colegas por todas as facilidades;
- À minha querida “patroa” por todo o tempo que me disponibilizou para que me fosse possível escrever estas frases;
- Aos meus pais que nunca me deixaram desistir;
- À única pessoa que nunca me pode ver baixar os braços, o meu querido filho Miguel.

A todos, o meu sincero e profundo agradecimento!

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.” (Antoine de Saint-Exupéry).

## RESUMO

A doença da criança/jovem representa uma situação de crise com necessidade de mudanças comportamentais repentinas e reestruturação da unidade familiar, exigindo a assistência por enfermagem especializada que envolva a criança/jovem e a sua família na prestação de cuidados.

O presente relatório, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de Saúde Infantil e Pediatria, pretende apresentar a implementação de um projeto de intervenção, a parceria de cuidados perante um processo de doença na criança/jovem e a família, onde são descritas as várias etapas, segundo a metodologia de trabalho de projeto e demonstramos o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, e de mestre em enfermagem, alicerçados nos modelos de Parceria de Cuidados de Anne Casey e nos Cuidados Centrados na Família.

**Palavras-Chaves:** Parceria de cuidados; Pediatria; Família; Enfermagem.

## **ABSTRACT**

The child/young person's illness represents a crisis situation requiring sudden behavioral changes and restructuring of the family unit, requiring specialized nursing assistance that involves the child/young person and their family in the provision of care.

This report, developed within the scope of the Master's Degree in Nursing, in the area of Child Health and Pediatrics, intends to present the implementation of an intervention project, the care partnership in the face of a disease process in the child/young person and the family, where there are described the various stages, according to the project work methodology and it is demonstrated the development of common and specific competencies of a nurse specialist in child and pediatric health and also of a master's degree in nursing, based on Anne Casey's Care Partnership models and Centered Care Family.

**Keywords:** Care partnership; Pediatrics; Family; Nursing.

## **ABREVIATURAS**

APA	American Psychological Association
ECTS	European Credit Transfer System
EEESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
MDAIF	Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
NACJR	Núcleo de Apoio à Criança Jovem em Risco
PNSIJ	Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV	Plano Nacional de Vacinação
RN	Recém-nascido
SIP	Serviço de Internamento de Pediatria
SO	Serviço de Observação
UCEN	Unidade de Cuidados Especias Neonatais
USF	Unidade de Saúde Familiar
UUP	Unidade de Urgência Pediátrica

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	13
1.1. MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS DE ANNE CASEY .....	13
1.1.1. O Enfermeiro e a Parceria de Cuidados .....	16
1.1.2. Os Pais/Cuidadores e a Parceria de Cuidados .....	20
1.1.3. A Criança/Jovem e a Parceria de Cuidados.....	23
1.2. CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA .....	26
2. O PERCURSO FORMATIVO.....	27
2.1. METODOLOGIA DO TRABALHO DE PROJETO .....	28
2.2. ESTÁGIO I - UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR .....	30
2.2.1. Unidade de Urgência Pediátrica .....	37
2.2.2. Serviço de Internamento de Pediatria.....	43
2.2.3. Unidade de Cuidados Especiais Neonatais .....	47
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE dAS COMPETÊNCIAS desenvolvidas .....	54
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	54
3.1.1 - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal .....	54
3.1.2 - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade .....	57
3.1.3 - Domínio da gestão dos cuidados.....	60
3.1.4 - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	61
3.2 - COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.....	62
3.3.1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.....	62
3.3.2 - Cuida da criança/jovem em situações de elevada complexidade.....	64

3.3.3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.....	65
3.3 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	67
CONCLUSÃO .....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	71
APÊNDICES.....	78
Apêndice I – Scoping Review – A Importância da Presença dos Pais na Realização de Procedimentos Invasivos à Criança.....	79
Apêndice II – Pedido de autorização para aplicação de Questionário aos Profissionais .....	82
Apêndice III – Questionário acerca da importância da Parceria de Cuidados no Desenvolvimento Infantil.....	84
Apêndice IV – Formação aos profissionais – Parceria de Cuidados Anne Casey .....	88
Apêndice V – Folheto Cuidados ao Recém-Nascido no 1º mês.....	101
Apêndice VI – Formação à equipa de Enfermagem acerca da presença dos pais/cuidadores na realização de procedimentos invasivos – Parceria de Cuidados.....	103
Apêndice VII – Questionário de Satisfação no Serviço de Internamento de Pediatria .....	116
Apêndice VIII – Folheto – Controlo da Dor e Desconforto no Recém-nascido .....	123
Apêndice IX – Artigo Científico.....	125
Anexos.....	127
Anexo I – Autorização para aplicação do questionário aos profissionais .....	128
Anexo II – Certificado de formação Profissional – Modelo de Parceria de Cuidados – Anne Casey .....	130
Anexo III – Aprovação do Folheto – Cuidados ao Recém-nascido .....	132
Anexo IV – Certificado de Formação Profissional – Sessão A presença dos pais e Cuidadores na Realização de Procedimentos Invasivos – Parceria de Cuidados .....	134

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se na Unidade Curricular Relatório do 3º semestre do 6º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem, com área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e tem como objetivo descrever as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica [EEESIP] e de mestre em enfermagem desenvolvidas ao longo dos estágios, assim como descrever e avaliar um projeto de intervenção profissional no âmbito da enfermagem de saúde infantil e pediátrica. O relatório de estágio, de natureza profissional, será objeto de defesa pública com vista à concessão do grau de mestre (Decreto-Lei n.º 63).

O projeto de intervenção profissional assenta na metodologia de trabalho de projeto, centrada na resolução de problemas. É constituída por 5 etapas específicas sendo elas o diagnóstico de situação, a definição de objetivos, o planeamento, a execução e a avaliação, assim como a divulgação de resultados (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

O conceito da presença da família durante a realização de procedimentos invasivos traduz-se na permanência de um ou mais membros da família ou cuidadores de referência para a criança/jovem, num local que permita o contato visual e/ou físico com a mesma. No entanto, a decisão de viabilizar a permanência da família nessas situações, está dependente dos valores, conhecimentos e crenças dos profissionais de saúde (Ferreira et al, 2014).

É importante que, durante o exercício profissional de enfermagem centrado na relação interpessoal de um enfermeiro e um cliente ou de um enfermeiro e um grupo de clientes, tenha em atenção as principais necessidades quer da criança quer dos seus familiares ou cuidadores. Os cuidados de enfermagem prestados por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, são centrados na família e fomentam a parceria nos cuidados, ou seja, um modelo de cuidados de enfermagem pediátrico que reconhece os pais como parceiros ativos e valoriza as suas capacidades como prestadores de cuidados à criança (OE, 2011).

No modelo Parceria de Cuidados de Anne Casey, os enfermeiros cuidam em parceria com a família ou cuidadores, sendo estes os agentes privilegiados para ajudar a criança a satisfazer as

suas necessidades, pois são quem melhor conhece a criança, são a sua principal fonte de conforto e os seus intervenientes para o mundo externo (Moita, 2015).

Também a conceção do Cuidados Centrados na Família, têm como objetivo a promoção da saúde e o bem-estar das crianças/jovens e dos pais/cuidadores, tal como restaurar o seu controlo e dignidade. As intervenções de enfermagem baseadas neste modelo, compreendem o corpo biológico, considerando que o apoio emocional, social e de desenvolvimento são componentes também relevantes no cuidado à saúde (Batista, et al, 2017).

Autores sobre a temática enfatizaram que a família tem-se tornado o foco do cuidado durante a hospitalização infantil, sendo que a sua participação gera confiança, segurança e tranquilidade, tanto para a criança, como para a família ou cuidadores (Sampaio & Ângelo, 2015).

As estratégias de humanização em pediatria devem considerar os pais/cuidadores como sujeitos ativos na assistência aos membros da família. Desse modo, deve ser incluído pelos profissionais de saúde como integrante do processo de cuidado. Ao visualizar a família como uma unidade de cuidado, torna-se possível detetar as interações entre os seus membros e as suas implicações no cuidar a criança (Buboltz, et al, 2016).

Como tal, a prestação de cuidados com vista à maximização do seu potencial de saúde, atendendo aos recursos da família ou cuidadores, deverá ter início desde o nascimento da criança, pois, é na família que as interações são estabelecidas e as relações são um elemento essencial no ambiente de crescimento e desenvolvimento da criança (Gonçalves, & Simões, 2009).

Para poder cuidar de uma forma integral é necessário antes demais conhecer a importância da presença dos pais/cuidadores e da sua participação ativa nos cuidados, tendo em consideração a visão da triade enfermeiro/pais/criança.

Face ao exposto, tendo como linha de investigação a parceria de cuidados em enfermagem, tornou-se primordial a realização deste projeto: “A Doença na Criança/Jovem e a Família: Parceria de Cuidados”, suportado pelo modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, que

sustenta que os enfermeiros cuidam em parceria com os pais/cuidadores, sendo estes os agentes privilegiados para ajudar a criança/jovem a satisfazer as suas necessidades, pois são quem melhor o conhece, são a sua principal fonte de conforto e os seus intervenientes para o mundo externo (Moita, 2015).

Posto isto, o projeto tem como objetivos gerais:

- Adquirir competências comuns e específicas do EEESIP e de mestre em enfermagem nos diferentes locais de estágio;
- Otimizar estratégias para a promoção da parceria de cuidados nos diferentes locais de estágio.

Os cuidados de enfermagem prestados por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, são centrados na família e fomentam a parceria nos cuidados, ou seja, um modelo de cuidados de enfermagem pediátrico que reconhece os pais como parceiros ativos e valoriza as suas capacidades como prestadores de cuidados à criança (OE, 2011).

O trabalho inicia-se com as presentes considerações iniciais, onde o mesmo é contextualizado e apresentando os objetivos do trabalho. Em seguida, é desenvolvido o enquadramento teórico sobre a parceria de cuidados e sobre os modelos teóricos que sustentaram o projeto. No capítulo seguinte, relata-se o percurso formativo efetuado, descrevem-se os locais de estágio, os objetivos específicos do projeto, as atividades desenvolvidas em cada local de estágio e reflete-se sobre as competências comuns, específicas do EEESIP e de mestre em enfermagem desenvolvidas. O trabalho termina com a conclusão, onde é evidenciado o cumprimento dos objetivos propostos e descritas as perspetivas futuras. Por fim, são apresentadas as referências bibliográficas e os apêndices. O presente trabalho académico cumpre as normas de citação e referenciação da *American Psychological Association* [APA] e foi redigido segundo o novo acordo ortográfico.

## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Neste capítulo é desenvolvida a fundamentação teórica acerca do tema em estudo, a parceria de cuidados, tendo em conta a perspetiva para os três intervenientes, com base no modelo teórico que norteia o cuidar em enfermagem pediátrica que deu sustento ao projeto.

### **1.1. MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS DE ANNE CASEY**

Casey criou o modelo de parceria nos cuidados, para aplicação no âmbito da prestação de cuidados pediátricos. Defende que os cuidados devem ser prestados na base da proteção, estímulo e amor para preservar e contribuir para o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e ainda desenvolver a força dos papéis e laços familiares, promovendo a normalidade da sua unidade. Este modelo permite um crescimento físico, emocional e social da família, onde os pais/cuidadores são parceiros no cuidar (Casey,1995).

O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey (1993), reconhece os pais como os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos, na medida em que conhecem as suas singularidades e necessidades e ocupam um lugar privilegiado para potenciar o seu crescimento e desenvolvimento, prestando cuidados sob forma de proteção e afeto (Casey, 1993). Assim, preconiza-se uma parceria de cuidados entre o enfermeiro e a família com o intuito de integrar a família nos cuidados de saúde prestados à criança/jovem (G. S. C. Silva, 2019), visando a diminuição de sentimentos negativos e maximização dos benefícios associados à hospitalização, bem como a promoção do conforto e apoio total da criança/jovem e família (Hockenberry & Wilson, 2014).

O presente modelo apresenta cinco conceitos fundamentais: a criança, a família, o enfermeiro, a saúde e o ambiente (Casey, 1993).

A criança é o centro dos cuidados, cujas necessidades devem ser satisfeitas, sendo os cuidados prestados adequados ao seu estadio de desenvolvimento e capacidade de se autocuidar, tendo em vista a sua independência. A saúde, definida como o estado ideal de bem-estar físico e mental, que deve estar sempre presente, permitindo um desenvolvimento efetivo e adequado da criança. O ambiente, fator que influencia o desenvolvimento da criança, pelo que deve ser constituído de amor. A família, unidade de indivíduos que assume maior

responsabilidade pela prestação de cuidados à criança, com forte influência no seu crescimento e desenvolvimento. Por fim, o enfermeiro, responsável pela prestação de cuidados de enfermagem e por educar, capacitar, orientar e apoiar a criança/jovem e os seus pais/cuidadores na prestação de cuidados (Casey, 1993).

Neste sentido, deve existir uma partilha de informação e poder entre os pais/cuidadores e o enfermeiro, agindo em parceria no planeamento das intervenções adequadas às necessidades específicas de cada criança/jovem, que tem como principal objetivo suprir o superior interesse da criança/jovem, apresentando benefícios para todos os envolvidos (Conceição Ferreira, 2016).

Anne Casey distingue ainda os cuidados de saúde entre os que são da responsabilidade dos enfermeiros (procedimentos técnicos, como por exemplo, a punção venosa) e os que são da responsabilidade dos pais (como por exemplo, a higiene), sendo privilegiada a sua participação nestes cuidados mais próximos e íntimos à criança. Contudo, existe flexibilidade e ponderação destes papéis, de acordo com as circunstâncias familiares e de saúde da criança/jovem (Farrel, 1992). Um exemplo, é administração de insulina por via subcutânea, pelos pais/cuidadores, após capacitação pela equipa de enfermagem.

O modelo de parceria de cuidados de Anne Casey implica a existência de uma profunda relação com os profissionais de enfermagem e os pais/cuidadores, com partilha de competências entre ambos em função das circunstâncias e haverá ocasiões em que o enfermeiro desempenha atividades de cuidados familiares e outras em que os pais tomam a seu cargo algumas atividades de cuidados de enfermagem (Conceição Ferreira, 2016).

Casey (1995) refere dois elementos principais que facilitam uma abordagem de parceria, sendo eles os cuidados centrados na criança e na família e cuidados negociados. Os cuidados centrados na família referem-se a empoderar as crianças/jovens e os pais/cuidadores através da partilha de informações e conhecimentos, capacitando-os para a tomada de decisão e prestação de cuidados; e os cuidados negociados que dizem respeito à relação terapêutica construída entre o enfermeiro e os pais/cuidadores, com base na confiança e respeito mútuos, que levam à elaboração de um plano de cuidados com acordo e à participação na prestação de cuidados, consoante a habilitação e desejo de cada um (Casey, 1995).

O modelo de parceria de cuidados em enfermagem tem como foco a criança e a família no processo de cuidados, pela sua integração plena na tomada de decisão. Esta significa mudança, num contexto de partilha com a família, assente no apoio, ensino e envolvimento como o resultado de uma negociação previamente estabelecida (Alves, Amendoeira & Charepe, 2018).

A negociação quando implementada respeita a questão da igualdade entre os pais/cuidadores e os enfermeiros, valoriza uma dinâmica colaborativa no planeamento dos cuidados, tendo por base o respeito pela família, suas necessidades, crenças e desejos. Este envolvimento nos cuidados permite facilitar o desempenho do papel parental (Alves, Amendoeira & Charepe, 2018).

Este modelo identifica fatores que influenciam a parceria de cuidados, sendo eles a relação de parceria entre o enfermeiro e os pais/cuidadores, a cultura organizacional e o método de organização de trabalho de enfermagem (Silva, 2015).

A relação de parceria entre o enfermeiro e os pais/cuidadores é considerada como fundamental para o estabelecimento da relação, esta ocorre através da partilha de conhecimentos e informações. Permite aos pais/cuidadores o poder de decisão, sendo o momento da admissão determinante para o sucesso desta relação de parceria (Silva, 2015).

A cultura organizacional que diz respeito à reflexão e exemplificação do enfermeiro acerca dos atributos e as qualidades consideradas importantes para o desenvolvimento de uma relação de parceria (Silva, 2015).

Por último, o método de organização de trabalho de enfermagem, sendo identificado como o método por enfermeiro de referência, como fundamental para o estabelecimento de uma relação de confiança e a que mais influencia a parceria de cuidados (Silva, 2015).

Os cuidados respeitando a filosofia deste método, têm como objetivo manter a força dos papéis e laços familiares com a criança/jovem, de forma a promover o bem-estar da unidade familiar. Estes visam fornecer apoio profissional à criança e família através de um processo de envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacitação das famílias e pela negociação dos cuidados (Smith, Coleman & Bradshaw, 2006).

O período de hospitalização representa na grande maioria dos casos o afastamento da criança/jovem, do seu ambiente familiar, das suas atividades de vida diárias e dos seus amigos, pelo que a parceria de cuidados é reconhecida como essencial durante este processo, trazendo benefícios não só para a criança, como também para os seus pais/cuidadores e para a equipa dos profissionais de saúde (Pedroso, 2017).

No que concerne aos pais/cuidadores, a parceria de cuidados é benéfica na medida em que a oportunidade de participação nos cuidados à criança/jovem, diminui os níveis de ansiedade, aumenta o sentimento de independência, promove uma comunicação adequada com a equipa de enfermagem, promovendo os sentimentos de paz e encorajamento e facilitando a adaptação à nova condição de saúde da criança (Pedroso, 2017).

### **1.1.1. O Enfermeiro e a Parceria de Cuidados**

O cuidado é um tema predominante nas pesquisas desenvolvidas nesta área onde os pais/cuidadores reivindicam dos profissionais de saúde uma atenção ampliada às necessidades da criança/jovem através do maior envolvimento de todos no processo de cuidado. Os resultados apresentados nas diversas pesquisas sugerem a necessidade de que a equipa de saúde reconheça a dinâmica vivenciada pela díade (criança/cuidadores), para que possibilite desenvolver a atenção integral que favoreça a inclusão dos pais/cuidadores e da criança/jovem por meio de estratégias de humanização (Azevêdo, Lançoni, & Crepaldi, 2017).

Assim, o enfermeiro assume um papel preponderante no processo de cuidar, garantindo a sua continuidade, através da elaboração de planos de cuidados individualizados que respeitem as especificidades e necessidades de cada criança/jovem e dos seus pais/cuidadores (Azevêdo et al., 2018). Para a elaboração de um plano de cuidados individualizado, devem ter em conta a vontade e necessidades da criança/jovem, a perspetiva dos pais/cuidadores e a visão dos enfermeiros, sendo através da negociação contínua entre estes três elementos e do esclarecimento da ação de cada interveniente no processo, a forma ideal para serem prestados os melhores cuidados possíveis a cada criança/jovem (Jesus, 2019).

Os cuidadores devem ser acolhidos com uma abordagem personalizada, por meio da escuta que possibilite identificar as principais queixas visando humanizar o cuidado, ou seja, valorizar os sujeitos envolvidos (criança, cuidadores, profissionais), e por meio do acolhimento enfatizar a escuta atenta, desenvolver a capacidade de empatia, oferecer apoio, identificar as queixas, e estabelecer vínculos (Azevêdo, Lançoni, & Crepaldi, 2017).

O acolhimento é entendido como o principal recurso para o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, importante também para minimizar a ansiedade dos pais (Azevêdo, Lançoni, & Crepaldi, 2017).

É valorizada a presença dos pais/cuidadores no momento da admissão da criança/jovem no hospital, por se considerar que os cuidadores oferecem suporte a esta, o que contribui para as

ações realizadas pelos profissionais de saúde, por exemplo, identificação das necessidades da criança e dos pais (Azevêdo, Lançoni, & Crepaldi, 2017).

Cabe ao enfermeiro, apoiar e educar os pais/cuidadores, capacitando-os e empoderando-os para a prestação dos cuidados de forma adequada. No entanto, na sua ausência ou quando a especificidade e tecnicidade dos cuidados a prestar não o permitir, é o enfermeiro que é responsável por prestar esses cuidados. Verificam-se como competências do enfermeiro fulcrais ao desenvolvimento de uma parceria de cuidados efetiva, a comunicação, a informação e a negociação (Guerra, 2021), devendo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assumir uma postura de respeito pela dignidade, integridade e especificidades de cada criança/jovem e respetiva família (G. S. C. Silva, 2019).

Este modelo prevê ainda a mobilização de recursos, a adaptação dos cuidados de saúde e o encaminhamento para outros profissionais, com vista à promoção da continuidade do processo de prestação de cuidados e à promoção da saúde (Costa, 2019).

Regra geral, os enfermeiros são favoráveis à permanência dos pais/cuidadores na prestação de cuidados como contributo para a recuperação da criança/jovem, proporcionando segurança e tranquilidade, embora em alguns casos a instabilidade emocional dos pais/cuidadores perante a situação que estão a vivenciar esteja muitas vezes relacionada com eventos anteriores, sendo eles recordações menos positivas em atendimentos anteriores, principalmente em desfechos desfavoráveis, o que pode influenciar o desempenho dos profissionais relativamente ao manejo clínico em procedimentos, resposta terapêutica da criança/jovem e o risco de transferência da ansiedade dos cuidadores para a criança/jovem (Santos & Príncipe, 2020).

Nos estudos abordados, apresenta-se como recomendação que as instituições hospitalares proporcionem a educação permanente em saúde como forma de capacitação dos profissionais de saúde, além de realização de reflexões sobre o processo de trabalho envolvido no acolhimento dos pais/cuidadores, com a estruturação de um protocolo interno que padronize as ações (Santos & Príncipe, 2020).

Nas situações em que a criança/jovem necessita de cuidados emergentes, os estudos apontam como principais vantagens na presença dos pais/cuidadores, o fortalecimento do vínculo com os profissionais de saúde, a tranquilização da criança/jovem durante os procedimentos, bem como a manutenção da informação atualizada sobre a condição clínica da criança/jovem,

colaborando com a contínua assistência holística. Desta forma, tornou-se indispensável uma mudança do paradigma destinado ao atendimento e atenção, que antes eram dados exclusivamente à criança/jovem, sendo impreterível que o cuidado deva ser direcionado ao binómio criança-cuidador, atendendo a todas as suas necessidades e fragilidades (Santos & Príncipe, 2020).

Apesar das vantagens da presença dos pais/cuidadores em situação de cuidados emergentes, é motivo de preocupação dos profissionais de saúde o reduzido espaço físico para comportar os profissionais das diferentes áreas necessárias à prestação de cuidados, o material clínico e os cuidadores, tal como também é motivo de preocupação, o reduzido número de profissionais em muitas situações para atendimento de emergência, podendo também influenciar o desempenho da equipa (Santos & Príncipe, 2020).

Outros aspetos positivos para a equipa de saúde na permanência dos pais/cuidadores são o aumento o vínculo e a colaboração com a própria equipa, a disponibilização de informações acerca dos tratamentos a serem realizados e a partilha de dados acerca do evento que o levou à emergência, bem como a história médica pregressa da criança, o que facilita o exame físico e as medidas a adotar, contribuindo para um cuidado de maior qualidade, tal como proporcionar o cuidado centrado na família, tendo em conta que os pais/cuidadores são uma constante na vida da criança/jovem (Santos & Príncipe, 2020).

A atenção dos profissionais em relação às informações fornecidas pelos pais/cuidadores acerca da criança/jovem conduz a maiores hipóteses de desenvolver e implementar intervenções que a auxiliem na sua recuperação, tal como a adaptação dos pais/cuidadores ao evento crítico que enfrentam, podendo assim, participar de forma passiva como tranquilizadores de suas crianças/jovens (Santos & Príncipe, 2020).

A parceria com os pais/cuidadores leva também a que os enfermeiros desenvolvam competências de comunicação, de ensino e de trabalho de grupo (Casey,1995).

Um dos aspetos ressaltados em diversos estudos, em que a presença dos pais/cuidadores é vista como desvantajosa pelos profissionais, é o facto de estes estarem expostos no seu desempenho profissional e o próprio ambiente de trabalho, podendo surgir uma certa inquietude, principalmente numa fase inicial da sua carreira profissional, o que pode influenciar

o cuidado, mais ainda quando associado à instabilidade emocional dos pais/cuidadores (Santos, & Príncipe, 2020).

Nessa continuidade, a presença dos pais/cuidadores torna-se um fator negativo na perspectiva dos enfermeiros, pois as equipas muitas vezes necessitam priorizar o atendimento e não conseguem, ao mesmo tempo, oferecer o suporte necessário que necessitam naquele momento. A situação de doença na criança/jovem ocasiona repercussões emocionais em todos que estão envolvidos, assim, verifica-se a necessidade de que a tríade (criança, cuidadores e profissionais) desenvolva ações integradas (Santos & Príncipe, 2020).

As atitudes desfavoráveis de profissionais de saúde ao receberem os cuidadores em situações de emergência refere-se em muitos casos às condições stressantes de trabalho com longas jornadas, a diversidade de funções, o ritmo excessivo de esforço físico, além da falta de formação qualificada para lidar com a comunicação das informações de forma atualizada, imediata e com termos compreensíveis pelos cuidadores, transmitindo notícias com termos complexos e difíceis de entender (Santos & Príncipe, 2020).

O ambiente hospitalar é percebido de maneira hostil pela díade (criança-cuidadores), representando períodos de insegurança em relação ao quadro clínico da criança, devido à possibilidade de agravamentos da condição clínica com risco de morte. A equipa deve promover a proteção das condições saudáveis do desenvolvimento e ter em conta que a família representa o agente facilitador de cuidados na relação com a criança (Azevêdo, Lançoni, & Crepaldi, 2017).

Para a criança, os seus medos mais acentuados em situação de necessidade de cuidados de saúde estão relacionados com a dor, as injeções e as análises clínicas. Os enfermeiros ajudam a gerir os medos não só através da aplicação de estratégias confortantes, calmas e de lazer, tais como a distração, o jogo e a música, mas também através do afeto, carinho, simpatia, sorriso, confiança, positividade, compreensão empática e humor, transmitindo calma e tranquilidade, e mantem-se atento e focado na gestão da doença e na recuperação do bem-estar da criança, valorizando-a e contribuindo para que se sinta segura e especial (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2016).

Os enfermeiros privilegiam ainda o envolvimento e a presença dos pais num processo de cuidados humanizados e afetivos, com intervenções que minimizam o desconforto e o

sofrimento físico e emocional resultante dos procedimentos clínicos e valorizam ainda as competências dos pais no cuidado à criança, considerando-os como peritos e parceiros na tomada de decisões relativamente ao processo de cuidados (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2016).

A permanência dos pais/cuidadores na emergência torna-se um facilitador para a condução do cuidado à criança, com aceitação aos poucos por parte dos profissionais, superação de obstáculos, os quais são relatados como auxílio da família, pois esta se torna parte da equipa. Há referência para a confrontação dos casos mais graves que podem evoluir ao óbito, em que a presença da família oportuniza a escolha de permanecer, ou não, no acompanhamento da criança nesse momento mais crítico (Santos & Príncipe, 2020).

### **1.1.2. Os Pais/Cuidadores e a Parceria de Cuidados**

O reconhecimento dos pais/cuidadores como os melhores prestadores de cuidados à criança/jovem obriga a algumas mudanças de atitude por parte dos profissionais de enfermagem, das políticas da instituição e das próprias unidades de saúde (Conceição Ferreira, 2016).

A participação dos pais/cuidadores nos cuidados à criança/jovem implica uma relação de parceria entre estes e a equipa de profissionais. Com base no Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, não devem existir fronteiras bem definidas de funções, mas sim ações complementares que têm como objetivo o máximo bem-estar da criança/jovem (Conceição Ferreira, 2016).

Segundo os artigos em análise, os pais/cuidadores referem a sensação de acolhimento e possibilidade de acompanhar o quadro clínico em tempo real. Cabe ao profissional ouvir e honrar as perspetivas e escolhas da díade (criança-cuidadores), incorporando-os ao planeamento dos cuidados e traduzi-las na prestação de cuidados (Santos & Príncipe, 2020).

A doença na criança vem acompanhada do medo da morte e do desconhecido, o que torna uma experiência marcante para a díade criança-cuidadores, resultando algumas vezes em relações assimétricas onde o profissional de saúde é o possuidor do saber técnico. O acompanhamento do quadro clínico da criança em tempo real permite a possibilidade do cuidador observar os procedimentos que são necessários para a criança, evitando a imaginação

do que pode estar a acontecer, tal como ter a perceção dos esforços realizados pela equipa para o restabelecimento da criança (Santos & Príncipe, 2020).

Posto isso, ressalta-se a necessidade de os cuidadores receberem a opção de estar presente, ou não, em situações de emergência. O facto de os pais/cuidadores poderem participar nos cuidados de saúde das crianças/jovens permite que estes assumam uma postura mais proactiva no papel dos cuidados de saúde (Santos & Príncipe, 2020).

A hospitalização apresenta sempre consequências a nível do quotidiano de uma família, trazendo repercussões para todos os seus elementos, gera instabilidade e um elevado desequilíbrio no sistema familiar, podendo desencadear uma situação de crise, sendo fundamental os cuidadores serem integrados no processo de doença da criança/jovem e deste modo promover o seu bem-estar (Pedroso, 2017).

Os pais/cuidadores em caso de necessidade de hospitalização da criança/jovem, encontram-se numa posição de maior vulnerabilidade, pois existem alguns cuidados que estes geriam anteriormente e que passam a ser desempenhados pelos enfermeiros. Esta realidade pode originar nos pais/cuidadores um sentimento de revolta e frustração, podendo comprometer o seu papel parental, bem como as suas necessidades psicológicas. O facto de ser permitida a permanência dos pais/cuidadores no processo de evolução da criança/jovem e a sua participação nos cuidados, pode levar à diminuição da ansiedade, pois estes acabam por se sentir úteis durante todo o processo (Pedroso, 2017).

O facto de ser permitido o acompanhamento da criança/jovem durante a prestação de cuidados de saúde, contribui ainda para tornar todo o processo o menos negativo possível para todos os intervenientes, diminuindo os sentimentos negativos e a insegurança. É evidenciada a necessidade de permitir a participação dos pais/cuidadores nos cuidados de saúde e de que lhes seja cedida toda a informação sobre o estado de saúde da criança/jovem, de forma adaptada ao seu entendimento, para diminuir o impacto do momento (Pedroso, 2017).

A presença dos pais/cuidadores não é apenas física, sendo que a sua colaboração nos cuidados prestados, atenua os sentimentos muitas vezes despoletados pela situação de doença ou até mesmo de hospitalização, como ansiedade, tristeza, medo, stress, sofrimento e insegurança (Pedroso, 2017).

Ao perceber as relações entre a díade criança-cuidadores e as suas preocupações, o enfermeiro promove uma relação de confiança e segurança, pelo que irá mais facilmente obter uma colheita de dados efetiva, permitindo em parceria, planear as intervenções de enfermagem e, consequentemente a prestação de cuidados personalizados e de qualidade (Pedroso, 2017).

Os pais/cuidadores possuem conhecimento e capacidades que juntamente com as informações referentes à criança/jovem, levam a que se tornem peritos na prestação desses cuidados. Neste contexto, é crucial a comunicação estabelecida entre os profissionais e os pais/cuidadores, onde ocorre negociação dos papéis e identificação de necessidades de apoio, passando estes a ter um papel mais ativo em todo o processo de doença, atenuando sentimentos de insegurança, impotência e inutilidade (Pedroso, 2017).

A informação fornecida pela equipa de enfermagem aos cuidadores torna-se essencial para promover e facilitar a participação dos mesmos nos cuidados à criança. Já a falta de atenção e de informação referente ao estado clínico da criança pode despoletar sentimentos de sofrimento, desprezo e impotência por parte do cuidador, podendo desencadear atitudes agressivas, de revolta e de insatisfação (Pedroso, 2017).

Apesar dos ensinamentos realizados e da informação transmitida pelos enfermeiros aos cuidadores, por vezes é necessário definir o nível de envolvimento nos cuidados, pois existem intervenções que apenas podem ser realizadas pelos profissionais, como prejuízo a negligência dos cuidados. Assim, a melhor forma de atuação do enfermeiro é a adoção de uma comunicação assertiva e compreensiva ao invés de um discurso desrespeitoso e autoritário, contribuindo para a aplicação de um modelo de parceria de cuidados onde não se prevê a existência de fronteiras fixas e aplica-se a flexibilidade de cuidados (Pedroso, 2017).

A oportunidade de participação nos cuidados por parte dos pais/cuidadores apresenta efeitos positivos, proporciona à criança/jovem suporte emocional, segurança, diminuição da ansiedade, do medo e do sofrimento, sendo que estes representam uma referência fora do ambiente hospitalar e o seu acompanhamento ao longo da prestação de cuidados, mesmo em situação de procedimentos invasivos, contribui para a obtenção de melhores resultados e maior efetividade, diminuindo assim o impacto da situação de doença (Pedroso, 2017).

Os estudos abordados referem a preferência dos pais em permanecer junto à criança/jovem, estes demonstraram preocupação pela possibilidade de os enfermeiros não conseguirem identificar todas as necessidades da criança e de não realizarem os cuidados como no domicílio (Pedroso, 2017).

Esta relação de parceria de cuidados entende que os enfermeiros partilhem os seus conhecimentos e realizem ensinamentos aos pais/cuidadores para que estes se sintam capazes de colaborar no processo de doença. Na participação dos cuidados é fundamental que o cuidador demonstre interesse e empenho, sentindo-se responsável pelos mesmos e, fornecendo suporte emocional à criança, com estas medidas, o cuidador sente-se mais útil, deixando de ser observador passivo durante o processo (Pedroso, 2017).

O período de doença ou hospitalização da criança/jovem representa também repercussões negativas no quotidiano dos pais/cuidadores com mudanças na rotina familiar, ausência da mãe no lar, conflitos conjugais e tensão em relação ao filho doente. A hospitalização de uma criança exige reorganização do sistema no cerne familiar e para atender às demandas impostas pelo processo de adoecimento, os pais/cuidadores, além de assumirem novas atividades, também necessitam adaptar-se ao novo meio, traduzindo mudanças na rotina profissional, pessoal e social, o que pode gerar instabilidade familiar (Azevêdo, Lançoni, & Crepaldi, 2017).

A participação ativa dos pais/cuidadores permite aquisição de conhecimentos e competências na realização dos cuidados, para tal, antes da sua concretização, torna-se essencial que o enfermeiro explique os procedimentos, o que contribui para a autonomia e confiança nos cuidados após o período de alta clínica (Pedroso, 2017).

Crê-se que o estabelecimento de normas que permitam a permanência de um dos pais/cuidadores 24 horas por dia, mas também a existência de condições a nível do espaço físico, associada aos recursos humanos e materiais necessários, contribui para a criação de um ambiente confortável e privacidade (Pedroso, 2017).

### **1.1.3. A Criança/Jovem e a Parceria de Cuidados**

Segundo estudos recentes que abordam grupos comparativos de utentes pediátricos com e sem a presença dos pais/cuidadores durante processos de doença ou hospitalização, inferiu-se que crianças sem a presença dos seus pais/cuidadores apresentaram maior irritabilidade. O facto de apresentarem maior irritabilidade pela ausência dos cuidadores refletia-se também numa maior excitabilidade do sistema nervoso autónomo, acarretando mudanças na pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura (Santos & Príncipe, 2020).

Em contrapartida, sabe-se que o apoio à criança/jovem por pessoas de referência em situações de doença, eleva os níveis de células de defesa do organismo e, conseqüentemente,

há uma diminuição no tempo de hospitalização, contribuindo para a melhoria do seu estado, com consequente desocupação de vagas hospitalares (Santos & Príncipe, 2020).

A necessidade de hospitalização na visão pediátrica pode representar um castigo, experiência que pode aumentar na ausência de pais/cuidadores (Santos & Príncipe, 2020).

Assim, considera-se fundamental incorporar os pais/cuidadores no plano de cuidados da criança sendo essencial para seu bem-estar, amenizando a hostilidade do ambiente hospitalar e contribuindo com a adaptação da criança/jovem a este meio (Santos & Príncipe, 2020).

Em situação de cuidados emergentes em que a criança/jovem apresente níveis de consciência preservados, esta permanece mais tranquila e calma com a presença dos pais/cuidadores, sendo que estes auxiliam a equipa no sentido de apoiar a criança/jovem durante a situação de emergência (Santos & Príncipe, 2020).

A situação de doença e consequente necessidade de hospitalização da criança/jovem configura-se como um dos principais agentes motivadores de ansiedade com os quais se depara, impondo em alguns casos a separação, a perda de controlo, lesão corporal e dor, ocorrendo uma mudança brusca da sua rotina diária, pois a criança é afastada de seu ambiente e de seus pertences. (Santos & Príncipe, 2020).

O ambiente hospitalar representa alguns aspetos que podem ser determinantes para a repercussão e alterações emocionais nas crianças/jovens, sendo que a equipa de profissionais representa um grande arsenal de pessoas não previamente conhecidas, a não familiaridade com o ambiente e a separação dos pais/cuidadores. Por ser um momento crítico, esses sentimentos podem ser amenizados se houver, ao seu lado, alguém em quem ela possa confiar (Santos & Príncipe, 2020).

No que concerne ao nível de maturidade, a literatura aponta que para crianças menores de um ano de idade, quando os períodos de hospitalização são duradouros ou, até mesmo, repetitivos, a criança tende a apresentar um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Crianças menores que três anos possuem uma conceção irreal do internamento, sendo a hospitalização considerada como um abandono por parte dos pais. Por outro lado, os pré-adolescentes e adolescentes estão, de certa forma, protegidos pelas suas capacidades cognitivas para manter relações estáveis apesar da separação, além de compreenderem a necessidade de certos tratamentos e a possibilidade de algum controlo dos medos e ansiedade (Santos & Príncipe, 2020).

Apesar do entendimento acerca da necessidade de hospitalização, este ambiente acaba por ser visto como desconhecido e impessoal, sendo muitas vezes associado a um lugar de solidão, tristeza, saudade de casa, da escola, amigos e familiares pela criança/jovem (Pedroso, 2017).

Outra realidade vivenciada pelas crianças/jovens é o facto de a maior parte do tempo de internamento estarem restringidos aos leitos e rodeadas de pessoas que desconhece, sendo fatores desencadeadores de medo e sofrimento. A ansiedade e a grande variedade de sentimentos experimentados durante todo este processo, pode traduzir-se através de perturbações da alimentação, birras, alterações do sono e também retrocessos nos hábitos adequados (Pedroso, 2017).

A implementação da parceria de cuidados apresenta vários benefícios para a triado enfermeiro-criança-cuidadores através da diminuição da ansiedade, medo, sofrimento e dor, através do aumento da segurança pela presença de uma pessoa de referência para a criança/jovem. O facto de sentir os seus familiares mais seguros e menos ansiosos, acaba por ter repercussões a nível do seu bem-estar, uma vez que a criança/jovem também se vai sentir mais segura e menos ansiosa (Pedroso, 2017).

A necessidade de cuidados de saúde num ambiente hospitalar está muitas vezes também associada ao sentimento de dependência e despersonalização pela criança/jovem, podendo estes reagir com rejeição, falta de cooperação, isolamento, raiva e frustração (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2016).

Segundo os artigos em estudo, a parceria de cuidados tem como vantagem atenuar os sentimentos mais perturbadores, incluindo o medo, sendo que as crianças podem beneficiar de preparação e suporte através de explicações sobre a necessidade de hospitalização, providenciar a presença e envolvência de pessoas significativas e permitir ajuda e colaboração nos procedimentos, assim consegue-se que as crianças/jovens mantenham o controlo da situação (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2016).

Quando a experiência de hospitalização é vivida pela criança/jovem de forma positiva, esta poderá sentir-se mais capaz, sendo promovida a sua autoestima, a capacitação e a aprendizagem de estratégias de coping, por superar esta situação de crise, criando meios de reagir aos agentes stressores em situações futuras (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2016).

A parceria de cuidados prevê que a criança deverá ter oportunidade de expressar as emoções negativas e geri-las de forma saudável, o que por si só constitui um meio para a promoção do bem-estar emocional. Assim, os benefícios emocionais devem ser considerados e

as estratégias de enfermagem implementadas, para que esta experiência seja uma oportunidade de desenvolvimento (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2016).

## **1.2. CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA**

Nos cuidados em saúde infantil e pediatria a criança/jovem e pais/cuidadores constituem o eixo na lógica do cuidar tendo em conta as suas particularidades (Almeida, 2016).

Os pais/cuidadores impõem-se como referência fundamental num sistema de prestação de cuidados que se pretende mais humanizado, refletindo-se no respeito pela sua dignidade, individualidade e integridade. Estes têm as suas experiências e expectativas, os seus objetivos, os seus receios, devendo ser considerados quando falamos em Cuidados Centrados na Família (Almeida, 2016). Todos os acontecimentos que envolvem a criança/jovem também afetam os pais/cuidadores e o oposto também se verifica, por isso a necessidade de cuidados de saúde ou episódios de hospitalização devem ser planeados em torno de todos os elementos (Reis, 2016). São uma constante na vida da criança/jovem e são também os principais interessados e defensores das suas crianças/jovens, assim devemos estabelecer relações de parceria, essenciais nos cuidados em pediatria (Almeida, 2016).

Tendo em conta o contexto hospitalar a sua humanização é fundamental com vista ao desenvolvimento do bem-estar da criança/jovem e seus pais/cuidadores, esta perspetiva refere-se a aspetos do ambiente, da relação e da compreensão da experiência humana nos processos de saúde-doença. Assim, a humanização entende-se por aplicação de conhecimentos e aptidões que moldam as atitudes e se traduzem na prática com vista à satisfação das necessidades das crianças/jovens e dos seus pais/cuidadores (Almeida, 2016).

Os Cuidados Centrados na Família são definidos como uma versão de cuidados de saúde que reestruturam as políticas de cuidados de saúde, os programas, a organização e gestão dos serviços e as interações entre as crianças/jovens, pais/cuidadores e profissionais de saúde, tendo em conta a evolução da qualidade e segurança dos cuidados, com base nos conceitos centrais como a dignidade e respeito, a partilha de informação, a participação e a colaboração. Este conceito também contribuiu para a capacitação dos pais/cuidadores através da criação de oportunidades de aprendizagem, com vista à sua autonomia, sendo esta responsável pelo seu projeto de vida e de saúde, neste caso proporcionando aos pais/cuidadores o controlo sobre as

mudanças positivas que podem advir da sua participação nos cuidados em parceria com os profissionais de saúde, dando importância às suas especificidades e preferências cuidadores (Almeida, 2016).

A adoção de Cuidados Centrados na Família proporciona uma diminuição da tensão e stress emocional, sendo minimizados os efeitos negativos da hospitalização, maximizando os seus benefícios, garantindo o planeamento e a preparação para a alta e otimizando o conforto e apoio à criança/jovem e seus pais/cuidadores (Almeida, 2016). Também apresentam vantagens no que concerne à segurança das crianças/jovens, aumentam a satisfação dos profissionais, diminuem os custos e levam uma alocação e utilização mais eficaz dos recursos de saúde (Reis, 2016).

Esta abordagem exige dos profissionais de saúde competências comunicacionais e de negociação e ainda o reconhecimento pelos gestores dos serviços de saúde, que tal modelo de cuidados exige uma proporção e qualificação de recursos adequadas à perspetiva do sujeito de cuidados. Formalmente a adoção dos Cuidados Centrados na Família como a filosofia de cuidados para a enfermagem pediátrica fornece uma referência para os enfermeiros assumirem a responsabilidade e o objetivo de cuidar de crianças/jovens de forma a apoiar e a promover não só a sua saúde física, mas também o desenvolvimento emocional e psicológico saudável que ocorre no contexto de cuidados prestados pelos pais/cuidadores (Reis, 2016).

## **2. O PERCURSO FORMATIVO**

O Mestrado em Enfermagem, ministrado em associação pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora e pelas Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco e Portalegre, com a duração de 3 semestres, 90 European Credit Transfer System [ECTS] tem como objetivos:

- “Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde;

- Promover a melhoria da qualidade aos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos;
  - Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados, nos diferentes contextos da prática linear.
  - Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada”.
- (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, s.d., pag.4).

O Mestrado em Enfermagem, com área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, contemplou duas unidades curriculares de estágio, sendo elas, o estágio I que decorreu entre 16 de maio de 2022 a 24 de junho de 2022, com correspondência de 8 ECTS e o estágio final que foi realizado entre 16 de setembro de 2022 a 3 de fevereiro de 2023 com correspondência de 24 ECTS. Nos estágios foram desenvolvidas atividades que promoveram a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESIP e de mestre em enfermagem. Ao longo desse período desenhamos e implementamos um projeto intervenção profissional no âmbito da enfermagem de saúde infantil e pediátrica de um tema à nossa escolha. Inerente ainda ao estágio final, elaboramos um artigo científico, que contribuiu para fundamentarmos as intervenções, no âmbito do projeto, cuja questão de investigação, utilizando o método da mnemónica PCC, foi: Qual o contributo da presença dos pais em situação de procedimentos invasivos?” (Apêndice I).

Posto isto, neste capítulo iremos abordar a metodologia de trabalho de projeto; descrever os diferentes contextos clínicos do estágio final, os objetivos específicos e atividades desenvolvidas no âmbito do projeto específicas de cada local de estágio e realizamos ainda uma análise reflexiva das competências comuns e específicas EEESIP e de mestre em enfermagem desenvolvidas durante esse período.

## **2.1. METODOLOGIA DO TRABALHO DE PROJETO**

A metodologia de projeto refere-se a um plano de trabalho que tem por objetivo analisar problemas reais de um determinado contexto e implementar estratégias e intervenções que permitam a sua resolução, assemelhando-se assim à investigação-ação. É uma metodologia “promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência” (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

Esta metodologia é envolta de autonomia e constituída por 5 fases distintas e sequenciais compostas por: diagnóstico de situação; definição de objetivos; planeamento; execução e avaliação; e divulgação de resultados (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

O diagnóstico de situação é um processo dinâmico e contínuo onde se identificam problemas e necessidades. A identificação e elaboração de problemas constitui uma tarefa complexa. O problema deve permitir o seu estudo, ter relevância prática e ser formulado de uma forma inequívoca (Almeida & Freire, 2007). Para a identificação e validação dos problemas existem vários instrumentos de diagnóstico como a observação, os questionários, a entrevista ou métodos de análise da situação (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

Na etapa seguinte, definição de objetivos, descreve-se os resultados que se pretende alcançar e deve ser composto por objetivos gerais e específicos. Os objetivos gerais devem traduzir competências, conhecimentos e aptidões e os objetivos específicos devem ser mais elementares. Ainda devem ser “claros, de linguagem precisa e concisa, em número reduzido, realizáveis, mensuráveis em termos de quantidade, qualidade e duração” (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

Na fase do planeamento, são definidas as atividades a desenvolver, as estratégias e recurso a utilizar, os métodos e técnicas de pesquisa e o cronograma que satisfazem os objetivos propostos anteriormente (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

A fase seguinte refere-se à execução e avaliação, ou seja, quando se coloca em prática o que foi planeado, o momento em que se desenvolvem as aprendizagens e as competências (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010). A avaliação é um processo contínuo que atravessa todo o processo e que compara os objetivos inicialmente definidos e os que se conseguiram atingir (Nogueira, 2005).

A etapa final compreende a divulgação dos resultados, aqui traduzidos com a elaboração deste relatório final (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

## **2.2. ESTÁGIO I - UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR**

O percurso profissional tem-se desenvolvido principalmente em contextos de doença. Este início de estágio, o estágio I, com a duração de 6 semanas, com início a 16 de maio e término a 24 de junho, realizou-se num contexto de cuidados de saúde primários, nomeadamente na USF, onde o foco é a vigilância, a promoção de saúde e a avaliação do desenvolvimento infantil. Esta experiência tem como principal objetivo acrescentar conhecimentos e adquirir competências nesta área que apesar de estar inerente aos cuidados que presto a nível profissional não são aprofundados. Ao longo deste período tive a orientação de EEESIP que exerce funções nesta unidade, o que constituiu uma mais valia para compreendermos o papel no EEESIP na comunidade.

Tendo em consideração o objetivo geral do projeto, definimos como objetivos específicos para o estágio I realizado na USF:

- Conhecer a assistência prestada à criança e família neste contexto;
- Identificar as necessidades da unidade no que concerne à promoção da parceria de cuidados;
- Prestar cuidados de enfermagem diferenciados à criança e família ao nível dos cuidados de saúde primários integrados no programa de saúde infantil e juvenil.

Seguindo as etapas do trabalho de projeto, de forma a darmos resposta aos objetivos definidos, planeamos e executamos as seguintes atividades:

- Perceção das instalações, recursos, equipa multidisciplinar e funcionamento da unidade;
- Compreensão da articulação entre o serviço e outros recursos de saúde;
- Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem e modelo teórico que suporta a prestação de cuidados;
- Reunião com enfermeiro coordenador da unidade e EEESIP orientador para identificar as necessidades do serviço no que concerne ao tema em estudo, parceria de cuidados e outras necessidades identificadas onde pudéssemos ser uma mais valia;

- Operacionalizar estratégias que permitam colmatar as necessidades identificadas;
- Observação da prestação de cuidados pelo EEESIP;
- Prestação cuidados de enfermagem à criança e família nas atividades de vigilância de saúde infantil;
- Realização de pesquisa bibliográfica necessária na área da parceria de cuidados e desenvolvimento infantil;
- Identificação das estratégias utilizadas pelo EEESIP para o tema, a parceria de cuidados.

O estágio na USF decorreu no período entre 16 de maio de 2022 a 24 de junho de 2022. As primeiras quatro atividades propostas foram desenvolvidas nas primeiras duas semanas e as restantes até ao final do período de estágio.

A USF tem como missão “a prestação de cuidados de saúde globais de forma personalizada e de qualidade à população inscrita, através da garantia da acessibilidade e equidade, com vista à maximização da saúde, bem-estar dos utentes e suas famílias, contribuindo para a vigilância e promoção da saúde” (CHBM, 2016). A equipa é composta por 7 médicos, 7 enfermeiros e 5 assistentes técnicos.

A cada Agrupamento de Centro de Saúde [ACES] estão alocados técnicos do serviço social, fisioterapeutas, terapeutas da fala, nutricionistas e psicólogos (Ministério da Saúde, 2011), existindo, sempre que necessário, articulação entre a USF e as outras unidades funcionais no sentido de dar resposta às necessidades da população.

No âmbito da saúde infantil, a USF segue as orientações do programa nacional de saúde infantil e juvenil [PNSIJ] e do programa nacional de vacinação [PNV]. A equipa de enfermagem que dá resposta a estes programas é constituída por sete elementos, sendo que dois elementos são EEESIP. Nesta unidade o enfermeiro trabalha juntamente com o médico, sendo eles médico e enfermeiro de família, assim cada elemento dá resposta às necessidades dos clientes que a sua lista contém. No caso da saúde infantil e pediátrica e nas consultas de vigilância, o médico e enfermeiro realizam-nas em conjunto.

A unidade dispõe de cinco gabinetes médicos equipados com material para acompanhar o cliente ao longo de todo o ciclo vital, com suporte para as diversas patologias. No que se refere

à saúde infantil e pediátrica, os gabinetes estão equipados com todo o material necessário à avaliação do desenvolvimento saudável da criança/jovem, tal como para a identificação precoce de possíveis problemáticas, como por exemplo a visão. A unidade dispõe ainda de duas salas de tratamentos, uma sala destinada à saúde infantil e pediatria, uma sala de espera e a secretaria.

Sendo as consultas de saúde infantil e pediatria realizadas em parceria pelo médico e enfermeira de família, essas consultas são realizadas nos gabinetes médicos ou na sala destinada à saúde infantil e pediatria. Esta última sala é muitas vezes utilizada para realização de cuidados de enfermagem em que não exista necessidade de avaliação pelo médico, por exemplo avaliação do peso ou administração de vacinas fora da consulta programada de acordo com o plano. Os processos clínicos das crianças são informatizados através do programa Sclínco®.

O plano de vigilância de saúde infantil e juvenil, tem como foco a concretização de um conjunto de objetivos que se traduzem na obtenção de ganhos em saúde na população infantil e juvenil, incidindo na avaliação do crescimento e do desenvolvimento; incentivar a opção por comportamentos promotores de saúde; detetar precocemente e encaminhar problemas suscetíveis de afetar a vida ou qualidade de vida da criança; prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns; sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e assegurar a realização de aconselhamento genético; identificar, apoiar e orientar a criança e família vítima de maus tratos e de violência; promover o desenvolvimento da criança e apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais (DGS, 2013b).

A primeira consulta de saúde infantil realiza-se preferencialmente na primeira semana de vida do recém-nascido e é conduzida pelo médico e enfermeiro de família. Nesta primeira consulta e realizada a colheita de dados inicial e dos parâmetros a avaliar segundo o PNSIJ. Os dados recolhidos são registados em sistema informático onde acrescem ainda informações acerca da avaliação familiar e a avaliação inicial do RN. Nesta consulta realiza-se ainda o teste de diagnóstico precoce, conhecido como teste do pezinho, que segundo o Programa Nacional de Diagnóstico Precoce deve ser colhido através de punção no calcanhar entre o 3º e o 6º dia de vida, com colheita de sangue. O teste permite rastrear doenças metabólicas (Nogueira, 2018).

Após a realização da primeira consulta, a equipa multidisciplinar programa e agenda novas reavaliações, sendo que normalmente no primeiro mês de vida, essa reavaliação pode ser semanal com o intuito de avaliar o crescimento ponderal, a adaptação à parentalidade e esclarecimento de dúvidas que possam ir surgindo nos cuidados ao RN.

Após o primeiro mês de vida do RN, as consultas seguintes são programadas para as idades chave seguindo a orientação definida pelo PNSIJ. Nessas consultas posteriores a avaliação dos parâmetros está relacionada com cada idade e aquisições que a criança deva ter nessa fase de vida.

Em todas as consultas de saúde infantil e independentemente da idade da criança, são sempre avaliadas: as preocupações dos pais ou do próprio; as intercorrências desde a consulta anterior; a frequência e adaptação ao meio escolar; os hábitos alimentares, práticas desportivas ou culturais; a dinâmica do crescimento e desenvolvimento, tendo como referência as curvas de desenvolvimento, os aspetos do desenvolvimento psicossocial e cumprimento do plano nacional de vacinação (DGS, 2013b).

As consultas de saúde infantil são programadas ainda tendo em conta o Plano Nacional de Vacinação. Sempre que o agendamento de consultas programadas segundo o PNSIJ não coincide com o Plano Nacional de Vacinação é a equipa de enfermagem que as realiza, no entanto, segundo o que observámos, é feita uma breve avaliação das preocupações da família/cuidadores tendo em conta os aspetos avaliados nas consultas programadas (DGS, 2013b).

Na avaliação do desenvolvimento, entre os 0 e os 5 anos, é utilizada a escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan, estando disponível para preenchimento no programa informático Sclinico®. É uma escala de aplicação breve, com precisão e fiabilidade que avalia áreas como a postura; motricidade global; visão; motricidade fina; audição; linguagem; comportamento e adaptação social (OE, 2010).

A dinâmica familiar também é uma das preocupações da equipa, sendo que é através dela que a criança/jovem satisfaz as suas necessidades, representando a sua rede de suporte sociofamiliar.

Para a avaliação da família e do seu contexto, os enfermeiros recorrem ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Este consiste em identificar as necessidades, forças e recursos da família. A sua aplicação permite aos enfermeiros prestar melhores cuidados às famílias, permite identificar mais facilmente os problemas, apoia nas tomadas de decisão adequadas e direcionadas, e promove a saúde familiar (Ribeiro et al, 2021).

Este modelo avalia a família em 3 dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Na dimensão estrutural avalia-se a composição da família e o vínculo entre os membros, tipo de família, rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água e existência de animal doméstico e cuidados com este. Na dimensão de desenvolvimento avalia-se a satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental, e por último, na dimensão funcional avalia-se o papel de prestadores de cuidados e o processo familiar (Figueiredo, 2012). Esta avaliação permite, entre outras questões, identificar fatores de risco, de proteção, de agravamento ou crises de vida na criança/jovem e família que influenciam o risco de maus tratos, permitindo a sua sinalização precoce (DGS, 2011). Conclui-se que o MDAIF concorreu para a implementação de práticas conducentes à obtenção de ganhos em saúde para as famílias (Ribeiro et al, 2021).

Em todas as consultas observávamos a existência de sinais e sintomas que possam representar qualquer tipo de mau trato. Consideram-se maus tratos em crianças e jovens “qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima” (DGS, 2011, p. 7) e podem ser classificados maus tratos por negligência, físicos, abuso sexual, psicológico/emocional e Síndrome de Munchausen por Procuração (Leça et al, 2011). Durante o período de estágio acompanhamos uma recém-nascida e a sua família que estava sinalizada pelo Núcleo de Apoio à Criança Jovem em Risco [NACJR], por uma situação que se enquadrava na tipologia de maus tratos por negligência.

Na consulta de enfermagem para além de avaliarmos todos os parâmetros referidos anteriormente, estas também eram orientadas no sentido de serem realizados ensinamentos aos pais de acordo com a fase de desenvolvimento da criança/jovem, tendo em vista os cuidados antecipatórios que promovem o desenvolvimento infantil e a adoção de comportamento de promoção de saúde específicas para cada idade como alimentação saudável; hábitos de higiene,

de higiene oral e de sono; atividades promotoras do desenvolvimento infantil; estilos de vida saudáveis; prevenção de acidentes e promoção da segurança (DGS, 2013b).

Para um adequado acompanhamento da criança/jovem e a sua família, foi fulcral aprofundarmos e adquirirmos novos conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e hábitos de vida saudável tendo em conta a faixa etária. Assim foi-nos possível identificar problemáticas que podem influenciar a vida e qualidade de vida da criança/jovem, desenvolver e aplicar intervenções eficazes para promover o desenvolvimento saudável da criança/jovem e das competências parentais.

A USF tem a possibilidade de articulação com outros recursos de saúde, sempre que se vê necessário, nomeadamente com o centro hospitalar da área para consultas adequadas de acordo com as necessidades. Esta unidade recebe ainda as notícias de nascimento dos RN emitidas pelo centro hospitalar e participa no agendamento e cumprimento de consultas previstas.

No âmbito da promoção da parceria de cuidados verificámos que o EEESIP é bastante sensível a este foco e que em todas as consultas aplicam intervenções de enfermagem direcionadas para os ensinamentos que contribuem para a efetiva parceria de cuidados. Foi possível verificar que perante algumas decisões tomadas pela família que eram feitos reforços positivos e ajustes sempre que necessário com ensinamentos sobre o assunto que causava algum tipo de ansiedade ou angústia. Era ainda disponibilizado tempo para que a criança/jovem ou família pudesse expressar as suas dúvidas e sempre que necessário, era agendada nova consulta de enfermagem, fora das datas preconizadas, no sentido de dar segurança e apoio, contribuindo assim para uma parceria de cuidados efetiva. Também me foi possível verificar que mesmo sem agendamento prévio de consulta, sempre que algum cliente procurava cuidados de saúde, o tempo era gerido no sentido de poder satisfazer essa necessidade, ou quando tal não era possível, era feito um agendamento para uma data breve. Partia da equipa de saúde essa possibilidade, principalmente nos primeiros tempos de vida do RN.

Relativamente ao projeto profissional, observámos que o foco parceria de cuidados podia ser avaliado através dos registos acerca dos ensinamentos realizados e que eram cumpridos por toda a equipa, sendo que estes estavam de acordo com cada fase do desenvolvimento infantil. Na reunião com o EEESIP orientador e com o enfermeiro coordenador, que realizamos na segunda

semana de estágio, sugerimos a realização de uma formação com o objetivo de apresentar o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, sendo que foi identificada essa necessidade através da aplicação de um questionário à equipa de enfermagem (Apêndice III). Para tal foi realizado um pedido de autorização (Apêndice II) para aplicação do questionário à equipa que foi posteriormente aceite (Anexo I). Após a análise dos dados colhidos com a aplicação do questionário (Apêndice III), a nossa sugestão foi apresentada e aceite com agrado, uma vez que a informação transmitida na formação contribuía para a melhoria da qualidade dos cuidados e criação de um momento de discussão e partilha de experiências e vivências pela equipa, tendo sido realizada durante a terceira e quarta semana de estágio. Da apresentação da formação foi emitido um certificado de formação profissional (Anexo II).

Foi-nos também sugerida a realização de um folheto acerca dos cuidados ao RN no primeiro mês de vida onde disponibilizássemos de forma acessível as principais preocupações para que os pais/cuidadores pudessem ter nesta fase, com o intuito de os empoderar e facilitar a adaptação ao RN, tendo sido realizado ao longo da quinta semana de estágio (Apêndice V). O folheto foi aceite e passou a ser disponibilizado na primeira consulta ao RN.

A sugestão de apresentação teórica sobre o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e o folheto informativo foi entregue ao enfermeiro coordenador, EEESIP orientadora e orientadora pedagógica para análise crítica e sugestões de melhoria, no início da terceira semana. A análise crítica e sugestão de melhoria mostra-se de elevada importância, pois permite uma reflexão sobre o trabalho realizado com vista à sua melhoria.

Durante a sexta e última semana de estágio realizámos a apresentação da formação à equipa em contexto de formação em serviço e iniciamos a entrega do folheto informativo dos pais/cuidadores também este sujeito a autorização pela coordenação clínica (Anexo III).

Tendo em conta a minha experiência profissional no contexto de internamento de pediatria e atualmente no serviço de urgência pediátrica, considero que a frequência de estágio na USF contribuiu muito positivamente para o desenvolvimento de competências de EESIP e aquisição de novos conhecimentos que irei certamente aplicar ao longo da minha carreira profissional.

### **2.2.1. Unidade de Urgência Pediátrica**

A Unidade de Urgência Pediátrica foi o primeiro local de estágio deste percurso da Unidade Curricular Estágio Final. Atualmente desempenho funções de enfermeira de cuidados gerais no Serviço de Urgência Pediátrica de um hospital da Margem Sul e realizei este primeiro período de estágio numa Unidade de Urgência Pediátrica de igual nível de prestação de cuidados.

Assim, tendo em consideração o objetivo geral do projeto, definimos em parceria com o enfermeiro orientador e professor orientador, como objetivos específicos para o estágio na Unidade de Urgência Pediátrica:

- Conhecer a assistência prestada à criança e família neste serviço;
- Identificar as necessidades do serviço no que concerne à parceria de cuidados;
- Prestar cuidados diferenciados às crianças/jovens e família que recorrem a este serviço.

Seguindo as etapas do trabalho de projeto, de forma a darmos resposta aos objetivos definidos, planeamos e executamos as seguintes atividades:

- Conhecer as instalações, recursos, equipa multidisciplinar, regras e funcionamento do serviço, bem como o circuito do utente pediátrico;
- Analisar as normas e protocolos existentes no serviço sobre a luz da teoria da parceria de cuidados de Anne Casey;
- Analisar a articulação do serviço com outros recursos de saúde e da comunidade;
- Refletir com a EEESIP orientadora para identificar as necessidades do serviço no que concerne à promoção da parceria de cuidados na unidade;
- Operacionalizar estratégias que permitam colmatar as necessidades identificadas;
- Colaborar na prestação de cuidados do EEESIP;
- Realizar uma pesquisa bibliográfica necessária sobre a parceria de cuidados que sustentem a prática baseada na evidência;
- Identificar das estratégias utilizadas pelo EEESIP, para a promoção da parceria de cuidados.

O estágio em questão teve início no dia 19 de setembro e término no dia 28 de outubro de 2022. Durante a primeira semana foram cumpridas as primeiras cinco atividades propostas, sendo que as restantes foram desenvolvidas ao longo do restante período de estágio.

A Unidade de Urgência Pediátrica (UUP) situa-se no Piso 1 de um hospital da Margem Sul, possui um espaço próprio e é dotada de todas as condições a nível de infraestruturas e meios tecnológicos para o tratamento e/ou encaminhamento das crianças/jovens em situação de urgência e emergência. Está inserido num hospital Amigo dos Bebés reconhecido, existindo espaços destinados ao aleitamento materno.

À entrada da UUP encontra-se o balcão administrativo onde é realizada a admissão do cliente. Após a realização da admissão, as crianças/jovens e os seus acompanhantes aguardam na sala de espera que se situa à entrada até a chamada para a triagem. Na sala de espera os clientes têm uma casa de banho que pode ser utilizada pelas crianças/jovens e pelos seus acompanhantes. Neste espaço estão colocados pósteres e uma televisão com diaporamas informativos que permitem disponibilizar informação útil acerca das doenças mais comuns na infância, para as crianças/jovens e seus cuidadores.

À entrada do serviço encontra-se a sala de triagem de enfermagem; quatro gabinetes médicos; uma sala de pressurizados equipada com quatro rampas de oxigénio onde ficam as crianças/jovens que necessitem de realizar terapêutica por via inalatória; uma sala de procedimentos/reanimação, onde se realizam os procedimentos de enfermagem sendo dotada de carro de urgência, maca para reanimação, eletrocardiógrafo, ventilador de transporte, monitores cardiorrespiratórios e desfibrilhador. É também nesta área que se encontra a Sala de Observação (SO), sendo um sector diferenciado. A Sala de Observação, tem uma lotação de sete vagas. Permanecem neste espaço crianças/jovens que necessitam de acompanhamento da sua situação clínica por um período até 24 horas após o qual, sempre que se justifique o internamento, serão transferidas para a Unidade de Internamento de Pediatria ou para outra instituição hospitalar. Todas as camas e berços da unidade têm agregada uma unidade específica do cliente, a qual é constituída por monitor cardiorrespiratório, bomba e seringa infusora, rampa de oxigénio e de ar comprimido, um tabuleiro com material mais frequentemente utilizado, o qual se procura adequar à idade da criança/jovem, cadeirão destinado ao acompanhante da criança/jovem e uma pequena mesa de apoio. Todas as unidades possuem uma cortina que separa o espaço físico, que tem como objetivo salvaguardar a privacidade e individualidade do cliente pediátrico. Nesta sala existe um balcão de apoio onde se situam os processos clínicos das crianças/jovens e um computador. Importa também referenciar que, no sentido de dar resposta às necessidades dos adolescentes, foi também criada uma zona individualizada cuja

decoração foi expressamente pensada para esta faixa etária, devidamente equipada com uma cama de adulto. Sempre que esta unidade está disponível é eleita para cuidados realizados pela ortopedia, como redução de fraturas com recurso a sedoanalgesia ou aplicação de talas gessadas, estando na unidade disponíveis materiais necessários a estes procedimentos.

Na admissão no SO, a equipa de enfermagem procede ao acolhimento dando a conhecer as rotinas e regras de funcionamento do serviço, sendo entregue um guia de acolhimento bem como um folheto dos direitos e deveres da criança hospitalizada. É realizada uma colheita de dados para avaliação inicial e posteriormente estabelece um plano de cuidados de enfermagem em formato digital e em papel que acompanha a criança/jovem durante o período de internamento.

Nestas instalações existe uma zona interdita aos clientes, destinada ao uso pelos profissionais de saúde onde consta a copa do pessoal, a zona de sujos, a casa de banho, o gabinete de enfermagem e o e-kanban.

A unidade de urgência pediátrica dispõe ainda de uma área que anteriormente servia aos clientes com patologia não respiratória cedida pelo serviço de fisioterapia, de forma provisória, que atualmente se encontra encerrada, estando a sua utilização dependente das necessidades do serviço. Esta área dispõe no seu exterior tem uma sala de espera, uma casa de banho para as crianças/jovens e seus acompanhantes e no interior existe uma zona para triagem, dois gabinetes médicos, uma sala de procedimentos de enfermagem e uma zona de atendimento médico. A sala de procedimentos tem duas macas de apoio para as crianças/jovens que necessitem realizar terapêutica endovenosa.

A equipa de enfermagem é composta por 20 enfermeiras divididas por cinco equipas, sendo que a maior parte possui a Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica. A metodologia de cuidados utilizada é o método individual de trabalho sendo que, apesar da constante interajuda entre colegas, uma enfermeira fica responsável pela SO, outra pela realização de triagens e outra pela realização de tratamentos. O número de enfermeiros por turno são três enfermeiros no turno da manhã, três no turno da tarde e três no turno da noite. A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos de clínica geral, pediatras, assistentes operacionais, assistente social, psicólogo, entre outros.

A prestação de cuidados tem como foco a prestação de cuidados individualizados e humanizados ao cliente pediátrico, de acordo com a sua patologia, integrando os pais na prestação de cuidados e identificando as suas necessidades por forma a promover a saúde da criança/jovem (CHBM, 2018).

A unidade de Urgência Pediátrica funciona 24 horas por dia, atendendo crianças e jovens até aos 17 anos e 364 dias independentemente da patologia apresentada, provenientes dos Cuidados de Saúde Primários, Linha de Apoio Saúde 24, transportados pelo INEM/Bombeiros, transferências hospitalares ou do domicílio por iniciativa própria.

O cliente pediátrico após realizar a admissão no serviço administrativo é chamado para a sala de triagem de enfermagem, onde a enfermeira avalia a sua situação clínica e determina o grau de prioridade de acordo com o sistema informático de Triagem de Manchester, sendo que, normalmente, é aqui que se dá o primeiro contato entre o enfermeiro e o cliente pediátrico. Nesta sala encontram-se as terapêuticas mais frequentemente administradas em pediatria sendo que, sempre que se justifique e de acordo com os protocolos existentes no serviço, o Enfermeiro deve atuar de imediato (CHBM, 2018).

Neste sistema distinguem-se 5 níveis de prioridade associados a cores e um manual com a descrição detalhada das características clínicas em cada nível para atendimento pediátrico sendo: o nível 1 – emergente (cor vermelha) = 0 minutos; nível 2 – muito urgente (cor laranja) = 15 minutos; nível 3 – urgente (cor amarela) = 30 minutos; nível 4 – pouco urgente (cor verde) = 1 hora; nível 5 - não urgente (cor azul) = 2 horas (DGS, 2018).

A informatização da triagem com a utilização da linguagem CIPE contribuiu grandemente para a uniformização de critérios e conseqüente equidade no grau de atribuição de prioridades, proporcionando uma observação médica tão rápida quanto a situação clínica assim o determine, sendo o rigor desta avaliação fulcral sobretudo nos períodos de maior afluência (CHBM, 2018).

Os registos de enfermagem são informatizados através do sistema SIRIUS, sendo registados todos os procedimentos de enfermagem. Existem ainda outros instrumentos de registo como a carta de transferência e a folha de articulação de cuidados de enfermagem quando é necessário proceder à articulação com outros hospitais e centros de saúde (em caso de situações de risco

para criança/jovem, por exemplo em caso de intoxicação medicamentosa voluntária, disfunção familiar, alterações do comportamento com seguimento pela Pedopsiquiatria ou incumprimento do seguimento de vigilância de saúde infantil).

Toda a equipa multidisciplinar demonstra preocupação sobre a prestação de cuidados à luz dos direitos da criança hospitalizada regendo-se pela Norma relativa à “Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes” que inclui a Carta da Criança Hospitalizada. Durante todo o trajeto da criança/jovem, a criança tem direito ao acompanhamento por uma pessoa significativa em todo o seu percurso saúde-doença, como consta no Decreto-lei nº21/81 de 19 de agosto, promovendo a parceria de cuidados na otimização da saúde da criança.

A frequência de estágio numa unidade idêntica ao local onde desempenho as minhas funções profissionais mostrou-se muito positiva no sentido em que ocorreram várias discussões em momentos formais e menos formais sobre as diferentes formas de atuação, os espaços físicos e a sua importância na prestação de cuidados e também os diferentes rácios de profissionais e tipo de população abrangida. Estes momentos de discussão com a equipa permitiram partilhar e disponibilizar diferentes métodos de atuação e rotinas entre as unidades e também dar a conhecer no meu serviço outros métodos que por vezes podem ser mais eficazes e vantajosos.

No que concerne ao projeto profissional acerca do tema parceria de cuidados, observámos que existia alguma reserva pela permanência dos pais/cuidadores durante a realização de procedimentos invasivos pela equipa multidisciplinar, sendo que na maioria dos casos era solicitado que os mesmos aguardassem no espaço exterior do serviço até à conclusão do procedimento ou caso permanecessem no mesmo espaço que se encontrassem distantes da criança/jovem. Tendo em conta os mais variados benefícios da sua permanência para todos os intervenientes e após discussão com a EESIP orientadora e professora orientadora, concluímos que seria benéfico realizar uma formação à equipa de enfermagem que elucidasse acerca todos esses benefícios. Posto isto, decidimos realizar uma apresentação onde fossem apresentadas as vantagens e desvantagens para a tríade, acerca permanência dos pais/cuidadores durante a realização de procedimentos invasivos à criança/jovem.

Tendo noção da importância da mudança de paradigma neste contexto e a influência que representa na qualidade da prestação de cuidados, foi feita a divulgação da ação de formação para permitir a presença de todos os interessados.

A realização de pesquisa científica e elaboração da apresentação foi efetuada ao longo da terceira e quarta semana de estágio, sendo que posteriormente, na quinta semana foram realizadas as discussões e correções com a EESIP orientadora e professora orientadora, com o intuito de ser apresentada na sexta e última semana de estágio em contexto de formação em serviço (Apêndice VI).

A sessão de formação foi realizada com a permanência dos enfermeiros do serviço de internamento, neonatologia e urgência pediátrica que não estavam em exercício de funções naquela data. Foi emitido o certificado de formação pelo centro hospitalar (Anexo IV).

Após a exposição do tema, gerou-se uma discussão entre os enfermeiros onde foram apresentados os receios e inseguranças de alguns elementos da equipa, as necessidades de poderem atuar sem observação dos pais/cuidadores como facilitador da sua prestação de cuidados, sendo que se colocariam enquanto profissionais sob o real interesse da criança/jovem e pais/cuidadores. Também foram identificadas algumas medidas que já eram praticadas intrinsecamente em cada contexto, variando nos métodos de atuação e também se verificou mais disponibilidade e abertura para que seja dada a opção aos pais/cuidadores em permanecerem junto à criança/jovem, ao invés de se partir do princípio que não podem estar presentes na prestação de cuidados.

Em relação à restante equipa multidisciplinar, verificou-se que nas situações de reanimação e realização reduções de fraturas pela equipa de ortopedia, era sempre solicitado aos pais/cuidadores que aguardassem no exterior, mesmo antes de realizar a sedação à criança/jovem. Após a apresentação do tema, a equipa de enfermagem referiu que iria negociar a possibilidade da permanência dos pais/cuidadores até ao momento em que a criança/jovem se encontrasse sedada, como ponto de partida para alterar os hábitos presentes nesses procedimentos e contribuir para um cuidado holísticos e de qualidade.

Observando e também comparando este método de atuação com a unidade de urgência pediátrica onde presto cuidados, verifico que já identificamos os pais/cuidadores como agentes ativos e imprescindíveis no cuidado à criança/jovem, sendo eles parceiros no cuidar com excelência.

### **2.2.2. Serviço de Internamento de Pediatria**

O Serviço de Internamento de Pediatria (SIP) foi o segundo local de estágio escolhido da unidade curricular Estágio Final. Tendo em conta a minha experiência profissional tendo sido inicialmente num SIP, permite-me mais uma vez analisar as semelhanças e diferenças de atuação no que se refere aos cuidados prestados, ao circuito da criança/família na instituição e a continuidade de cuidados tendo em conta também a diferente localização geográfica do serviço. Este serviço pertence ao mesmo Centro Hospitalar do estágio anterior realizado na UUP, certificado como Hospital Amigo dos Bebés.

Assim, tendo em consideração o objetivo geral do projeto, definimos como objetivos específicos para o estágio no Serviço de Pediatria Médica:

- Conhecer a assistência prestada à criança e família neste serviço;
- Identificar as necessidades do serviço no que concerne à promoção da parceria de cuidados.
- Prestar cuidados de enfermagem diferenciados à criança e família.

De igual forma ao estágio anterior, seguindo as etapas do trabalho de projeto, de forma a darmos resposta aos objetivos definidos, planeamos e executamos as seguintes atividades:

- Perceção das instalações, recursos, equipa multidisciplinar e funcionamento do serviço;
- Consulta de normas e protocolos existentes no serviço;
- Compreensão da articulação entre o serviço e outros recursos de saúde;
- Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem e modelo teórico que suporta a prestação de cuidados;
- Reunião com enfermeiro chefe e EEESIP orientador para identificar as necessidades do serviço no que concerne à promoção da parceria de cuidados;

- Operacionalizar estratégias que permitam colmatar as necessidades identificadas;
- Observação da prestação de cuidados do EEESIP;
- Prestação cuidados de enfermagem à criança e família;
- Realização de pesquisa bibliográfica necessária acerca do tema em estudo e patologias médicas e cirúrgicas;
- Identificação das estratégias utilizadas pelo EEESIP, para a promoção da parceria de cuidados.

Este estágio decorreu no período entre 4 de novembro de 2022 a 4 de dezembro de 2022. As primeiras cinco atividades foram cumpridas na primeira semana de estágio, e as restantes ao longo de todo o estágio.

O SIP funciona ininterruptamente e tem capacidade para o internamento de quinze crianças/jovens de acordo com as áreas cirúrgicas, seja cirurgia geral, estomatologia, ortopedia ou otorrinolaringologia em regime de internamento ou ambulatório e área médica em quartos individuais ou duplos, dispõe ainda de dois quartos de isolamento com dispositivo de pressão negativa criados durante a pandemia por Covid-19, dispondo estes de casa de banho privativa. Os quartos individuais são reservados para as crianças cuja situação de doença necessita de isolamento ou para os adolescentes, promovendo assim a sua privacidade. Pontualmente, também admite internamentos de caráter social.

As crianças internadas no serviço de pediatria médica tem idade compreendida entre os zero e os dezassete anos e trezentos e sessenta e quatro dias, são provenientes da unidade de urgência pediátrica, de outros centros hospitalares, da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN) ou do domicílio através das consultas externas ou internamentos programados. Podem estar acompanhadas por duas pessoas significativas entre as 9h e as 22h, por uma entre as 22h e as 9h, ter duas visitas entre as 17h-18h e receber a visita dos irmãos entre as 18h e as 20h.

O SIP situa-se no quarto piso deste centro hospitalar, onde também se situa a UCEN e os diversos gabinetes de consultas externas. O serviço encontra-se fechado e o acesso é limitado através de código ou autorização pelos profissionais e as crianças dispõem de pulseira eletrónica como medidas de segurança de rapto e promoção da segurança. Também a nível estrutural e com vista à segurança e monitorização, os quartos apresentam janelas para os corredores e entre

si, excepto os quartos individuais, frequentemente destinados aos adolescentes que têm as janelas forradas para promoção da privacidade.

A equipa multidisciplinar é constituída por dezasseis enfermeiros, pediatras, cirurgiões pediátricos, assistentes operacionais, administrativa, psicóloga, assistente social, educadora de infância e professora primária. Da equipa de enfermagem oito elementos são EEESIP, incluindo a enfermeira chefe. Relativamente aos rácios por turno, o mínimo de enfermeiros por turno são dois elementos, sendo que, principalmente nos turnos da manhã em dias úteis, permaneciam três elementos para que fosse possível a prestação de cuidados no hospital de dia que também compõe este serviço e funciona todos os dias úteis das 9h-18h. O serviço dispõe ainda de uma zona lúdica que tem o apoio de uma educadora de infância e de uma professora primária nos dias úteis entre as 9h e as 17h.

O desempenho das funções da equipa de enfermagem são sustentadas com base no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e recorrendo ao método individual como organização do trabalho, com um enfermeiro responsável por turno.

Com a noção do que o período de hospitalização representa para a criança/jovem e pais/cuidadores um momento de stress e de alteração das suas rotinas, de forma a minimizar o seu impacto negativo, o serviço promoveu algumas estratégias como permitir trazer objetos pessoais da criança como roupa e brinquedos, a presença de uma pessoa significativa durante o período noturno e dois acompanhantes durante o período diurno, permite a visita dos irmãos e criou uma zona lúdica onde as crianças podem brincar e ter acesso a televisão com canais infantis disponíveis. Atualmente o serviço não dispõe de televisões nos quartos nem acesso a rede *Wifi*, sendo considerado um aspeto menos positivo do serviço, no entanto, a equipa está a trabalhar em conjunto com a direção do centro hospitalar de forma a que as mesmas sejam disponibilizadas e suprimir essa lacuna.

Foi possível observar a notória sensibilidade da EEESIP orientadora ao longo dos turnos no que se refere à promoção do conforto físico e emocional, no sentido de tentar, tanto quanto possível manter as rotinas da criança; respeitar os períodos de descanso; permitir a presença e colaboração dos pais/cuidadores através da realização de ensinamentos e disponibilização de tempo para satisfazer as dúvidas, diminuir as angústias e receios; adoção de intervenções em

procedimentos dolorosos através de estratégias não farmacológicas para alívio da dor; avaliação regular da dor com recurso a instrumentos adequados à sua faixa etária; cuidados baseados na negociação e envolvimento da criança/jovem e pais/cuidadores, sustentados no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

Sempre que necessário, durante o período de internamento, a criança é avaliada por outras especialidades médicas como oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia, ortopedia, cardiologia pediátrica no próprio Centro Hospitalar, caso não exista a especialidade necessária, a observação pode ser realizada noutros Centros Hospitalares.

O serviço de pediatria deste hospital, dispõe de consulta de diabetes infantil conduzida por uma enfermeira EEESIP que se dedica exclusivamente a estas funções. A consulta é realizada pela enfermeira e em parceria com as médicas que acompanham as crianças desde o diagnóstico inicial até à sua idade adulta. Aquando do diagnóstico de diabetes inaugural a criança/jovem é estabilizada na UUP e depois segue para o SIP, neste momento o acompanhamento passa a ser realizado pela enfermeira da consulta que a visita e aos seus pais/cuidadores no sentido de que estes se adaptem à nova realidade e passem a ser autónomas na gestão da doença. Após alta clínica do SIP e numa fase inicial, são agendadas consultas semanais e à medida que a autonomia da criança/jovem e seus cuidadores se torna mais eficaz, as consultas passam a ser mais espaçadas.

Durante o período de estágio no SIP, foi-me dada a oportunidade de assistir e colaborar na realização das consultas de diabetes e foi notória a disponibilidade que a EEESIP tem para com as crianças/jovens e cuidadores na gestão de todo este processo de doença que se revela muito difícil, através da realização de contactos telefónicos regulares e monitorização da gestão dos valores de glicémia e cetonémia por programa informático partilhado.

Ao longo da primeira semana de estágio realizei a consulta das normas e procedimentos o que se revelou uma mais valia e facilitou a integração no serviço, principalmente no que respeita ao conhecimento das rotinas.

Durante o período de estágio realizado no SIP a ocupação foi muito reduzida, estando em média internadas cerca de seis crianças com patologias do foro respiratório, geniturinária e gastrointestinal, e ainda cuidados pré e pós-cirúrgicos em regime de ambulatório.

Relativamente ao projeto profissional neste contexto, realizamos na segunda semana de estágio, uma reunião com a enfermeira chefe e a EEESIP orientadora para identificar as necessidades do serviço no que concerne à promoção da parceria de cuidados. Sendo um serviço que presta cuidados norteados pelo Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e tendo em conta que nos contextos anteriores onde realizei estágio os projetos foram dirigidos maioritariamente para a equipa de enfermagem, após análise e discussão das necessidades do serviço de acordo com o tema em estudo, foi percebido que não existia no serviço um questionário de avaliação de satisfação às crianças/jovens e seus pais/cuidadores.

Na terceira e quarta semana de estágio foi realizada a pesquisa bibliográfica sobre o tema e decididos os itens relevantes para aplicar no questionário, tendo sido selecionados: o acolhimento, a prestação de cuidados, o envolvimento da família e a organização do espaço físico (Apêndice VII).

Por impossibilidade de reunir a equipa e alguns constrangimentos em relação aos rácios de enfermagem, não me foi possível realizar a apresentação do questionário, então consideramos que seria vantajoso realizar uma breve pesquisa bibliográfica que elucidasse a equipa acerca do tema e também acerca da importância da aplicação de questionários para avaliação da satisfação dos utentes e da melhoria contínua dos cuidados.

Em cima da mesa ficou a proposta de que seja criado um grupo de trabalho entre os enfermeiros da equipa e que se realize uma análise anual com apresentação dos resultados colhidos no questionário, no sentido da melhoria contínua do serviço e dos cuidados de enfermagem prestados.

### **2.2.3. Unidade de Cuidados Especiais Neonatais**

A UCEN foi o último contexto de estágio da Unidade Curricular Estágio Final e também o mais esperado, não apenas pelo desejo de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências nesta área, mas também pelo facto de ter sido o contacto com esta realidade a nível pessoal que me fez mudar de vida e decidir ser Enfermeira. O meu pequeno, agora crescido, dependeu de todos esses cuidados, não apenas ele, mas todos nós que caminhamos nesse tão difícil processo.

Tendo em conta o tema do projeto profissional que desenvolvo ao longo deste percurso, foi também uma fase que em perspetiva acreditei que seria mais uma oportunidade de o desenvolver e implementar atividades que representariam uma mais valia para a unidade.

Assim, tendo em consideração o objetivo geral do projeto, definimos como objetivos específicos para o estágio na UCEN:

- Conhecer a assistência prestada ao RN e pais/cuidadores neste serviço;
- Identificar as necessidades do serviço no que concerne à promoção da parceria de cuidados;
- Prestar cuidados de enfermagem diferenciados ao RN e pais/cuidadores.

Seguindo as etapas do trabalho de projeto, de forma a darmos resposta aos objetivos definidos, planeamos e executamos as seguintes atividades:

- Perceção das instalações, recursos, equipa multidisciplinar e funcionamento da unidade;
- Consulta de normas e protocolos existentes no serviço;
- Compreensão da articulação entre o serviço e outros recursos de saúde;
- Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem e modelo teórico que suporta a prestação de cuidados;
- Reunião com enfermeiro chefe e EEESIP orientador para identificar as necessidades do serviço no que concerne à promoção da parceria de cuidados;
- Operacionalizar estratégias que permitam colmatar as necessidades identificadas;
- Observação da prestação de cuidados do EEESIP;
- Prestação de cuidados ao RN e pais/cuidadores;
- Realização de pesquisa bibliográfica necessária na área específica da neonatologia e da promoção da parceria de cuidados;
- Identificação das estratégias utilizadas pelo EEESIP para a promoção da parceria de cuidados.

O estágio na UCEN decorreu no período entre 12 de dezembro de 2022 a 3 de fevereiro de 2023. As primeiras cinco atividades foram cumpridas na primeira semana de estágio, e as restantes ao longo de todo o estágio.

A unidade funciona ininterruptamente e tem capacidade para o internamento de oito RN, quatro em incubadora, estando uma reservada para situações de emergência, e quatro RN em berço. Se os RN internados não necessitarem de permanecer em incubadora e a necessidade de internamento for superior aos berços disponíveis, estas, à exceção da reservada para as emergências, são substituídas por berços.

A unidade entre outros espaços, possui uma copa de leites, onde se armazenam e preparam o leite adaptado e o leite materno previamente identificados e refrigerados de acordo com as normas. Possui ainda uma sala denominada “sala dos pais”, construída e decorada por uma marca, onde são disponibilizados cadeirões confortáveis, bombas de extração de leite materno que podem ser utilizados através da disponibilização de kits individuais, onde as mães podem confortavelmente extrair leite materno. Esta sala ainda disponibiliza um dossier criado pela equipa de enfermagem com as mais diversas informações que objetivam preparar e informar os pais para esta fase de vida, têm ainda acesso a folhetos que podem levar consigo e alguns materiais disponibilizados por empresas que podem dar suporte a esta fase inicial de adaptação, como por exemplo, fraldas e amostras de cremes para o RN e a sua mãe.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, pediatras, assistentes operacionais, administrativas, psicóloga e assistente social. A equipa de enfermagem é constituída pelo enfermeiro chefe, especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, nove EEESIP, um especialista em enfermagem médico-cirúrgica e seis enfermeiros de cuidados gerais. Estão presentes três enfermeiros no turno da manhã e dois no turno da tarde e noite, desempenhando as suas funções assentes no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e recorrendo ao método individual como organização do trabalho, sendo designado um enfermeiro chefe de turno.

Os RN internados na UCEN são provenientes do bloco de partos, do serviço de urgência ginecológica/obstétrica, do serviço de ginecologia e obstetrícia, da unidade de urgência pediátrica e de outros centros hospitalares e podem permanecer na unidade até completarem 28

dias de vida (idade corrigida). Caso seja necessário manter o período de internamento, após os 28 dias são transferidos para o serviço de internamento de pediatria onde é dada continuidade aos cuidados.

Sempre que seja necessário, os RN são observados por outras especialidades neste Centro Hospitalar, nos casos em que a especialidade não esteja disponível são encaminhados para observação médica ou até realização de exames de diagnóstico para outros Centros Hospitalares.

A unidade por razões estruturais não permite a permanência dos pais por 24 horas, tendo estabelecido o período entre as 9 e as 22h em que podem permanecer os dois pais, os irmãos podem visitar o recém-nascido entre as 19h e as 20h e dos avós entre as 14h e as 17h. As rotinas do serviço são ajustadas também à disponibilidade dos pais, para que seja permitido que os cuidados ao RN possam maioritariamente ser prestados por estes. Um exemplo é a definição da hora dos cuidados de higiene e conforto, a equipa de enfermagem tenta perceber a disponibilidade dos pais para participarem e optam por aguardar a sua chegada para que sejam feitos os ensinamentos necessários e lhes seja dada autonomia. Estes cuidados estão de acordo com o princípio que a alta clínica é preparada logo desde o momento de admissão do RN.

Durante o período de estágio os RN internados eram essencialmente para ganho de autonomia alimentar por prematuridade, risco infeccioso para realização de antibioterapia endovenosa e risco social. Ao longo dos turnos existiram poucos internamentos na unidade, sendo que o máximo de RN internados foram quatro e com estabilidade hemodinâmica. Tendo em conta o projeto profissional que tencionava desenvolver, o baixo número de internamentos revelou-se uma vantagem pois assim foi possível disponibilizarmos tempo para a realização de ensinamentos, esclarecimento de dúvidas e ainda permitir que os pais expusessem as suas angústias e receios.

Este período ainda representou o desafio de aprofundarmos conhecimentos na área da neonatologia por partilha de casos com as colegas do serviço, de forma a complementar as aprendizagens obtidas nas unidades curriculares lecionadas ao longo do mestrado, permitindo elevar a qualidade dos cuidados prestados.

Para além dos cuidados prestados ao RN e pais de acordo com o motivo que determinou o internamento do RN, também se realizam testes no âmbito da vigilância de saúde e deteção precoce de problemas de saúde, nomeadamente o rastreio auditivo neonatal, o rastreio das cardiopatias congénitas por oximetria de pulso e o teste de diagnóstico precoce, sendo estes dois últimos realizados pelos enfermeiros.

Os cuidados de enfermagem prestados são centrados na família e os pais considerados parceiros de cuidados numa partilha de conhecimentos através da realização de ensinamentos direcionados para esta fase de vida que promovem a adaptação ao neonato tendo em conta as suas limitações que justificam a sua permanência nesta unidade. As intervenções autónomas do EEESIP centram-se na adaptação à parentalidade, na promoção do aleitamento materno e nos cuidados de higiene e conforto. O EEESIP incentiva e negocia o envolvimento dos pais nos cuidados ao RN, com vista à sua autonomia, através da promoção da adaptação à parentalidade fornecendo-lhes meios e conhecimentos, treinando-os e apoiando-os nesse papel.

Esta unidade tem desenvolvido projetos no âmbito da promoção de saúde onde são realizadas frequentemente sessões de educação para a saúde aos pais com o intuito de lhes apresentar vários temas, nomeadamente sobre a prevenção de acidentes, obstrução da via aérea, o aleitamento materno, a gestão dos períodos de repouso. Como durante o período de estágio existiu um número reduzido de RN com necessidade de internamento na unidade e a presença dos pais não era contínua, observei que, quando a alta clínica estava programada, iniciavam o esclarecimento de dúvidas e abordagem dos temas referidos anteriormente de forma individual. Cada RN internado tinha uma tabela que norteava os enfermeiros acerca dos temas a abordar, assim em cada turno, era um cuidado da equipa avaliar os temas em falta e optavam por ir esclarecendo e assinalando. Aquando dessas sessões individuais de educação em saúde eram também disponibilizados folhetos informativos e também o *link* do blog da unidade para que os pais pudessem ir acedendo a atualizações e informações úteis para o desenvolvimento saudável do seu RN.

Após a alta clínica a UCEN dispõe da possibilidade de que seja realizada uma visita domiciliar pelos enfermeiros que compõem a equipa, no entanto, a realização desta visita depende da aceitação dos pais. O objetivo da visita domiciliária é verificar o adequado desenvolvimento do RN e adaptação dos pais/cuidadores a esta nova fase. Quando algum dos

parâmetros avaliados preocupa o enfermeiro que realiza a visita, é realizada uma referência para consulta o mais brevemente possível. Não chegámos a realizar nenhuma visita domiciliária nesse período, mas acompanhamos um caso em que tinha existido perda ponderal num RN e foi possível verificar a comunicação e agendamento de consulta de pediatria para reavaliação num curto espaço de tempo.

Com a permissão ou não para a realização da visita domiciliária, todos os RN na altura da alta são referenciados para os cuidados de saúde primários. A informação é transmitida por via e-mail para a Unidade onde posteriormente irá realizar a sua vigilância de saúde. Também é produzida a nota de alta de enfermagem com toda a informação necessária, que é fornecida e anexada ao boletim individual de saúde e também enviada por e-mail para a unidade de cuidados de saúde primários, garantindo assim uma continuidade de cuidados.

Na unidade os processos dos RN estão informatizados utilizando o programa SClínico®, com linguagem CIPE onde são cumpridas todas as suas etapas definidas e efetuados os respetivos registos, permitindo assim a continuidade dos cuidados.

Na primeira semana de estágio realizei a consulta de normas e procedimentos da unidade o que facilitou a minha integração e a uniformização da prestação de cuidados com os restantes elementos da equipa de enfermagem. A minha EEESIP orientadora era o segundo elemento do serviço, responsável pela gestão do material clínico e na ausência do enfermeiro chefe, também geria a equipa e questões que poderiam surgir relacionadas com o funcionamento do serviço o que se revelou uma mais valia.

No que concerne ao tema do projeto profissional e considerando a literatura, a presença dos pais junto da criança/jovem e dos cuidados que lhe são prestados, permitem tornar o processo de hospitalização o menos negativo possível para os intervenientes, diminuindo os sentimentos negativos e a insegurança. Sendo evidenciada a necessidade de permitir a participação dos pais nos cuidados de saúde, tal como ceder toda a informação sobre o estado de saúde da criança, de forma adaptada, para diminuir o impacto na família e consequentemente na criança (Pedroso, 2017).

Assim, a aproximação dos pais à criança/jovem, não apenas física, mas também como agentes ativos nos cuidados prestados, atenua sentimentos despoletados pela hospitalização, como ansiedade, tristeza, medo, stress, sofrimento e insegurança. Ao perceber as relações familiares e as preocupações, o enfermeiro deve promover uma relação de confiança e segurança, pelo que irá mais facilmente obter uma colheita de dados o mais completa possível, permitindo-lhe em parceria com a família, planear as intervenções de enfermagem e, consequentemente a prestação de cuidados e a autonomia dos pais (Pedroso, 2017).

As intervenções da EEESIP para a promoção da parceria de cuidados vão ao encontro das medidas referidas nos estudos abordados e é notório o estabelecimento de relações de confiança e parceria com os pais dos RN internados na unidade. No entanto, percebemos que para a realização de procedimentos invasivos era sempre solicitado aos pais que aguardassem na “sala dos pais”.

Tendo em conta o tema do projeto profissional, discutimos com a EEESIP a possibilidade de que fosse alterada esta realidade, dando a escolher aos pais permanecer ou não junto do seu RN nesse momento, onde apresentamos as vantagens para a tríade. Apesar disso, a nossa proposta não foi aceite.

No sentido de amenizar os sentimentos despoletados nos pais, propusemos a realização de um folheto que pudesse estar disponível na “sala dos pais” onde fossem explicadas as medidas adotadas para controlo da dor e desconforto no RN durante os procedimentos invasivos ou sempre que necessário (Apêndice VIII). O folheto foi submetido a correções e posterior aprovação do enfermeiro chefe e apresentado à equipa que considerou uma mais valia.

Apesar disso, facilmente identificável a sensibilidade de toda a equipa de enfermagem nos cuidados autónomos para o controlo da dor nos RN e para a promoção do conforto. Como principais cuidados, os enfermeiros tinham em conta o ruído ambiental, os cuidados ao RN agrupados de forma a promover os ciclos de sono e vigília, a alternância de decúbitos, mantendo o RN confortável com recurso aos ninhos. Outra preocupação que está presente na unidade é a avaliação frequente da dor e a utilização de medidas não farmacológicas de alívio da dor durante procedimentos dolorosos, como a administração de sacarose a 24%, contenção física para sua organização e gestão dos períodos de repouso entre procedimentos dolorosos.

### **3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS**

A análise reflexiva das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica desenvolvidas ao longo dos períodos de estágio, assim como as de mestre em enfermagem, a seguir referidas, tem como base a legislação em vigor, sendo o Regulamento nº 140/2019, Regulamento nº 422/2018 e o Decreto-Lei nº 63/2016, respetivamente.

#### **3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

##### **3.1.1 - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

- Adquire uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.  
Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. desenvolver

A prestação de cuidados ao longos dos estágios tiveram sempre por base os princípios éticos da beneficência, da não maleficência, da justiça e do respeito pela autonomia e pela e a deontologia profissional.

Uma ação beneficiante é aquela que se realiza em benefício dos outros e o princípio de beneficência refere-se à obrigação moral de atuar em benefício dos outros, tendo em vista a promoção dos seus interesses. Assim sendo, não se deve causar dano ou mal, mas também prevenir o dano ou o mal evitando-o e rejeitando-o e em simultâneo fazer e promover o bem, onde se refere ao princípio da não maleficência (Cantabrana, 2018).

A “justiça é o valor de dar a cada um o que lhe corresponde, dentro de um vínculo de reconhecimento recíproco, ou seja, quem tem uma exigência válida baseada na justiça tem um direito, e portanto, deve-se-lhe alguma coisa. Uma situação de justiça apresenta-se sempre que as pessoas são credoras de benefícios ou cargas a causa das suas qualidades ou circunstâncias particulares” (Cantabrana, 2018).

Segundo os princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2006, p. 5), descrito no artigo 5º “a autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respetiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada. No caso das pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses”.

A deontologia também descrita como um dos princípios “garante um bom exercício profissional” (Nunes, 2011, p.1).

Na prática diária foi consistente o princípio da beneficência, ou seja, agimos para o benefício da criança/jovem e pais/cuidadores, tendo como base o seu superior interesse e também respeitando a sua autonomia, de acordo com a sua fase de desenvolvimento e situação particular.

De acordo com a orientação da Deontologia Profissional do Enfermeiro, a nossa atividade foi orientada pelos princípios da responsabilidade, do respeito pelos direitos humanos, direito ao cuidado, direito à vida e qualidade de vida, do respeito pela intimidade, do respeito da pessoa em fim de vida, pela excelência do exercício, dos deveres de informação e de sigilo, da humanização dos cuidados e salvaguarda dos direitos das crianças (Lei nº 156, 2015).

Nos serviços onde realizámos estágio, os processos das crianças/jovens estavam informatizados com recurso ao programa Sclínco®, embora em alguns casos, também existissem registos em papel no processo individual no sentido de nortear algumas ações de enfermagem. O registo de todas as avaliações e intervenções realizadas ao longo do turno ou a sua consulta permite responsabilizar-nos pelos cuidados prestados e assim garantir a continuidade dos cuidados.

No que concerne à população e a sua variabilidade, observamos que na área geográfica onde realizamos estágio recorrem pessoas de várias nacionalidades, com contextos socioculturais, étnicos e económicos diferenciados e os cuidados prestados não foram diferenciados, mas sim equitativos e sem discriminação, respeitando a intimidade de cada criança/jovem e pais/cuidadores tendo em conta as suas crenças e costumes.

A gestão de cuidados foi por nós priorizada de acordo com a avaliação de cada situação o que permitiu prestar cuidados em tempo útil que não prejudicasse a criança/jovem. Relembramos o UUP, que mesmo nos casos em que o tempo de espera para observação médica era superior ao preconizado, os pais/cuidadores eram informados e era disponibilizada nova reavaliação pela equipa de enfermagem caso existisse alguma alteração no estado da criança/jovem que os preocupasse. Tal como nas situações que não eram da nossa área de competência, era promovido o seu encaminhamento ou resolução breve da questão, lembre-me que no SIP estava internada uma criança com uma bomba infusora de insulina recente a EEESIP orientadora solicitou apoio à EEESIP da consulta de diabetes que se deslocou ao serviço para resolver a situação e realizar ensinamentos à equipa.

No que se refere aos deveres de informação e o dever de sigilo, aquando da ausência dos pais/cuidadores estes eram informados do estado da criança/jovem e dos cuidados prestados e as informações eram transmitidas apenas às pessoas responsáveis, tal como após a realização dos registos existia o cuidado de ser encerrada a sessão do sistema informático Sclínco®. Neste período de estágio, em todos os locais também participamos na realização de registos com a senha da EEESIP orientadora, sempre com a sua supervisão e aprovação.

Outra preocupação presente nos contextos de estágio por onde tive o privilégio de adquirir competências, foi o respeito pela intimidade e privacidade entendido como um direito das crianças/jovens e seus pais/cuidadores, sendo que foram protegidos durante a prestação de cuidados. Nem sempre as estruturas físicas dos serviços de internamento são benéficas para o cumprimento desta intervenção. Embora conscientes desta realidade, na UCEN, os RN estão inseridos no mesmo espaço comum e no momento da passagem de turno, a equipa desloca-se para outra área, diferente da sua área de trabalho, com o objetivo de garantir a privacidade. Nos restantes serviços a sala de registos, onde se efetuam as passagens de turno, permite manter a

privacidade porque é individualizada e a porta encerrada durante esse momento, tal como, na USF as consultas são individuais e em gabinete encerrado.

Em relação à segurança e tendo em conta a noção que o utente pediátrico está sempre mais exposto aos riscos de acidentes, os serviços de internamento dispunham de pulseiras eletrónicas e portas de acesso encerradas com código e autorização para o seu acesso, as janelas também encerradas permanentemente. Era uma preocupação constante da equipa de enfermagem o cumprimento destas medidas de segurança, tal como, a prevenção do risco de queda, tendo o cuidado de elevar as grades das camas e alertar os pais/cuidadores para esta realidade e ainda a identificação da criança/jovem com a colocação de uma pulseira com o seu nome.

De forma a garantir a segurança da criança no serviço de pediatria médica lembrávamos frequentemente os pais para manterem a grade da cama elevada e na UCSP para permanecerem sempre junto da criança quando esta se encontrava em cima da maca e assim prevenir quedas acidentais. Ainda relativamente à segurança, garantimos que a porta dos serviços permaneça sempre fechadas, o que permite um controlo total de quem entra ou sai do serviço. Também garantimos a correta identificação das crianças internadas, quer pela colocação de pulseiras de identificação, quer pela identificação da unidade.

### **3.1.2 - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.
- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.
- Garante um ambiente terapêutico e seguro.

A governação clínica traduz uma estratégia de modernização e de melhoria da qualidade do sistema de saúde envolvendo o enfermeiro nos processos de gestão e tomada de decisão, exigindo um forte envolvimento na gestão do cuidado, com reflexos significativos na qualidade do cuidado prestado à pessoa (Guerra & Araujo, 2021). Assim, o foco de atenção é a saúde e o bem estar da criança, numa cultura orientada para os resultados, ou seja, para os ganhos em saúde, onde é fulcral o envolvimento de todos os profissionais (Santos & Sá, 2016). Da

excelência do exercício profissional, refletimos e analisamos as nossas práticas, com o intuito de identificar eventuais falhas que careçam de mudança de comportamentos (Lei nº 156, 2015).

Ao longo do estágio seguimos como diretrizes dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (OE, 2017).

No âmbito da promoção da saúde foram aplicadas intervenções de enfermagem em todos os contextos. As intervenções respeitantes a este assunto eram programadas de acordo com a faixa etária e fase de desenvolvimento da criança/jovem a quem prestamos cuidados. Na realização de estágio no SIP e na participação na consulta da diabetes foi notório o esforço e dedicação da enfermeira EEESIP na abordagem de temas como a alimentação, o desporto e os períodos de repouso associados à melhor gestão da doença. A EEESIP disponibilizava tempo para que as crianças/jovem expusessem as suas dúvidas e juntos tentavam definir estratégias que fossem promotoras de saúde e que também se adequassem às rotinas e gostos das crianças/jovens, contribuindo assim para a sua adesão. Com estes cuidados fornecemos informações orientadoras dos cuidados antecipatórios, dirigidas aos pais/cuidadores, para maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil (OE, 2017).

Na prática de cuidados a manutenção de um ambiente seguro é fulcral para a qualidade dos mesmos. A segurança nos cuidados é uma premissa fundamental para a sua qualidade e sobretudo para a qualidade dos cuidados de enfermagem (Picado, 2013). A gestão do risco é tida como uma área onde os profissionais de enfermagem assumem uma enorme responsabilidade, permitindo minimizar as consequências ou recorrências, conduzindo ao aumento da segurança (Ramos & Trindade, 2011).

A identificação de situações de risco ou práticas de risco constituiu uma preocupação ao longo dos ensinamentos clínicos. No contexto de estágio de cuidados de saúde primários na USF foi o local onde mais se efetivou a gestão de risco direcionada para os cuidados antecipatórios, sendo que nas consultas de desenvolvimento infantil são abordados temas que além de estarem de acordo com a faixa etária em questão e o PNSIJ, também eram feitos ensinamentos respeitantes aos cuidados específicos da fase do ano acerca da segurança e prevenção de acidentes. Quando realizamos o estágio na USF aproximava-se a altura do verão e juntamente com a EEESIP nas consultas referíamos os cuidados a ter com a exposição solar e prevenção de afogamentos.

No que concerne à prevenção de riscos ambientais, também era um cuidado constante nos locais onde realizei estágio, principalmente nos aspetos que poderiam provocar lesões nas crianças/jovens. Relembramos os cuidados constantes com a substituição dos locais de colocação dos sensores de oximetria, substituição de adesivos das sondas nasogástricas e acessos venosos periféricos a fim de evitar lesões na pele, tal como ensinamentos aos pais/cuidadores para monitorização do membro quando a criança/jovem realizava soroterapia no sentido de prevenção de infiltrações, tal como era constante a nossa avaliação e preocupação com este aspeto. Outro aspeto também frequentemente referido era a necessidade de colocar sempre as grades da cama ou garantir que a criança estava segura quando os pais/cuidadores não estavam por perto ou se afastavam da criança. Na USF era constante os pais/cuidadores afastarem-se da criança para ir buscar fraldas, roupas ou até o Boletim de Saúde Infantil e não garantir a segurança, era constantemente alertado o risco de queda, tal como o facto de por vezes chegarem à consulta sem a correta colocação dos cintos de segurança da cadeira.

As medidas de prevenção e controlo de infeção foram fortemente reforçadas e presentes em todos os locais de estágio. Na USF por vezes a consulta à criança era realizada numa sala de tratamentos onde também se realizavam pensos a feridas crónicas e cirúrgicas, tal como outros cuidados a utentes adultos. Tendo a noção dos riscos existentes para a criança/jovem, a equipa de enfermagem tinha o cuidado de higienizar as superfícies sempre que terminavam um tratamento.

Nos serviços de internamento, sempre que permitido, incentivámos a presença dos pais/cuidadores junto da criança/jovem, pois, tal como sustentado no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, como sendo essencial para seu bem-estar, amenizando a hostilidade do ambiente hospitalar e contribuiu com a adaptação da criança/jovem a este meio (Santos & Príncipe, 2020). A presença dos pais/cuidadores também têm um elevado contributo para a equipa de enfermagem sendo que estes proporcionam segurança e tranquilidade, aceitação e superação de obstáculos ao prestarem-lhe os cuidados familiares, promovendo assim o seu conforto e sensação de segurança (Santos & Príncipe, 2020).

### 3.1.3 - Domínio da gestão dos cuidados

- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

As EEESIP orientadoras que nos acompanharam ao longo dos estágios nos serviços de internamento, para além de se encontrarem na prestação direta de cuidados também assumiam funções de chefia de equipa. O facto de colaborarmos com o desempenho desta função que consideramos fulcral para a garantia de uma gestão eficaz dos recursos e dos cuidados de enfermagem. Durante as passagens de turno percecionávamos o grau de complexidade da situação de doença dos utentes e realizávamos a sua distribuição pelos vários elementos da equipa de enfermagem, tendo em conta as necessidades e competências de cada um. Assim sendo, quando existia alguma criança/jovem internado que exigia cuidados mais complexos e por isso mais disponibilidade do enfermeiro, essa questão era tida em conta e o enfermeiro ficava responsável por menor número de utentes.

Por vezes durante os turnos era necessário reajustar a distribuição definida inicialmente no sentido de ser garantida a prestação de cuidados a todas as crianças/jovens internados. No SIP, devido à necessidade de receber crianças provenientes da UUP, delegamos tarefas a cada elemento da equipa de enfermagem e assistentes operacionais de forma a reajustar e reorganizar o plano definido inicialmente, promovendo uma gestão eficaz e mantendo a qualidade dos cuidados prestados.

As EEESIP que acompanhamos ao longo dos estágios representam um elemento de referência para os restantes membros da equipa de enfermagem, sendo que em situações de dúvidas ou dificuldades, é a este que recorrem. Na USF a única EEESIP foi a minha enfermeira orientadora, existiam outros elementos que eram especialistas noutras áreas e como desenvolvem funções como enfermeiros de família, sempre que surgiam questões em relação aos cuidados prestados ao longo do ciclo vital, os enfermeiros especialistas eram consultados pelos outros elementos da equipa, o que contribuiu para efetiva qualidade de cuidados.

Tal como as EEESIP são consideradas referência, também reconhecem os limites das suas competências e sempre que consideramos necessário referenciamos as crianças/jovens para outros profissionais de saúde. Tal como exemplificado anteriormente, no SIP, quando os conhecimentos acerca do manuseamento e reprogramação da bomba infusora de insulina não eram os suficientes para garantir um cuidado de qualidade, solicitou-se a presença da EEESIP da consulta de diabetes que nos prestou os devidos esclarecimentos. Na UCEN também nos foi dito por uns pais que teriam insuficiência económica e solicitamos a colaboração da assistente social.

### **3.1.4 - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

A capacidade de desenvolvermos o autoconhecimento é o primeiro passo para satisfazer as nossas limitações e fragilidades e assim podermos caminhar na direção da excelência do exercício profissional e na relação com o outro.

Além da aquisição de novos conhecimentos que surgem também com novos desafios aos quais estamos muitas vezes expostos na nossa prática diária, é de todo importante reconhecer que também os conhecimentos adquiridos vão sofrendo atualizações, assim, consideramos que a prática baseada na evidência é instrumento essencial para a tomada de decisão sobre os cuidados a prestar que, aliada à competência individual contribui para a qualidade dos cuidados.

“A prática de enfermagem baseada na evidência afigura-se como uma forma rigorosa, metódica e estruturada de promover práticas profissionais que, em regra, assumem-se-ão como as mais adequadas e seguras, otimizando os recursos disponíveis, considerando o envolvimento e participação de todos os intervenientes nos complexos processos terapêuticos e de tomada de decisão. Subsequentemente são expectáveis ganhos em saúde e melhores resultados para as pessoas, para os profissionais e ainda para as próprias organizações” (Pereira, 2021, p 17).

Decidimos frequentar o mestrado em enfermagem e na área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica teve como principal motivação o interesse por esta área específica e a procura de novos e mais específicos conhecimentos. Assim fomos aproveitando todos os momentos que surgiram ao longo dos estágios para consolidamos conhecimentos e rentabilizamos oportunidades de aprendizagem.

Durante o estágio na USF e na UUP, atuámos como formadores em sessões à equipa de enfermagem, partilhando conhecimentos atuais e aprofundados, provenientes da evidência científica, contribuindo para a melhoria da qualidade de cuidados relacionados com o tema do projeto desenvolvido.

Ainda no âmbito da realização do mestrado, realizamos um artigo científico, nomeadamente uma scoping review que pretendeu identificar a importância da presença dos pais/cuidadores na realização de procedimentos invasivos à criança, com recurso a método de pesquisa adequados que sustentaram a fundamentação de muitas das nossas intervenções na prestação de cuidados.

## **3.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

### **3.3.1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.**

Cuidar com excelência de crianças/jovens implica parceria de cuidados com os pais/cuidadores, sendo a comunicação adequada fundamental. O recurso a uma comunicação clara e eficiente, um discurso esclarecedor, transmitindo informação relativa à situação da criança/jovem de forma a promover a relação empática com os pais/cuidadores facilita todo o processo. O enfermeiro deve demonstrar disponibilidade e estar presente durante a realização dos procedimentos, de forma a transmitir sentimentos de segurança e realizar ensinamentos pertinentes quando a situação o exija (Pedroso, 2017).

Na abordagem aos pais/cuidadores mantivemos sempre uma postura empática, valorizando as suas preocupações e transmitindo as informações numa linguagem clara, procedendo depois à validação da sua compreensão e disponibilizando tempo sempre que se mostrou necessário.

A comunicação com as crianças/jovens, dependeu sempre de ajuste ao seu estágio de desenvolvimento e capacidade de compreensão, sempre acompanhada de uma postura calma e segura, dando-lhes tempo para se sentirem confortáveis com a nossa presença e aceitarem comunicar.

A hospitalização da criança/jovem representa um momento de instabilidade e elevado desequilíbrio no sistema familiar, podendo desencadear uma situação de crise e influenciar negativamente o comprometer o papel parental (Pedroso, 2017). Como intervenção autónoma, ao longo dos estágios, focou-se principalmente na promoção da adaptação à parentalidade tendo em conta o contexto onde a criança/jovem estava inserida, investindo no envolvimento dos pais/cuidadores na prestação de cuidados e na sua capacitação perante um processo de doença nos casos de necessidade de internamento ou aquisição de competências nos casos de consulta de pediatria na USF.

Apesar da grande maioria dos contextos onde realizamos estágios ser focada na situação de doença, sempre que foi oportuno o momento aplicámos intervenções direccionadas para a adoção de comportamentos potenciadores de saúde. Essas intervenções abrangiam focos diferenciados de cuidados e direccionadas para a fase de desenvolvimento da criança/jovem que estava a nosso cuidado. Foram partilhados conhecimentos direccionados com a área da alimentação, educação e adaptação a novos ambientes escolares, segurança e acidentes, higiene e conforto, entre outros.

O contexto onde mais existia a possibilidade de promover a saúde foi na USF, nas consultas de desenvolvimento infantil, tendo como orientação o PNSIJ, a promoção de saúde, sendo este um dos seus objetivos principais (DGS, 2013b). Nesta consulta avaliámos os conhecimentos e comportamentos relativos à saúde e promovemos a adesão ao plano de vacinação, à alimentação saudável, aos corretos hábitos de sono, de higiene, de higiene oral, e de adoção de estilos de vida saudáveis, promovemos a prevenção de acidentes e o desenvolvimento de competências parentais e ensinámos cuidados promotores do desenvolvimento.

O contacto com estes contextos de cuidados diferenciados entre si, permitiram a consolidação de conhecimentos sobre temáticas e situações de doença que não são frequentes no serviço onde desempenho cuidados, na unidade de urgência pediátrica. O contacto com os cuidados pré e pós UUP foram de imensa relevância e contributo para a nossa prática diária,

que apesar de na grande maior parte dos casos ser breve, podemos também ter contributos para a promoção de saúde, adoção de estilos de vida saudáveis e ainda a partilha de conhecimentos que podem contribuir para a resolução autónoma dos pais/cuidadores de situações de doença na criança.

No serviço onde desempenho cuidados, tal como no serviço de UUP onde realizámos estágio existiam recorrências por insucesso no aleitamento materno, dúvidas sobre a higiene nasal e gestão de cólicas no RN. Motivos que segundo o princípio da UUP não seriam justificados, posto isto, aquando do contacto com este tipo de casos, sempre que a situação o permita, desenvolvemos um conjunto de intervenções que contribuam para a capacitação parental e assim também diminuir o número de recorrências, tal como, aumentar a autonomia e confiança dos pais/cuidadores.

Também era uma atenção frequente e presente em todos os contextos a especial atenção acerca os sinais e sintomas de maus tratos ou negligência nas crianças/jovens por nós observados e em caso de necessidade era realizada a sua referenciação para a NACJR, de acordo com os procedimentos institucionais.

### **3.3.2 - Cuida da criança/jovem em situações de elevada complexidade**

O facto de desempenhar funções atualmente numa UUP permitiu-nos manter e desenvolver as nossas capacidades de avaliação da criança/jovem breves e eficazes em situações críticas, onde inaptamente identificamos situações de instabilidade e agimos em conformidade. No entanto, apesar de atendermos crianças/jovens desde os zero e os dezassete anos e trezentos e sessenta e quatro dias de vida, o contacto com o RN em situação de instabilidade é menos comum. Durante período de estágio na UCEN não houve necessidade de internamento de RN com instabilidade clínica, no entanto, mostrou-se de todo importante pelo facto de nos permitir um contacto mais próximo com uma realidade que por vezes nos é distante.

No que concerne à avaliação da dor, também este considerado um cuidado de elevada complexidade, a sua gestão foi sempre um dos focos de atenção na prática de cuidados. No SIP a dor é um indicador de qualidade, tendo por base a Carta da Criança Hospitalizada “as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (OE, 2008). Posto

isto, e tendo como definido este indicador, a avaliação da dor na criança/jovem era realizada em todos os turnos com recurso a instrumentos de avaliação da dor adequados a cada faixa etária e situação específica. Após a adoção de medidas farmacológicas ou não farmacológicas para alívio da dor, procedíamos à sua reavaliação sendo esse o resultado da aplicação das nossas intervenções.

As intervenções de enfermagem para gestão da dor na criança/jovem eram adequadas à faixa etária da criança/jovem com recurso a produtos e materiais que se têm mostrado eficazes. Na UCEN, exceto em situações que assim o exigiam, a realização de procedimentos invasivos eram programados para quando fosse necessária a manipulação do RN com o intuito de diminuir a manipulação e contribuir para manter o seu período de repouso. Quando eram realizados procedimentos invasivos recorriamos à administração de sacarose 24% por via oral que servia como conforto e tinha influência efetiva no controlo e gestão da dor (DGS, 2012).

Ainda acerca da gestão da dor, no serviço de SIP, realizámos procedimentos dolorosos como punção venosa, com recurso a um equipamento que me era desconhecido, a Buzzy Medical®, trata-se de um equipamento em forma de abelha que vibra e direciona a atenção da criança para um local diferente do local de punção. Este método demonstrou-se muito eficaz pois quando era utilizado como recurso em procedimentos dolorosos, a criança colaborava no processo e referia a diminuição da dor e em alguns casos até referiam não ter sentido dor. Também foi frequente na USF assistir à realização de procedimentos dolorosos onde era solicitada a presença dos pais/cuidadores e em alguns casos permitida a amamentação e colocada música ou meios audiovisuais de acordo com a preferência das crianças/jovens, todas intervenções que se revelaram eficazes na gestão da dor.

### **3.3.3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem**

Nas consultas de enfermagem na USF era feita a avaliação do crescimento de desenvolvimento infantil onde poderiam ser detetadas precocemente “situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança (...)” (DGS, 2013b), tal como nos testes realizados aos RN na UCEN. A avaliação com recurso a escalas e instrumentos estandardizados, como a escala de rastreio de Mary Sheridan ou as curvas de crescimento da OMS, detêm uma sensibilidade permite identificar 70-90% das situações de alterações do

desenvolvimento (DGS, 2013b). Com a aplicação destas escalas foi possível na UCEN encaminhar RN que apresentavam alterações no rastreio auditivo para posterior avaliação e tratamento se necessário.

Com a aplicação da escala de Mary Sheridan na USF também detetámos algumas alterações a nível do desenvolvimento, por exemplo crianças que ainda não conseguiam permanecer na posição de sentada ou que ainda não caminhavam, no entanto, nestes casos específicos e na fase em questão ainda não alarmante, mas ficavam como alerta para reavaliação na próxima consulta de desenvolvimento. Quando eram detetados pontos estabelecidos que não eram cumpridos a equipa multidisciplinar presente na consulta também realizava ensinamentos aos pais/cuidadores para que fosse promovida essa competência na criança.

Ainda nas consultas de enfermagem, foram detetadas algumas crianças com caries dentárias e com aparentes alterações na visão, tendo sido solicitado o seu encaminhamento e realizamos ensinamentos no sentido de melhorar e alterar a situação.

Além das avaliações de acordo com o seu estadió de desenvolvimento e crescimento, também nas consultas de enfermagem na USF eram fornecidas “orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil” (Regulamento nº 422, 2018). As orientações baseavam-se em temas como a alimentação, a saúde oral, os hábitos de higiene, os hábitos de sono, a prevenção de acidentes, as atividades promotoras do desenvolvimento saudável, os estilos de vida saudáveis, entre outras.

Uma realidade frequente nos dias de hoje é o facto de os pais/cuidadores incentivarem frequentemente à utilização dos telemóveis e outros equipamentos similares para que as crianças/jovens tenham um comportamento adequado e muitas vezes valorizando o facto de pequenos lactentes utilizarem quase autonomamente estes instrumentos. Eram feitos ensinamentos neste sentido, explicando que o tempo que as crianças/jovens dedicam a esses equipamentos deveriam dedicar a brincar como superior contributo para o seu desenvolvimento e que o uso recorrente das tecnologias de informação e comunicação pode provocar alterações no desenvolvimento físico, cognitivo e social, assim como potenciar a depressão, a ansiedade e o isolamento social (Paiva & Costa, 2015).

É no brincar que a criança vai conhecendo o mundo, conquistando novas experiências e conhecimentos, utilizando os vários sentidos cheirar, tocar, sentir, ver, provar, ouvir que são elementares para a sua relação com as outras crianças e com os adultos (OE, 2010). Tendo a consciência da sua importância, nas consultas de enfermagem também procuramos identificar algumas atividades promotoras do seu desenvolvimento tal como os tipos de brinquedos adequados tendo em consideração a segurança, interesse, ruído e adequação à faixa etária (OE, 2010).

Tendo em conta o tema do projeto consideramos que as intervenções de enfermagem focadas e direcionadas para os ensinamentos aos pais/cuidadores representam uma mais valia enquanto contributo para o desenvolvimento infantil. Era constante o nosso cuidado em adequar a linguagem, adotar uma postura serena, utilizando como recurso a escuta ativa, promovemos o envolvimento dos pais/cuidadores nos cuidados aos RN e crianças/jovens com as quais nos cruzamos, com o intuito de que estes fossem verdadeiros parceiros de cuidados e a certeza de que são os melhores cuidadores dos seus filhos. Sentimos que colaboramos ensinando os pais a cuidarem dos filhos e a melhorarem e desenvolverem as suas competências parentais.

Em todos os contextos de estágio foi possível planejar, implementar e avaliar intervenções de enfermagem direcionadas com a parceria de cuidados, sendo que a sua grande maioria eram traduzidas em ensinamentos que seriam reavaliados posteriormente. Também nos foi possível perceber que o EEESIP representa um grande contributo no seio da equipa por se manter em constante atualização de conhecimentos e pela sua partilha.

### **3.3 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM**

O ingresso no mestrado em enfermagem vem no sentido da busca pela excelência do exercício profissional sendo fundamental aprofundar e atualizar conhecimentos, com área de especialização de saúde infantil e pediátrica. O grau de mestre é conferido aos estudantes que demonstrem:

- a) “Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
  - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

- ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei n.º63, 2016).

O percurso académico deste curso de mestrado foi de todo importante para aprofundarmos os conhecimentos obtidos na licenciatura em enfermagem, nas áreas de domínio das competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem e na área específica de saúde infantil e pediátrica, não só pelos conteúdos ministrado nas aulas teóricas, como também pelos conteúdos mais específicos desenvolvidos em trabalhos nas unidades curriculares. Trabalhos esses que para a sua elaboração dependiam da realização de pesquisa bibliográfica com recurso à evidência científica, aquisição de conhecimentos em relação à elaboração de trabalhos escritos e partilha de conhecimentos com os pares.

Durante a frequência dos estágios mobilizámos todos os conhecimentos adquiridos inicialmente, desenvolvemos o pensamento crítico em enfermagem com discussões com as EEESIP orientadoras e restante equipa de enfermagem com quem nos cruzamos acerca de temas variados, mas frequentemente acerca de situações particulares ou mais complexas, participamos em tomadas de decisão perante questões que nos surgiam tendo por base os princípios éticos e deontológicos que regem o exercício da profissão.

Considerámos que contribuímos para a divulgação e aquisição de novos conhecimentos após o diagnóstico das necessidades, com a realização de sessões de formação acerca do tema em

estudo, promovidas em contexto de formação em serviço, com o intuito de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem, podemos assim inferir, tal como pretendido nas competências de mestre, que conseguimos partilhar os nossos conhecimentos e conclusões de forma clara e sem ambiguidades.

Ao longo do curso de mestrado elaborámos um artigo científico em coautoria, cujos resumos se encontram em sendo que aguarda publicação numa revista indexada (Apêndice IX).

Uma das mais valias da frequência deste curso de mestrado foram os conteúdos ministrados na unidade curricular de Investigação, que representaram um grande contributo para a aquisição de conhecimentos que certamente irão ser vantajosos para a realização de trabalhos que contribuam para a valorização da profissão, sendo esta uma das minhas principais lacunas no início da formação. Não de menor importância foram os trabalhos realizados nas restantes unidades curriculares que contribuíram para o desenvolvimento de competências, aquisição e aprofundamento de conhecimentos de forma autónoma.

## **CONCLUSÃO**

O presente relatório foi elaborado enquanto resposta avaliativa à unidade curricular Relatório, do curso de mestrado em enfermagem, na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, sendo posteriormente apresentado e sujeito a discussão pública para obtenção de grau de mestre.

Consideramos que atingimos os objetivos do presente relatório, objetivos a que nos propusemos inicialmente, sendo que realizámos a descrição do percurso formativo efetuado, descrevemos a implementação do projeto de intervenção profissional que desenvolvemos, tal como o seu contributo para o desenvolvimento e aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica e competências de mestre em enfermagem.

O percurso inicial deste curso de mestrado em enfermagem onde foram lecionados conteúdos de elevada importância e realizados trabalhos correspondentes a cada unidade

curricular, contribuíram para a aquisição e atualização de conhecimentos e desenvolvimento das competências conforme se prevê com a sua conclusão. Ressalvamos a unidade curricular de investigação que contribuiu para a aquisição de conhecimentos e competências relacionadas com pesquisa e análise de evidência científica, tal como produção de evidência através da realização de artigos científicos.

Após a elaboração deste relatório e análise dos documentos que lhe deram suporte podemos concluir que o tema em estudo é de extrema importância para a garantia da qualidade dos cuidados com vista à prestação de cuidados de excelência pelos profissionais de saúde.

A adoção dos Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e Cuidados Centrados na Família confere uma nova dimensão de cuidados onde o enfoque dos cuidados técnicos e instrumentais se desvanecem em detrimento da componente relacional, educacional e de apoio. Assim, o cuidado passa a ser direcionado a criança/jovem e os seus pais/cuidadores como uma unidade, sendo estes integrados e tornam-se parceiros nos cuidados. O enfermeiro, enquanto educador que é por excelência, identifica os seus recursos e potencialidades para um cuidado autónomo através da realização de ensinamentos, supervisão e apoio.

Os principais contributos associados a estes modelos de cuidados são a garantia do cumprimento da satisfação das necessidades da criança/jovem no seu máximo potencial, a participação e capacitação dos pais/cuidadores com vista à sua autonomia, ambos com diminuição dos fatores adversos que todo o processo acarreta, e ainda a satisfação dos profissionais de saúde na sua prática de cuidados cumprindo com o pressuposto de priorizar o superior interesse da criança/jovem que rege os cuidados de enfermagem pediátricos. Para a compreensão da importância da aplicação destes modelos contribuiu a realização de um artigo cujo objetivo foi identificar a importância da presença dos pais durante a realização de procedimentos invasivos para as crianças/jovens, pais/cuidadores e enfermeiros. Os resultados encontrados na leitura integral dos artigos permitiram direcionar e fundamentar as atividades realizadas no âmbito do projeto de intervenção realizado ao longo deste percurso, tal como desenvolver o pensamento crítico em enfermagem.

O desenvolvimento do projeto de Promoção da Parceria de Cuidados seguiu a metodologia de trabalho de projeto, tendo por base as suas 5 etapas, foram identificadas as necessidades de

cada contexto clínico, definidos os objetivos, planeadas e implementadas as intervenções cujos resultados foram divulgados no presente relatório. Consideramos que a aplicação do projeto nos diferentes contextos tem uma avaliação positiva quer pela crítica dos pares, quer pelo contributo para o aumento da qualidade dos cuidados.

A realização deste percurso, com maior destaque para o período de contacto com os contextos e os EEESIP e a realização do presente relatório representam um período de reflexão acerca das aprendizagens, de desenvolvimento pessoal e profissional, sendo um contributo para somar aos saberes e competências de cuidar em pediatria que disponho por desenvolver a minha função profissional numa UUP. Assim, este percurso permitiu-nos complementar essa experiência, especialmente nos cuidados de saúde primários e UCEN, quer no âmbito da vigilância e maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil, quer no cuidado ao RN que é menos comum na minha prática diária de cuidados.

Terminamos este percurso com sentimento de realização profissional e pessoal, com a perspectiva de contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos acerca do tema em estudo na área de enfermagem, implementação de projetos nesta e outras áreas de interesse com o intuito de aumentar a qualidade e caminhar no sentido da excelência dos cuidados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, S. H. D. N. F. (2016). *Vivências emocionais do cliente pediátrico hospitalizado* (Doctoral dissertation).

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18132/1/Relat%C3%B3rio%20Final%20-%20Sandra%20Almeida.pdf>

Alves, J. M. N. D. O., Amendoeira, J. J. P., & Charepe, Z. B. (2018). The parental care partnership in the view of parents of children with special health needs. *Revista gaucha de enfermagem*, 38.

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/v5BnNmww4jPFT6pmS37ZZwr/?lang=en&format=html>

Azevêdo, A. V. dos S., Júnior, A. C. L., & Crepaldi, M. A. (2017). Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(11), 3653-3666. <https://www.scielo.br/j/csc/a/hQ7XwnCP9Sr8Q7cfsDxb4TM/>

Batista, M. J., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldês, J., & Fernandes, A. P. (2017). Family presence during emergency situations: the opinion of nurses in the adult emergency department. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(13), 83. <https://pdfs.semanticscholar.org/1195/1adc14b9c5d2f2e56ada66beb112bc1423ff.pdf>

Buboltz, F. L., Silveira, A. D., Neves, E. T., Silva, J. H. D., Carvalho, J. S. D., & Zamberlan, K. C. (2016). Percepção de familiares sobre sua presença ou não em situação de emergência pediátrica. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 25. <https://www.scielo.br/j/tce/a/YJYkSDDjXVrDNwBHc9Vy8yg/abstract/?lang=pt>

Cantabrana García, M. (2018). *A percepção dos profissionais de enfermagem da dimensão ética dos cuidados* (Doctoral dissertation). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23420/1/disserta%c3%a7ao.pdf>

Silva, G. S. C. (2019). *Humanização dos cuidados em pediatria: Atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria* (Doctoral dissertation). [https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/4902/1/Relat%c3%b3rio%20final\\_Gertrudes\\_silva.pdf](https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/4902/1/Relat%c3%b3rio%20final_Gertrudes_silva.pdf)

Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. Em E. Glasper, & A. Tucker, *Advances in Child Health Nursing*. Oxford: Scutari Press.

Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>

Centro Hospital Barreiro Montijo (2018). *Manual de Boas Práticas de Enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica*. Barreiro: Centro Hospital Barreiro Montijo.

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE (2016) *Pediatria*. <http://www.chbm.min-saude.pt/servicos/servicos-clinicos/68-pediatria>

Conceição Ferreira, M. M. (2016). Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*.

Costa, M. J. G. (2019). *Ambiente de cuidados: fator promotor e protetor da saúde da criança e da família* (Doctoral dissertation). [https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/4901/1/Relato%cc%81rio\\_Final\\_Marlene\\_Costa.pdf](https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/4901/1/Relato%cc%81rio_Final_Marlene_Costa.pdf)

Decreto-Lei n.º 63. (13 de setembro de 2016). Graus académicos e diplomas do ensino superior. 3159-3191. Diário da República n.º176, 1ª Série A. <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Direção Geral de Saúde . (18 de dezembro de 2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012.aspx>

Direção Geral da Saúde. (Junho de 2013b). Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2018). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Circular Normativa n.º002/2018. Lisboa: DGS.

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem| Journal of Nursing*, 20(2), 26-47. [https://www.researchgate.net/profile/Luiza-Rodrigues/publication/315628716\\_Medos\\_das\\_crianças\\_dos\\_6\\_a\\_12\\_anos\\_em\\_contexto\\_de\\_urgencia\\_pediátrica\\_o\\_enfermeiro\\_enquanto\\_gestor\\_emocional/links/591b7d4f0f7e9b7727d8a8ab/Medos-das-crianças-dos-6-a-12-anos-em-contexto-de-urgencia-pediátrica-o-enfermeiro-enquanto-gestor-emocional.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Luiza-Rodrigues/publication/315628716_Medos_das_crianças_dos_6_a_12_anos_em_contexto_de_urgencia_pediátrica_o_enfermeiro_enquanto_gestor_emocional/links/591b7d4f0f7e9b7727d8a8ab/Medos-das-crianças-dos-6-a-12-anos-em-contexto-de-urgencia-pediátrica-o-enfermeiro-enquanto-gestor-emocional.pdf)

Farrel, M. (1992). Partnership in care: paediatric nursing model. *British Journal of Nursing*, 1 (4). Disponível em: <http://doi.org/10.12968/bjon.1992.1.4.175>

Ferreira, C. A. G., Balbino, F. S., Balieiro, M. M. F., & Mandetta, M. A. (2014). Presença da família durante reanimação cardiopulmonar e procedimentos invasivos em crianças. *Revista*

Paulista de Pediatría, 32, 107-113.

<https://www.scielo.br/j/rpp/a/zKfrXHWdZHzGgpvt9WSkmks/abstract/?lang=pt>

Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (janeiro-março de 2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. Percursos, pp. 1-37.

[http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)

Figueiredo, M., Ferré Grau, C., Andrade, C., Santa, L., Monteiro, M. J., & Charepe, Z. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários. Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família, 55-60.

<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/31852>

Guerra, M., Jesus, É., & Araújo, B. (2021). Leadership and participation of nurses in hospital governance: impact on the quality and safety of care provided—scoping review protocol. *Gestão e Desenvolvimento*, (29), 423-438.

Gonçalves, M., & Simões, C. (2010). Práticas de intervenção precoce na infância - as necessidades das famílias de crianças com Necessidades Educativas Especiais. *Gestão E Desenvolvimento*, (17-18), 157-174.

<https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2010.134>

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). A influência da Família na promoção da Saúde da Criança. *Hockenberry, Marilyn J. Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. (9a ed.) Rio de Janeiro: Elsevier.*

Jesus, M. I. de S. e C. (2019). Cuidados Especializados à Criança em Cuidados Paliativos: Importância da Equipa de Suporte Integrado Pediátrico [Master's thesis, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28816/1/Relat%c3%b3rio%20Ap%c3%b3s%20Pr ova%20P%c3%bablica%20Marta%20Jesus.pdf>

Leça, A., Perdigão, A., Laranjeira, A., Menezes, B., Velez, C., & Prazeres, V. (2011). Maus tratos em Crianças e Jovens—Guia Prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Direção Geral de Saúde, Portugal. Recuperado: [http://www.adcl.org.pt/observatorio/pdf/Guia\\_Maus\\_tratos2011.pdf](http://www.adcl.org.pt/observatorio/pdf/Guia_Maus_tratos2011.pdf).

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/DGS\\_MausTratosCriançasJovensGuiaPraticoAbordagemDiagnosticoIntervencao.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/DGS_MausTratosCriançasJovensGuiaPraticoAbordagemDiagnosticoIntervencao.pdf)

Lei nº 156. (16 de Setembro de 2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. 8059-8105. Diário da República, 1.<sup>a</sup> série — N.º 181. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei\\_156\\_2015\\_SegundaAlteracaoEstatutoOE\\_set2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf)

Ministério da Saúde. (março de 2011). Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/orientacoes-para-a-organizacao-e-funcionamento-das-unidades-de-cuidados-de-saude-personalizados.aspx>

Moita, H. (2015). *Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar-Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro* (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Santarém (Portugal)). <https://www.proquest.com/openview/39513e2e56b7e1b196440adaebbf9a3/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>

Nogueira, N. R. (2005). *Pedagogia dos projetos: etapas, papéis e atores*. São Paulo: Érica.

Nogueira, R. A. (2018). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas: o despacho n.º 8254/2017, de 21 de setembro, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, merece mais atenção e representa um primeiro passo para a orientação de soluções. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 34(2), 104-9. <https://www.diagnosticoprecoce.org/documents/RelDP2017.pdf>

Nunes, S. R. (2011). Privacidade e sigilo em deontologia profissional: uma perspetiva no cuidar pediátrico. *Nascer e Crescer*, XX, pp. 40-44. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a10.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Promover o desenvolvimento Infantil na criança. Em *Guias Orientadores de boa Prática em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Ordem dos Enfermeiros ed., Vol. I, pp. 67-134).

[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores\\_boapratica\\_saude\\_infantil\\_pediatria\\_volume1.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saude_infantil_pediatria_volume1.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. Lisboa: OE, 4. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (25 de Novembro de 2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf)

Paiva, N., & Costa, J. (2015). A influência da tecnologia na infância: desenvolvimento ou ameaça? Brasil. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0839.pdf>

Pedroso, R. M. C. J. (2017). Impacto da parceria de cuidados para a criança hospitalizada e sua família. [https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&as\\_sdt=0%2C5&q=IMPACTO+DA+PARCERIA+DE+CUIDADOS+PARA+A+CRIAN%C3%87A+HOSPITALIZADA+E+SUA+FAM%C3%8DLIA&btnG=](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5&q=IMPACTO+DA+PARCERIA+DE+CUIDADOS+PARA+A+CRIAN%C3%87A+HOSPITALIZADA+E+SUA+FAM%C3%8DLIA&btnG=)

Pereira, R. P. G. (2021). Eficácia clínica e prática baseada em evidências: avaliação de atitudes, competências e práticas. [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/72449/1/Cap%c3%83%c2%adadulo\\_EC\\_PBE\\_publicado.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/72449/1/Cap%c3%83%c2%adadulo_EC_PBE_publicado.pdf)

Picado, A. D. S. (2013). *Gestão de risco e efetividade de cuidados de reabilitação* (Doctoral dissertation, [sn]). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15944/1/Gest%c3%a3o%20de%20Risco%20e%20Efetividade%20de%20Cuidados%20de%20Reabilita%c3%a7%c3%a3o.pdf>

Ramos, S., & Trindade, L. (novembro/dezembro de 2011). Gestão do Risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *Tecno Hospitalar*, pp. 16-20. <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1597/1/SusanaRamos.pdf>

Regulamento nº 422. (2018 de julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. 19192-19194. Diário da República nº133, 2ª Série. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

Reis, D. S. C. (2016). *Promoção de cuidados centrados na família no serviço de urgência pediátrica* (Doctoral dissertation). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18133/1/Relat%c3%b3rio%20Daniela%20Costa%20Reis.pdf>

Ribeiro, D., Melo, A., Choupina, A. R., Pinto, M., & Figueiredo, M. H. (2021). Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar na prática clínica de uma família na transição para a parentalidade: estudo de caso. *Pensar em Enfermagem | Journal of Nursing*, 25(1), 19-30. <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/download/178/183>

Sampaio, P. S. S., & Angelo, M. (2015). Cuidado da família em pediatria: vivência de enfermeiros em um hospital universitário. <http://journal.sobep.org.br/article/cuidado-da-familia-em-pediatria-vivencia-de-enfermeiros-em-um-hospital-universitario/>

Santos, M. E. R. D., & Príncipe, F. P. (2020). Família presente no atendimento da emergência pediátrica: e agora, equipe?. *Revista Espaço para a Saúde*, 34-36. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1116035>

Santos, I., & Sá, E. (2016). *Estratégias de governação clínica*. Portugal.

Silva, E. (2015). *A Intervenção do Enfermeiro na promoção da Parentalidade: pais com criança em situação de doença* (Doctoral dissertation). <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/1346>

Smith, L., Coleman, V., & Bradshaw, M. (2006). *Family-centred care: using the practice Continuum Tool*. Glasper A, Richardson JA. *Textbook of Children's and Young People's Nursing*.

# APÊNDICES

**APÊNDICE I – SCOPING REVIEW – A IMPORTÂNCIA DA  
PRESENÇA DOS PAIS NA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS  
INVASIVOS À CRIANÇA**

## **A Importância da Presença dos Pais/Cuidadores em Situação de Procedimentos Invasivos**

The Importance of the Presence of Parents/Caregivers in Situations of Invasive Procedures.

La importancia de la presencia de los padres/cuidadores en situaciones de procedimientos invasivos

### **Autores:**

**Ana Rita Maximiano** - Enfermeira de Cuidados Gerais na Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE - Hospital São Bernardo, mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica. E-mail: [ana.rita\\_santos@live.com.pt](mailto:ana.rita_santos@live.com.pt)

### **Prof. Margarida Malcata**

**Ana Rita Maximiano** - General Care Nurse at the Pediatric Emergency Unit of Setúbal Hospital Center, EPE - São Bernardo Hospital, Master's Degree in Nursing in Association with Specialization in Child and Pediatric Health, with personal E-mail: [ana.rita\\_santos@live.com.pt](mailto:ana.rita_santos@live.com.pt)

## RESUMO

A realização de procedimentos invasivos à criança é uma realidade nos contextos de saúde no atendimento ao cliente pediátrico, onde pode ou não considerar-se a presença dos pais/cuidadores durante a realização dos mesmos.

O **objetivo** desta scoping review é identificar a importância da presença dos pais/cuidadores na realização de procedimentos invasivos à criança.

Como tal o **método** utilizado para a pesquisa foi realizada na plataforma EBSCO, sendo selecionadas todas as bases de dados disponíveis, utilizaram-se os descritores *partnership, pediatrics, family e nursing*. Tendo em conta os delimitadores de pesquisa e os critérios de inclusão e exclusão obteve-se uma amostra final de dois artigos. Houve recurso também à literatura cinzenta, através da plataforma Google de onde se obtiveram oito artigos, prefazendo um total de dez artigos que foram sujeitos a análise.

**Resultados:** Os resultados obtidos surgiram de uma leitura livre dos artigos integrais selecionados da pesquisa nas bases de dados, tendo sido extraídos os resultados que abordavam a importância da presença dos pais/cuidadores em situação de procedimentos invasivos.

**Conclusão:** A presença dos pais/cuidadores representa a promoção da dignidade e a humanização dos cuidados, no entanto, deve ser oferecida opção aos pais/cuidadores de permanecer ou não junto da criança em situações de emergência.

**Descritores:** Parceria de Cuidados; Pediatria; Família; Enfermagem.

**APÊNDICE II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA  
APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO AOS PROFISSIONAIS**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
Faculdade de Ciências da Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA  
Escola Superior de Saúde



Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL  
Escola Superior de Saúde



UNIVERSIDADE PÚBLICA DE CASTELO BRANCO  
Escola Superior de Saúde  
Dr. Lopes Dias

Pedido de autorização para aplicação de questionário à equipa de enfermagem

**A Importância da Parceria de Cuidados no Desenvolvimento Infantil**

Ana Rita Pereira dos Santos Maximiano, Mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Mestrado em Associação das Escolas Superiores de Saúde/Enfermagem de Évora, Beja, Portalegre, Setúbal e Castelo Branco, encontra-se a desenvolver um projeto acerca da Criança/Jovem e a Família - Parceria de Cuidados, para implementação nos diferentes contextos de estágio.

Tendo em conta o tema em estudo, o presente questionário pretende identificar a perceção da equipa de enfermagem da  acerca da importância da temática na prestação de cuidados à criança/jovem ao longo das suas fases de desenvolvimento, tendo os pais/família como parceiros de cuidados e posteriormente identificar a opinião da equipa acerca de necessidade formativa neste âmbito.

A participação no preenchimento deste questionário é voluntária, não existindo qualquer malefício e/ou prejuízo para os participantes. Os dados obtidos destinam-se a ser utilizados exclusivamente para esta atividade. O anonimato e confidencialidade dos participantes serão assegurados pela estudante.

**A Estudante Ana Rita Maximiano**

**A Enfermeira Orientadora Enf.ª Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica**

**A Docente Orientadora Professora Margarida Malcata**

**APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO ACERCA DA  
IMPORTÂNCIA DA PARCERIA DE CUIDADOS NO  
DESENVOLVIMENTO INFÂNTIL**

**Mestrado em Enfermagem  
em Associação**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM



Instituto Politécnico de Setúbal  
Escola Superior de Saúde



Escola Superior de Saúde  
Enfermagem



IPS  
Instituto Politécnico de Setúbal  
Escola Superior de Saúde



Escola Superior de Saúde  
Dr. Lopes Dias

---

## Questionário

### A Importância da Parceria de Cuidados no Desenvolvimento Infantil

Ana Rita Pereira dos Santos Maximiano, Mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Mestrado em Associação das Escolas Superiores de Saúde/Enfermagem de Évora, Beja, Portalegre, Setúbal e Castelo Branco, encontra-se a desenvolver um projeto acerca da Criança/Jovem e a Família - Parceria de Cuidados, para implementação nos diferentes contextos de estágio.

Tendo em conta o tema em estudo, o presente questionário pretende identificar a perceção da equipa de enfermagem da [ ] acerca da importância da temática na prestação de cuidados à criança/jovem ao longo das suas fases de desenvolvimento, tendo os pais/família como parceiros de cuidados e posteriormente identificar a opinião da equipa acerca de necessidade formativa neste âmbito.

A participação no preenchimento deste questionário é voluntária, não existindo qualquer malefício e/ou prejuízo para os participantes. Os dados obtidos destinam-se a ser utilizados exclusivamente para esta atividade. O anonimato e confidencialidade dos participantes serão assegurados pela estudante.

Agradeço desde já a sua disponibilidade.

**A Estudante** Ana Rita Maximiano

**A Enfermeira Orientadora** Enf.ª Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, [ ]

**A Docente Orientadora** Professora Margarida Malcata

---

Idade:  Género: Feminino  Masculino

**Habilitações literárias:**

Bacharelato

Licenciatura

Especialidade \_\_\_\_\_

Mestrado \_\_\_\_\_

Doutoramento \_\_\_\_\_

Tempo de experiência profissional:

Tempo de exercício profissional neste serviço:

Em vários momentos no contacto com a criança/jovem, o enfermeiro estabelece estratégias de apoio que permitem o envolvimento dos pais/cuidadores nos cuidados à criança/jovem com vista à satisfação das suas necessidades, para tal, desenvolve um plano de intervenção e ensinos, partilhando técnicas e conhecimentos, salientando as capacidades da família para o cuidar.

A participação dos pais/cuidadores nos cuidados, implica uma relação de parceria entre estes e os profissionais de saúde, não devendo existir fronteiras bem definidas de funções, mas sim ações complementares que têm como objetivo o máximo bem-estar da criança/jovem.

Tendo em conta o tema, na sua prática de cuidados qual é a sua opinião sobre:

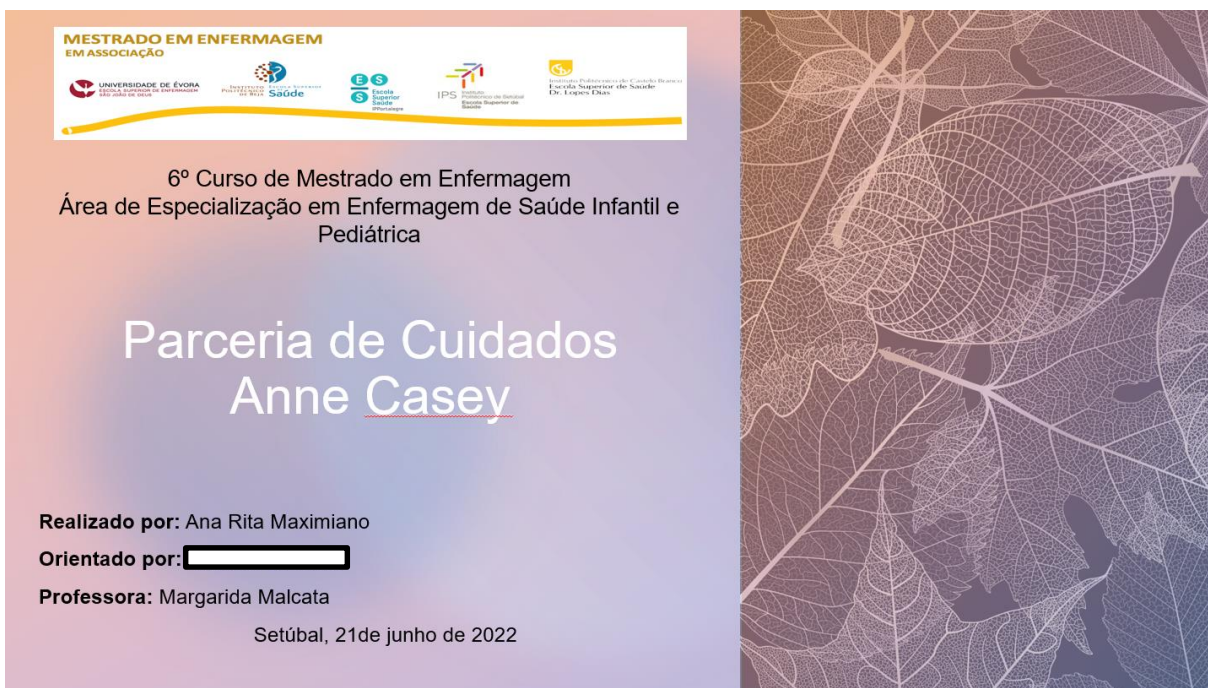
	Muito importante	Importante	Sem Opinião	Pouco importante	Nada importante
Considera a temática importante?					
Verifica vantagens para a criança/jovem/família em ter os pais/cuidadores como parceiros de cuidados?					

Considera que aplica um modelo de parceria de cuidados alicerçada à sua prática?					
Conhece o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey?					

Tendo em conta a necessidade de atualização de conhecimentos, qual a área temática que gostaria de ver abordada na formação:

- Vantagens da Parceria de Cuidados para a criança/jovem segundo a evidência mais recente
- Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey
- Perceção dos pais/cuidadores enquanto parceiros de cuidados
- Outro: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE IV – FORMAÇÃO AOS PROFISSIONAIS –  
PARCERIA DE CUIDADOS ANNE CASEY**



The image shows the cover of a thesis. At the top, there is a banner with logos for 'Mestrado em Enfermagem em Associação', 'Universidade de Évora', 'Escola Superior de Saúde', 'IPS', and 'Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias'. Below the banner, the text reads: '6º Curso de Mestrado em Enfermagem', 'Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica', and the title 'Parceria de Cuidados Anne Casey'. The author is 'Realizado por: Ana Rita Maximiano', the supervisor is 'Orientado por: [redacted]', and the professor is 'Professora: Margarida Malcata'. The date is 'Setúbal, 21 de junho de 2022'. The background of the cover features a pattern of overlapping leaf veins in shades of brown and blue.

**Mestrado em Enfermagem  
em Associação**

UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Setúbal

IPS  
Instituto Politécnico de Setúbal  
Escola Superior de Saúde

Escola Superior de Saúde  
Dr. Lopes Dias

6º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica

# Parceria de Cuidados Anne Casey

**Realizado por:** Ana Rita Maximiano  
**Orientado por:** [redacted]  
**Professora:** Margarida Malcata

Setúbal, 21 de junho de 2022

## Sumário

- Objetivos
- Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey
- Perceção das Crianças/Jovens e dos Pais/Cuidadores
- Papel do Enfermeiro na Parceria de Cuidados
- Considerações Finais

## Objetivos

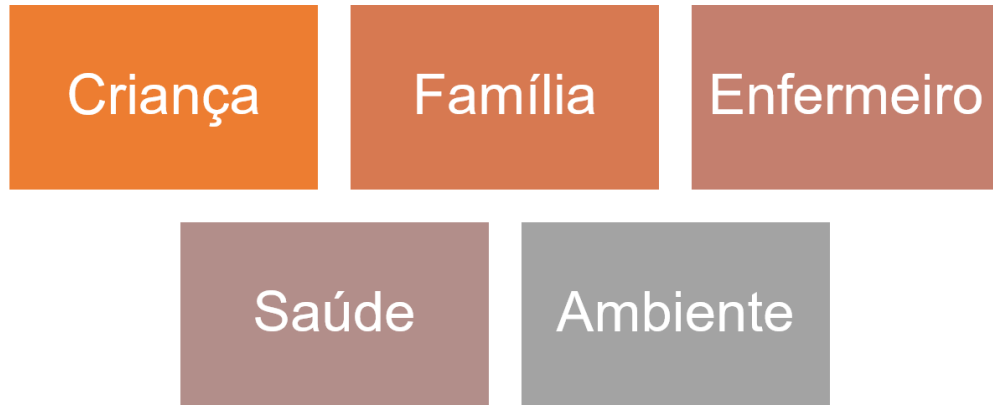
- **Geral:**
  - Relembrar a importância da Parceria de Cuidados na prestação de cuidados de enfermagem.
- **Específicos:**
  - Apresentar o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey;
  - Relembrar os benefícios da Parceria de Cuidados para a Criança/Jovem e para os Pais/Cuidadores;
  - Identificar o papel do Enfermeiro na Parceria de Cuidados

## Modelo de Parceria de Cuidados – Anne Casey

- Aplicado no âmbito da prestação de cuidados pediátricos. Defende que os cuidados devem ser prestados na base da **proteção, estímulo e amor** para preservar e contribuir para o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e ainda desenvolver a força dos papéis e laços familiares.
- Permite um crescimento físico, emocional e social da família, onde os pais/cuidadores são parceiros no cuidar.
- Não devem existir fronteiras bem definidas de funções, mas sim ações complementares que têm como objetivo o máximo bem-estar da criança/jovem.

▪ (Casey,1995; Conceição Ferreira, 2016).

## Modelo de Parceria de Cuidados – Anne Casey



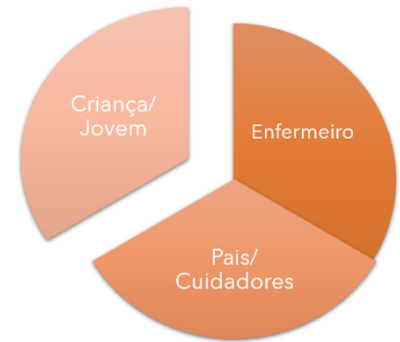
(Casey, 1993)



## Modelo de Parceria de Cuidados – Anne Casey

- Diminuição de sentimentos negativos e maximização dos benefícios, bem como a promoção do conforto e apoio total da criança/jovem e pais/cuidadores, através da integração da família nos cuidados de saúde.

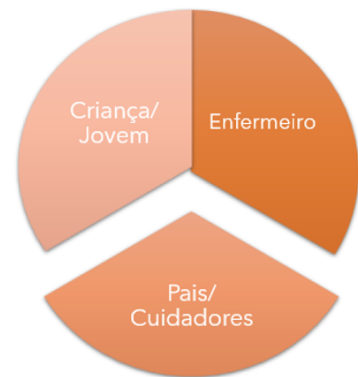
▪ (G. S. C. Silva, 2019; [Hockenberry & Wilson](#), 2014).



## Modelo de Parceria de Cuidados – Anne Casey

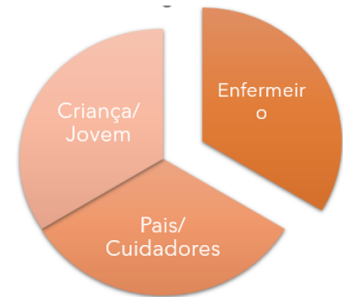
- Melhores prestadores de cuidados à criança/jovem, conhecem as suas **singularidades** e **necessidades**, estão num lugar privilegiado para potenciar o seu crescimento e desenvolvimento e prestam cuidados sob forma de proteção e afeto.
- Tem como objetivo manter a força dos papéis e laços familiares com a criança/jovem, de forma a promover o bem-estar da unidade familiar.

▪ ([Casey](#), 1993)



## Modelo de Parceria de Cuidados – Anne Casey

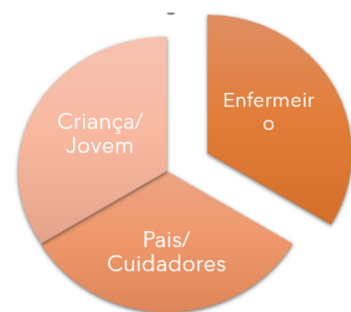
- Elaboração de um **plano de cuidados individualizado** que respeite as especificidades e necessidades de cada criança/jovem e pais/cuidadores.
- Deve ter em conta a vontade da criança/jovem, a perspetiva dos pais/cuidadores e a visão dos enfermeiros, através da **negociação** contínua entre a tríade e do esclarecimento da ação de cada interveniente, prestando os melhores cuidados à criança/jovem.



(Azevêdo et al., 2018; Jesus, 2019)

## Modelo de Parceria de Cuidados – Anne Casey

- Apoiar e educar os pais/cuidadores, capacitando-os e empoderando-os para a prestação dos cuidados.
- Desenvolver a parceria de cuidados efetiva através da **comunicação, informação e negociação**.
- Assumir uma postura de respeito pela dignidade, integridade e especificidades de cada criança/jovem e respetivos pais/cuidadores.



(Guerra, 2021; G. S. C. Silva, 2019)

## Modelo de Parceria de Cuidados – Anne Casey

- Centrado na criança/jovem e família
- Respeito, desejos e necessidades
- Negociação com perspectiva de igualdade
- Tomada de decisão
- Máximo bem-estar

• (Casey, 1993)

## A Criança/Jovem

- Ser criança significa estar em constante **desenvolvimento biológico, social e psicológico**, onde a interação com o meio que a rodeia e com os vários sistemas e contextos resulta em aprendizagens que retêm de forma gradual.
- A rotina considerada normal, confere à criança um grau de estabilidade, onde esta pode crescer com um sentimento de segurança.



(Hockenberry & Wilson, 2001)

## A Criança/Jovem

- **Sentimentos**
  - Insegurança
  - Mudança da condição de saúde e rotinas
  - Ambiente desconhecido
  - Dor e desconforto
  - Ansiedade
- **Influenciada por:**
  - Idade
  - Fase de desenvolvimento
  - Experiências anteriores
  - Separação ou hospitalização
  - Sistema de apoio disponível
  - Gravidade da doença
- Pode influenciar o seu desenvolvimento psicossocial e intelectual

▪ (Hockenberry & Wilson, 2001; Santos, 2012)

## A Família

- A família é entendida como a unidade básica de interação social onde se definem e conservam diferenças humanas, dando forma a diferentes papéis e funções, desenvolvendo-se relações de aliança, filiação e consanguinidade.
- Além de exercer funções no **desenvolvimento** e **suporte afetivo** da criança é também **mediadora entre ela e o mundo externo**.
- Os pais/cuidadores relatam uma influência muito positiva para a participação saudável nos cuidados e expressam o desejo de que os seus conhecimentos sejam valorizados e que sejam reconhecidos como verdadeiros parceiros nos cuidados.

▪ (Mano, 2002; Silva, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2015)

## A Família

- Instabilidade
- Incapacidade
- Incompetência
- Dor
- Culpa
- Medo
- Perda da rotina
- Separação de outros filhos
- Redefinição da identidade
- Prejudicial ao seu funcionamento

Pais ansiosos e sob stress possuem filhos mais queixosos e, conseqüentemente, mais difíceis de cuidar.

(Barros, 2003)

## Contributos da Parceria de Cuidados

- **Crianças**
- Melhoria do estado de saúde
- Maior conforto
- Bem-estar
- Segurança
- **Família**
- Capacitação
- Manter a força dos papéis e laços
- Bem-estar
- Confiança



(Smith, Coleman & Bradshaw, 2006)

## Papel do Enfermeiro

- Os profissionais de saúde devem desenvolver uma parceria de cuidados com os pais/cuidadores para que a criança/jovem tenha as suas **necessidades satisfeitas**, através do apoio, respeito, encorajamento e potencializar a sua força e competência.
- Através da educação contínua, discussão, reflexão e comunicação perante cada acontecimento, o enfermeiro é responsável pelo **ensino** e **supervisão** dos cuidados até que os pais/cuidadores sejam competentes para os fazer.

▪ ([Hockenberry & Wilson, 2011](#))

## Papel do Enfermeiro

- Identificar dúvidas
- Ouvir, explicar sempre que necessário
- Apoio emocional e encorajá-los a participar
- Não formular juízos de valor
- Uniformizar a informação que permite a sua capacitação, que estes ultrapassem os seus receios e contribua para aumentar a sua confiança

▪ ([Sarajärvi, Haapamäki & Paavilainen, 2006](#); Jorge, 2004)

## Considerações Finais

- A enfermagem tem o **compromisso** e a **obrigação** de incluir as famílias nos cuidados de saúde, como parte integrante, comprovada pela evidência teórica, prática e investigacional que o significado que a família dá ao bem-estar e a saúde aos seus membros.
- A implementação de modelos de parceria de cuidados obriga a mudanças de atitude por parte dos profissionais de enfermagem, das políticas da instituição e das próprias unidades de saúde.

• (Leahey, 2002)

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”  
(Antoine de Saint-Exupéry).



## Referências Bibliográficas

- Azevedo, A. V. dos S., Júnior, A. C. L., & Crepaldi, M. A. (2017). Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(11), 3653-3666. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.26362015>.
- Barros, K. M. F., Fragoso, A. G. C., Oliveira, A. L. B. D., Cabral Filho, J. E., & Castro, R. M. D. (2003). Do environmental influences alter motor abilities acquisition? A comparison among children from day-care centers and private schools. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*. <https://www.scielo.br/anp/a/smnt3JHYckHcmgzYbV5X55/abstract/?lang=en>
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In: E. A. Gasper, & A. Tucker (Eds.), *Advances in Child Health Nursing* (pp. 183–193). Scutari Press.
- Conceição Ferreira, M. M. (2016). Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*.
- Gaspar, T., Tomé, G., Gaspar, S., Guedes, F. B., Cerqueira, A., & Matos, M. G. de (2019). Como passam os adolescentes que vivem com doença crónica na escola, na família e com os amigos? *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 10(1), 119-128. <http://revistas.lis.ufuliada.pt/index.php/rpca/article/view/2635>.
- Guerra, N. P. M. (2021). Brincadeira terapêutica na adaptação da criança/jovem à hospitalização [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]. *Veritati* - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/36835>.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2001). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. e Wilson, D. (2011). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 8ª Edição, Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda. (ISBN 978-85-352-3447-3).
- Hockenberry, M. J., & Creamer, L. (2014). Problemas de Saúde na Idade Toddler e Pré-Escolar. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 645-682). Loures: Lusociência.

## Referências Bibliográficas

- Jesus, M. I. de S. e C. (2019). Cuidados Especializados à Criança em Cuidados Paliativos: Importância da Equipa de Suporte Integrado Pediátrico [Master's thesis, Instituto Politécnico de Setúbal]. *Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal*. <http://hdl.handle.net/10400.26/28816>.
- Jorge, A. M., & Relvas, A. P. (2004). *Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem*.
- Leahy, M. (2002). *Enfermeiras e famílias- um guia para avaliação e intervenção na família*. Editora Roca.
- Mano, M. J. (2002). Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. *Referência*, 8: 53-61. [https://web.esenfcp.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id\\_ficheiro=171](https://web.esenfcp.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=171)
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp\\_parentalidadepositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf)
- Santos, S.M.G. dos (2012). *As necessidades dos pais da criança hospitalizada*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico da Guarda. <http://bdigital.ipg.pt/dspace/handle/10314/1319>
- Sarajärvi, A., Haapamäki, M. L., & Paavilainen, E. (2006). Emotional and informational support for families during their child's illness. *International nursing review*, 53(3), 205-210. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1466-7657.2006.00479.x>
- Silva, E. (2015). *A Intervenção do Enfermeiro na promoção da Parentalidade: pais com criança em situação de doença* (Doctoral dissertation). <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/1346>
- Smith, L., Coleman, V., & Bradshaw, M. (2006). *Family-centred care: using the practice Continuum Tool*. Gasper A, Richardson JA. *Textbook of Children's and Young People's Nursing*.

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO

Parceria de Cuidados Anne Casey

Ana Rita Maximiano

**APÊNDICE V – FOLHETO CUIDADOS AO RECÉM-  
NASCIDO NO 1º MÊS**

### Como preparar o leite adaptado

Antes de iniciar a preparação do leite adaptado, deve lavar corretamente as mãos. O biberão e a tetina devem ser esterilizados entre cada utilização.

**Preparar o leite adaptado** para o seu bebé:

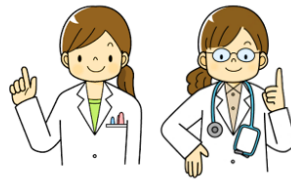
- Ferver a água durante cerca de 3 a 5 minutos;
- Deixar arrefecer um pouco a água;
- Para cada 30 ml de água adicionar 1 colher rasa de leite em pó.

**As medidas devem ser respeitadas.**

A colher deve estar rasa e não demasiadamente cheia. Para tal, deve encher a colher com leite em pó e passar no bordo da embalagem, isto contribui para a diminuição da ocorrência de cólicas e oferece a quantidade nutricional corretas ao seu bebé.



Antes de oferecer o biberão deve verificar a temperatura do leite deitando umas gotas no pulso, o leite deve estar morno e não quente.



Para mais informações ou esclarecimento de dúvidas contacte o seu médico ou enfermeiro de família

### Referências

- <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0503.pdf>
- <https://www.chts.min-saude.pt/barrigas-e-rebentos/sono-do-recem-nascido/>
- <http://www.ee.usp.br/pesa/nucleo/ibi/documentos/Best%20Practices%20traduzidos/n%2057%20The%20effective%20of%20interventions%20for%20infant%20colic.pdf>
- <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12022>



Realizado por:

Aluna: Ana Rita Maximiano

Enfermeira Orientadora: [Redacted]

Maio, 2022



## Cuidados ao Recém-Nascido



1º mês

### O choro

O choro é a linguagem universal dos bebés, é através dele que expressam as suas necessidades. Com o passar do tempo os pais vão saber identificar que o seu bebé chora com diferentes tons, modos e sonoridades. O choro pode representar fome, estar sujo ou molhado, ter roupa desconfortável, ter frio ou calor, sono ou fadiga, dor e cólicas ou dificuldade em estabelecer autocontrolo.



### O Sono

Os recém-nascidos podem dormir de 16 a 20 horas por dia e é uma necessidade biológica que tem impacto no crescimento, desenvolvimento e estado de saúde.

Para melhorar o sono do seu bebé deve:

- Deitar no berço de barriga para cima, antes de adormecer, desde que se encontre calmo, pode envolver o bebé com uma manta ou lençol, de forma firme para lhe dar a sensação à qual ele estava habituado quando ainda se encontrava no útero da mãe;



- Colocá-lo no berço com os pés junto a parte inferior da cama e os lençóis ou mantas não devem cobrir a face do bebé, com especial atenção para que não fique demasiado quente;

- Se estiver excitado pode ajudar se realizar uma massagem de relaxamento, e dar o banho no final do dia e amamentar ou alimentar por biberão.

### Cuidados ao coto umbilical

O coto umbilical deve cair entre o 5º e o 15º dia de vida do seu bebé e é necessário que tenha alguns cuidados para evitar o risco de infeção, para tal deve:

- Realizar a lavagem e desinfeção das mãos antes de prestar cuidados de higiene ao seu bebé.
- Limpar o coto umbilical e a pele circundante diariamente e sempre que esteja suja com fezes ou urina, utilizando soro fisiológico 0,9%, compressas esterilizadas e com movimentos de cima para baixo segurando com a outra mão o clamp.



- Deve manter o coto seco, não deve estar coberto pela fralda, devendo dobrar e apertar a fralda abaixo do umbigo;

- Consultar o médico se o seu bebé apresentar vermelhidão ou lesões cutâneas, endurecimento da pele circundante, pus ou odor desagradável pois podem ser sinais e sintomas de infeção.

### Prevenir ou tratar das cólicas

As cólicas podem surgir logo após a 1ª semana de vida e devem-se há imaturidade do organismo do bebé e à presença de ar. Para prevenir as cólicas:

- Ao amamentar verificar que a boca do bebé cobre todo o mamilo;
- No biberão verificar se a tetina está coberta de leite e fazer com que o bebé arrote sempre no final de cada refeição;
- Colocar o bebé de barriga para baixo sobre uma manta aquecida ou sobre o seu braço;
- Massajar a barriga do bebé com movimentos circulares no sentido dos ponteiros do relógio, suavemente e com firmeza e ajudá-lo a dobrar as pernas sobre a barriga, pode ainda realizar a estimulação anal com uma cânula.



**APÊNDICE VI – FORMAÇÃO À EQUIPA DE ENFERMAGEM  
ACERCA DA PRESENÇA DOS PAIS/CUIDADORES NA  
REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS INVASIVOS – PARCERIA  
DE CUIDADOS**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
EM ASSOCIAÇÃO



A presença dos  
pais/cuidadores na  
realização de  
procedimentos invasivos -  
**Parceria de Cuidados**

**Realizado por:** Ana Rita Maximiano

**Orientado por:**

**Professora:** Margarida Malcata  
Barreiro, 25 de Outubro de 2022

6º Curso de Mestrado em  
Enfermagem  
Área de Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica

## Sumário

- Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey;
- As vantagens da presença dos pais/cuidadores na perspetiva da criança/jovem;
- As vantagens da presença dos pais/cuidadores para os próprios;
- As vantagens da presença dos pais/cuidadores perspetiva da equipa de enfermagem;
- Desafios à equipa para a adoção do modelo de parceria de cuidados.



## Objetivos

### Geral:

- Refletir sobre a importância da presença dos pais/cuidadores na realização de procedimentos invasivos

### Específicos:

- Conhecer as vantagens da Parceria de Cuidados baseado no modelo de Anne Casey;
- Identificar as vantagens da parceria de cuidados para a criança/jovem, para os pais/cuidadores e para a equipa;
- Identificar estratégias a adotar para a aplicação do presente modelo de cuidados.

## Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey

Anne Casey, em 1988 desenvolveu o a partir do **modelo de cuidados centrados na família**, um modelo de cuidados pediátricos “Modelo de Parceria de Cuidados” que evidencia o contributo dos pais nos cuidados à criança como parceiros nos cuidados, sendo a principal finalidade **satisfazer as necessidades dos pais e das crianças**, com a intervenção mínima dos enfermeiros. Para que este objetivo seja concretizável, é crucial que a equipa de saúde **partilhe conhecimentos** e realize **ensinos** aos pais de modo a que estes se tornem capazes de realizar os cuidados à criança.

(Pedroso, R. M. C. J., 2017)

## Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey

Este modelo preconiza a **não existência de fronteiras fixas** entre os cuidados prestados pelos pais e os cuidados prestados pelos enfermeiros, recomendando mesmo flexibilidade nos cuidados, de forma a **promover o desenvolvimento conjunto de ações e completo bem-estar da criança.**

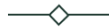
(Pedroso, R. M. C. J., 2017)

### Ambiente hospitalar e hospitalização

- Separação, a perda de controle, lesão corporal e dor;
- Afastamento do seu ambiente familiar, das suas atividades diárias e dos seus amigos, com consequências a nível do quotidiano de uma família
- Ambiente desconhecido e impessoal, sendo muitas vezes associado a um lugar de solidão, tristeza, saudade de casa, da escola, amigos e familiares;
- Repercussões a nível do desenvolvimento emocional da criança e também perturbações da alimentação, birras, alterações do sono, retrocesso dos hábitos adequados;

(Azevêdo, A. V. D. S., Lançon, A. C., & Crepaldi, M. A., 2017)

## Ambiente hospitalar e hospitalização



- Instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar, uma situação de crise;
- Os pais estão numa situação mais vulnerável, onde algumas funções passam a ser desempenhadas pelo enfermeiro podendo comprometer o papel parental;
- Nos períodos de internamento mais prolongados as crianças têm maior probabilidade de desenvolver um atraso a nível do desenvolvimento.

([Azevêdo](#), A. V. D. S., [Lançoni](#), A. C., & [Crepaldi](#), M. A., 2017)

## Presença dos pais/cuidadores na realização de procedimentos invasivos



É a permanência de um ou mais membros familiares em um local com contato visual e/ou físico com a criança/jovem.

Fortalece o vínculo entre família e equipa de saúde

Assistência holística à criança/jovem

Tranquilização da criança/jovem durante o procedimento

Manutenção da informação à família sobre a condição clínica da criança

Tem em conta as suas necessidades e fragilidades

([Santos](#), M. E. R. D., & [Príncipe](#), F. P., 2020; [Mendes](#), L. A. M., & [Guareschi](#), A. P. D. F., 2018)

## Perspetiva da CRIANÇA

### Vantagens



- Eleva os níveis de células de defesa do organismo;
- Melhoria dos sinais vitais da criança/jovem, com consequente diminuição do período de internamento hospitalar;
- Aumenta a confiança, calma, segurança e tranquilidade;
- Contribui para o bem-estar, amenizando a hostilidade do ambiente hospitalar;
- Promove a adaptação ao ambiente;
- Promove a aceitação por parte dos profissionais, superação de obstáculos;
- Fornece suporte emocional, permitindo que esta se sinta menos ansiosa e diminua o sofrimento.

(Santos, M. E. R. D., & Príncipe, F. P., 2020)

## Perspetiva da CRIANÇA

### Desvantagens



- Transferência da ansiedade familiar para a criança/jovem, o que pode afetar o seu quadro clínico
- Influenciada pela idade, fase de desenvolvimento e experiências anteriores.

(Santos, M. E. R. D., & Príncipe, F. P., 2020; Mendes, L. A. M., & Guareschi, A. P. D. F., 2018)

## Perspetiva dos PAIS/CAUIDADORES

### Vantagens



- Confiança, segurança e tranquilidade e diminuição da ansiedade;
- Presta apoio emocional e segurança à criança/jovem;
- Sensação de acolhimento e possibilidade de acompanhar o quadro clínico em tempo real, com a hipótese de escolha de permanecer, ou não;
- Torna-se parte da equipa e assume uma atitude mais proativa;
- Aumento do sentimento de independência, promove uma comunicação adequada com a equipa de enfermagem, sentimentos de paz e encorajamento e facilita a adaptação à nova condição de saúde da criança.

(Santos, M. E. R. D., & Príncipe, F. P., 2020; Pedroso, R. M. C. J., 2017)

## Perspetiva dos PAIS/CAUIDADORES

### Desvantagens



- Mudanças na rotina profissional, pessoal e social, o que, somado ao quadro clínico da criança/jovem, pode gerar instabilidade familiar;
- Notícias recebidas com termos complexos e difíceis de entender;
- Sentimento de revolta e frustração;
- Ansiedade, tristeza, medo, stress, sofrimento e insegurança, associado à participação nos cuidados.
- Preocupação pela possibilidade dos enfermeiros não serem capazes de identificar todas as necessidades dos seus filhos.

(Santos, M. E. R. D., & Príncipe, F. P., 2020; Pedroso, R. M. C. J., 2017)

## Perspetiva da EQUIPA

### Vantagens



- Depende das crenças, conhecimentos e valores;
- Baseia-se na comunicação;
- Permite desenvolver uma relação de confiança e segurança;
- Desenvolvimento e implementação de intervenções centradas na família;
- Aumenta o vínculo equipa/criança/família;
- Promove cuidados de maior qualidade;
- Colheita de dados relevantes – história clínica;
- Participam de forma passiva como tranquilizadores das crianças/jovens;
- Facilita a adaptação dos pais/cuidadores à nova realidade.

(Santos, M. E. R. D., & Príncipe, F. P., 2020; Mendes, L. A. M., & [Guareschi, A. P. D. F.](#), 2018)

## Perspetiva da EQUIPA

### Desvantagens



- Perda do controlo emocional da família que pode interferir no cuidado prestado;
- Os serviços de urgência e emergência apresentam uma dinâmica que habitualmente impede que o profissional destine o cuidado ao acompanhante;
- Pouco espaço físico para comportar equipa, material e família;
- Rácios de profissionais insuficientes;
- Condições de trabalho stressantes com longas horas, diversidade de funções, ritmo excessivo de esforço físico, falta de formação qualificada para lidar com a comunicação das informações com termos compreensíveis pela família;
- Exposição do desempenho profissional e do próprio ambiente de trabalho.

(Santos, M. E. R. D., & Príncipe, F. P., 2020; [Azevêdo, A. V. D. S.](#), [Lançoni, A. C.](#), & [Crepaldi, M. A.](#), 2017)

## Estratégias



**Humanizar** através da valorização dos intervenientes envolvidos com recurso ao acolhimento, escuta atenta e empatia, oferecendo apoio, identificando as queixas e estabelecendo vínculos.

**Atenuar os sentimentos mais perturbadores** - Preparação e suporte com explicações sobre a necessidade de hospitalização, as pessoas envolvidas, os procedimentos e a forma das crianças ajudarem e colaborarem.

**Oportunidade de expressar as emoções negativas** e geri-las de forma saudável, promovendo do bem-estar emocional tornando esta experiência numa oportunidade de desenvolvimento.

(Santos, M. E. R. D., & Príncipe, F. P., 2020; [Azevêdo, A. V. D. S., Lançon, A. C., & Crepaldi, M. A., 2017](#); Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T., 2016)

## Estratégias



**Reforço do papel parental** através da sua capacitação facilita a redução da ansiedade, do stress e medo.

**Ouvir e honrar as perspetivas e escolhas** das crianças e dos pais/cuidadores, incorporando-os ao planeamento e prestação de cuidados.

**Evitar o discurso autoritário** procurando uma comunicação assertiva e compreensiva para o familiar.

(Santos, M. E. R. D., & Príncipe, F. P., 2020; [Azevêdo, A. V. D. S., Lançon, A. C., & Crepaldi, M. A., 2017](#); Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T., 2016)

## Estratégias



**O estabelecimento de normas** permanência de um dos familiares, condições a nível do espaço físico, recursos humanos e físicos e um ambiente confortável e privacidade.

**Estratégias de gestão emocional** - preparação para os procedimentos, dar explicações, permitir a expressão de sentimentos e dar reforço positivo.

**Distração e a recreação** –Falar sobre temas do seu agrado e incentivar a escrita ou a música.

(Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. 2016)

## Estratégias

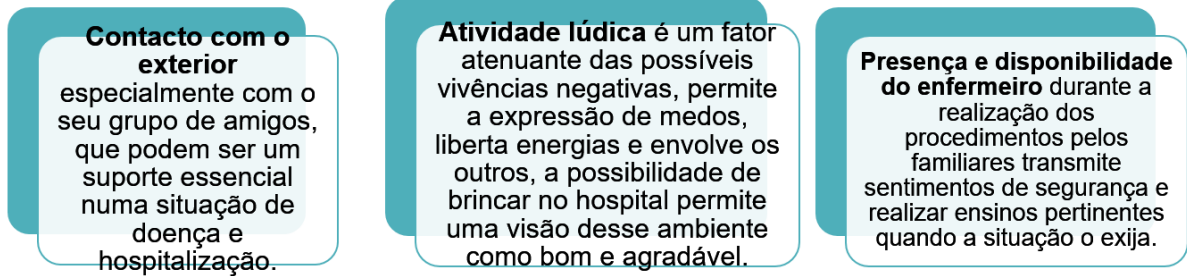


**Música** - redutora do stress e estímulo imunitário pode ser uma terapia adjuvante das medidas farmacológicas, é um veículo de comunicação, enriquecedor do ambiente, potenciando a recuperação/equilíbrio e o bem-estar emocional.

**Humor** - forma de quebrar o gelo é uma estratégia de humanização eficaz na redução do stress da hospitalização. O humor verbal é muitas vezes expresso através de anedotas, adivinhas, histórias engraçadas, trocadilhos e piadas, contribui para a gestão das emoções.

(Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. 2016)

## Estratégias



(Pedroso, R. M. C. J., 2017; Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. 2016)

## Conclusão



- Centrado na satisfação das necessidades da sua família, estamos também a satisfazer as necessidades da criança.
- Contribui consideravelmente para tornar a experiência mais positiva para a criança/jovem e os seus pais/cuidadores.
- Assim é fundamental que os enfermeiros se mostrem disponíveis para a partilha de informação e conhecimento, recorrendo a uma comunicação clara e eficiente, a um discurso esclarecedor, transmitindo informação relativa à situação clínica da criança de forma a promover a relação empática entre o enfermeiro e a família que facilita consideravelmente todo o processo de parceria de cuidados.

(Pedroso, R. M. C. J., 2017; Azevêdo, A. V. D. S., Lançon, A. C., & Crepaldi, M. A., 2017)

## Conclusão



- A importância da presença dos pais na realização de procedimentos hospitalares é realçada, uma vez que, o medo causado na criança é atenuado, transmitindo segurança e um sentimento familiar.
- Os pais/cuidadores demonstram preferência em permanecer junto dos seus filhos, ao invés de estarem ausentes e estarem constantemente a pensar como é que os seus filhos estão.
- A oportunidade de participação dos pais nos cuidados apresenta efeitos positivos.

(Pedroso, R. M. C. J., 2017; [Azevêdo, A. V. D. S.](#), [Lançoni, A. C.](#), & [Crepaldi, M. A.](#), 2017)

OBRIGADO PELA VOSSA ATENÇÃO



A presença dos pais/cuidadores na realização de procedimentos invasivos - Parceria de Cuidados

## Referências



Santos, M. E. R. D., & Príncipe, F. P. (2020). Família presente no atendimento da emergência pediátrica: e agora, equipe?. *Revista Espaço para a Saúde*, 34-36. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1116035>

Pedroso, R. M. C. J. (2017). Impacto da parceria de cuidados para a criança hospitalizada e sua família. <https://dehesa.unex.es:8443/handle/10662/14735>

Azevêdo, A. V. D. S., Lançon, A. C., & Crepaldi, M. A. (2017). Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 3653-3666. <https://www.scielo.br/j/csc/a/hQ7XwnCP9Sr8Q7cfsDxb4TM/abstract/?lang=pt>

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Scientific Journal Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47.

[https://www.researchgate.net/profile/Luiza-Rodrigues/publication/315628716\\_Medos\\_das\\_crianças\\_dos\\_6\\_a\\_12\\_anos\\_em\\_contexto\\_de\\_urgência\\_pediátrica\\_o\\_enfermeiro\\_enquanto\\_gestor\\_emocional/links/591b7d4f0f7e9b7727d8a8ab/Medos-das-crianças-dos-6-a-12-anos-em-contexto-de-urgência-pediátrica-o-enfermeiro-enquanto-gestor-emocional.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Luiza-Rodrigues/publication/315628716_Medos_das_crianças_dos_6_a_12_anos_em_contexto_de_urgência_pediátrica_o_enfermeiro_enquanto_gestor_emocional/links/591b7d4f0f7e9b7727d8a8ab/Medos-das-crianças-dos-6-a-12-anos-em-contexto-de-urgência-pediátrica-o-enfermeiro-enquanto-gestor-emocional.pdf)

Mendes, L. A. M., & Guareschi, A. P. D. F. (2018). Presença da família da criança nas situações de emergência e procedimentos invasivos: revisão integrativa. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped*, 18(2), 96-102.

<http://journal.sobep.org.br/article/presenca-da-familia-da-crianca-nas-situacoes-de-emergencia-e-procedimentos-invasivos-revisao-integrativa/>

**APÊNDICE VII – QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO NO  
SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA**

## **Parceria de Cuidados – Questionário de Satisfação no Serviço de Internamento de Pediatria**

O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey (1993), reconhece os pais como os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos, na medida em que conhecem as suas singularidades e necessidades e estão numa posição privilegiada para potenciar o seu crescimento e desenvolvimento, prestando cuidados sob forma de proteção, estímulo e amor (Casey, 1993). Assim, preconiza-se uma parceria de cuidados entre o enfermeiro e a família com o intuito de integrar a família nos cuidados de saúde prestados à criança/jovem (G. S. C. Silva, 2019), visando a diminuição de sentimentos negativos e maximização dos benefícios associados à hospitalização, bem como a promoção do conforto e apoio total da criança/jovem e família (Hockenberry & Wilson, 2011).

Neste sentido, deve ocorrer uma partilha de informação e poder entre pais/cuidadores e enfermeiros, agindo em parceria no planeamento das intervenções adequadas às necessidades específicas de cada criança/jovem, que tem como principal objetivo suprir o superior interesse da criança e jovem, apresentando benefícios para todos os envolvidos (Caldeira 2018).

O enfermeiro, assume assim um papel preponderante no processo de cuidar, garantindo a sua continuidade, através da elaboração de um plano de cuidados individualizado que respeite as especificidades e necessidades de cada criança/jovem e família (Azevêdo et al., 2018). Para a sua elaboração este deve ter em conta a vontade da criança/jovem, a perspetiva dos pais e a visão do enfermeiro, sendo através da negociação contínua entre estes três intervenientes e do esclarecimento da ação de cada elemento no processo, a forma ideal para serem prestados os melhores cuidados possíveis para cada criança/jovem (Jesus, 2019).

O reconhecimento dos pais/cuidadores como os melhores prestadores de cuidados à criança/jovem, obriga a algumas mudanças de atitude por parte dos profissionais de enfermagem, das políticas da instituição e das próprias unidades de saúde (Conceição Ferreira, 2016).

Os cuidados respeitando a filosofia deste método, têm como objetivo manter a força dos papéis e laços familiares com a criança/jovem, de forma a promover o bem-estar da unidade

familiar. Estes visam fornecer apoio profissional à criança e família através de um processo de envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacitação das famílias e pela negociação dos cuidados (Smith, Coleman & Bradshaw, 2006).

O questionário é um instrumento composto por um conjunto de questões padronizadas e predefinidas, que visa mensurar atributos ou características relacionadas a pessoas, organizações, processos ou fenómenos. Desenvolvido para colher dados com o pressuposto principal a garantia da melhoria dos cuidados neste caso particular (Coelho, J. A., Souza, G. H., & Albuquerque, J., 2020).

Posto isto, pretende-se que através da aplicação de um questionário de satisfação aos pais/cuidadores e crianças/jovens, possam ser diagnosticadas situações que influenciam o resultado final deste método de cuidados no serviço de internamento de pediatria e assim poder melhorar a qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem.

A perspetiva do cliente é considerada imprescindível tanto para monitorizar a qualidade dos serviços como para identificar e corrigir problemáticas e espetativas em relação aos cuidados e ainda reorganizar cuidados de saúde (Ribeiro, et al. 2008).

### Referências

- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In: E. A. Glasper, & A. Tucker (Eds.), *Advances in Child Health Nursing* (pp. 183–193). Scutari Press.
- Coelho, J. A., Souza, G. H., & Albuquerque, J. (2020). Desenvolvimento de questionários e aplicação na pesquisa em Informática na Educação. *Metodologia de Pesquisa em Informática na Educação: Abordagem Quantitativa de Pesquisa*. Porto Alegre: SBC. *Série Metodologia de Pesquisa em Informática na Educação*, 2. [https://metodologia.ceie-br.org/wp-content/uploads/2018/10/cap2\\_6.pdf](https://metodologia.ceie-br.org/wp-content/uploads/2018/10/cap2_6.pdf)
- Conceição Ferreira, M. M. (2016). Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*.
- Hockenberry, M. e Wilson, D. (2011). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 8ª Edição, Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda. (ISBN 978-85-352-3447-3).
- Jesus, M. I. de S. e C. (2019). *Cuidados Especializados à Criança em Cuidados Paliativos: Importância da Equipa de Suporte Integrado Pediátrico* [Master's thesis, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/28816>

Ribeiro, O. D. P., Carvalho, F. M., Ferreira, L. M., & Ferreira, P. J. (2008). Qualidade dos cuidados de saúde. *Millenium*. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/357>

Silva, G. S. C. (2019). *Humanização dos cuidados em pediatria: Atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria* (Doctoral dissertation). <https://repositorio.ipbeja.pt/handle/20.500.12207/4902>

Smith, L., Coleman, V., & Bradshaw, M. (2006). Family-centred care: using the practice Continuum Tool. Glasper A, Richardson JA. *Textbook of Children's and Young People's Nursing*.

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



ES  
Escola Superior Saúde  
IPPortalegre



IPS  
Instituto Politécnico de Setúbal  
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco  
Escola Superior de Saúde  
Dr. Lopes Dias

### Questionário de Satisfação do Cliente Pediátrico e sua Família face à Parceria de Cuidados no Serviço de Internamento de Pediatria

Caro cliente pediátrico/família/accompanhante,

Gostariamos de conhecer a sua opinião acerca dos cuidados de enfermagem na perspetiva da parceria de cuidados, no Serviço de Internamento de Pediatria. Esta informação é confidencial e com estes dados pretendemos contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Desde já gratos pela sua disponibilidade.

Escolha apenas uma opção, assinalando-a como uma cruz.

**Grau de parentesco:** Mãe  Pai  Representante  Adolescente

<b>Cuidados de Enfermagem</b>	Não Satisfaz	Satisfaz	Bom	Muito Bom	Excelente	Não se Aplica
<b>1 – Acolhimento</b>						
a) Explicação/integração nas normas e procedimentos do serviço. Apresentação						
b) Exclarecimento de dúvidas.						
c) Foi tratado com cortesia.						
d) Os enfermeiros adotaram uma atitude de escuta e disponibilidade.						

e) As suas necessidades e/ou da criança/jovem foram satisfeitas.						
<b>2 – Prestação de Cuidados</b>						
a) A equipa de enfermagem forneceu informação sobre os tratamentos.						
b) A organização do trabalho de enfermagem privilegiou sempre que possível as rotinas da criança/jovem.						
c) Foi providenciada a privacidade.						
<b>3 – Envolvimento da família/cuidadores</b>						
a) Foi integrado na realização de procedimentos à criança/jovem.						
b) Foi permitida a sua presença no serviço para que a criança estivesse sempre acompanhada.						
c) A equipa de enfermagem deu-lhe apoio sempre que necessário.						
d) Foram respeitados os princípios culturais, éticos e legais da criança/jovem e da família/cuidadores.						
<b>4 – Organização do espaço físico</b>						
a) Sempre que a criança/jovem realizou exames e/ou procedimentos foi devidamente acompanhada.						
b) Em termos de privacidade como considera as instalações.						
c) Em termos de adequação às limitações da criança/jovem como considera as instalações.						
d) O estado de higiene e limpeza dos locais (quartos/enfermarias, casas de banho, salas de convívio, sala de tratamento, etc).						
e) Considera que foi fornecida informação suficiente acerca da educação para a saúde, como por exemplo panfletos, cartazes e outros.						

Se não, quais as suas necessidades? _____						
f) O espaço físico promoveu o conforto da criança/jovem (ruído, repouso, sono, descanso, temperatura, luz, comodidade, brinquedos, etc).						
g) Considera a humanização do espaço agradável (pinturas, desenhos, espaço de brincadeiras, etc).						

Sugestões de melhoria:

---

---

---

---

---

---

Obrigado pela sua participação!

**APÊNDICE VIII – FOLHETO – CONTROLO DA DOR E  
DESCONFORTO NO RECÉM-NASCIDO**

• **Método Canguru**

O Método Canguru tem como aspetos positivos a promoção do vínculo afetivo e controlo da temperatura, contribui ainda para a redução do risco de infeção hospitalar, redução do stress e a dor do recém-nascido, aumenta as taxas de aleitamento materno e melhora o desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do recém-nascido.

A presença e o envolvimento dos pais através do falar, do toque, do embalar, acariciar, massajar apresenta-se como uma mais valia para o conforto e desenvolvimento do recém-nascido.



**Bibliografia**

<https://www.scielo.br/i/rdor/a/cWpHWvCPCjBXLkfcvZWGvg/?lang=pt>  
<https://assobrafir ciencia.org/article/5dcd5d5b0e8825c429bf58f1/pdf/assobrafir-9-1-55.pdf>  
<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/10987/70117.pdf?sequence=1&isAllowed=y>  
<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/218049/001122411.pdf?sequence=1>  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gob\\_p\\_estrategiasnaofarmacologicascontroloodorcrianca.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gob_p_estrategiasnaofarmacologicascontroloodorcrianca.pdf)

**Blog da Unidade**



**Para mais informações ou esclarecimento de dúvidas questione o enfermeiro ou o médico**



Realizado por:  
Aluna: Ana Rita Maximiano  
Enfermeira Orientadora: [Redacted]

janeiro, 2023



**Unidade de Cuidados Especiais Neonatais**



O seu bebé vai ser picado, e agora?

Controlo da Dor e Desconforto no Recém-Nascido

**Alívio da dor e promoção do conforto do seu bebé**

Os recém-nascidos não verbalizam a dor, desse modo, os profissionais de saúde avaliam a dor ao longo dos procedimentos dolorosos, com recurso a escalas, por forma a planear qual a melhor estratégia a adotar para promover o conforto do seu bebé.



**Estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para alívio da dor em procedimentos invasivos**

- Manter o ambiente calmo, com pouco ruído e luminosidade;
- Promover a distração através de música adequada ao bebé com baixo volume;
- Oferecer a chupeta que funciona como um analgésico;
- Oferecer sacarose a 24%, que é um soro com sabor adocicado que diminui o tempo de choro e a mímica facial de dor.



**Outras medidas que podem ser utilizadas pelos pais para promover o conforto do recém-nascido**  
Durante o período de internamento na nossa unidade e após a alta do recém-nascido os pais podem e devem participar sempre nos cuidados ao seu bebé, sendo os principais parceiros da equipa na promoção do seu conforto.

• **Massagem Terapêutica**

A massagem terapêutica é uma intervenção que favorece o desenvolvimento adequado e promove cuidado baseado em estímulos benéficos que reduzem o stress e favorecem o desenvolvimento do seu bebé.

A massagem deve ser realizada com toque firme, com creme adequado e da seguinte ordem:  
do topo da cabeça para o pescoço; do pescoço para os ombros e de volta para o pescoço; da parte superior das costas para as nádegas e retornar para a parte superior das costas, da coxa para o pé, volta para coxa e simultaneamente em ambas as pernas; do ombro para a mão, e depois em ambos os braços simultaneamente.



• **Musicoterapia**

O recurso a música adequada no ambiente onde o recém-nascido permanece contribui para a diminuição do stress e induz o relaxamento.

Os impactos positivos da estimulação musical e da musicoterapia para as respostas fisiológicas do bebé são a saturação de oxigénio, a frequência cardíaca e respiratória, os padrões de sono e vigília, o ganho de peso e a duração do período de internamento.



• **Aromaterapia**

Terapia que usa as propriedades aromáticas dos óleos essenciais e que pode ser associada à massagem aromaterapêutica. Consiste na combinação do poder revigorante da massagem com as propriedades terapêuticas dos óleos essenciais. Estes ajudam a acalmar, relaxar a mente e o corpo e reduzir o desconforto. Pode ser usada em crianças a partir dos cinco anos, exceto se tiverem alergias respiratórias, asma ou doença pulmonar crónica. Pode ser usada, com precaução, em crianças mais pequenas.



## **APÊNDICE IX – ARTIGO CIENTÍFICO**

## **Ambientes Favoráveis à Prática Clínica: A sua Influência na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**

### **RESUMO**

**Enquadramento:** Ambientes favoráveis à prática clínica contribuem para a qualidade dos cuidados prestados e desempenho dos enfermeiros, influenciando os resultados e a qualidade em saúde. **Objetivo:** Mapear a evidência sobre os ambientes de prática clínica que podem melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros. **Método:** Revisão narrativa. Realizada pesquisa na base de dados EBSCO. A pergunta PIO: Como os ambientes favoráveis à prática clínica melhoram a qualidade dos cuidados de Enfermagem? **Resultados:** Análise de 10 artigos. Identificadas quatro categorias de melhoria dos cuidados de Enfermagem: gestão dos cuidados, segurança dos cuidados, desenvolvimento profissional da equipa e motivação pessoal e profissional. **Conclusões:** Os ambientes favoráveis à prática clínica melhoram a qualidade dos cuidados de Enfermagem. Apresentam vantagens para todos os seus envolventes, representando ganhos efetivos em termos de gestão e segurança dos cuidados, tal como maior satisfação das pessoas que deles beneficiam e melhores resultados para a sua saúde.

**Palavras-chave:** Ambiente de Instituições de Saúde; Ambiente de Trabalho; Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Qualidade da Assistência à Saúde

## **Environments Conducive to Clinical Practice: Their Influence on the Quality of Nursing Care**

### **ABSTRACT**

**Background:** Favorable clinical practice environments contribute to the quality of care and nurses' performance, influencing health outcomes and quality. **Objective:** To demonstrate how clinical practice environments can improve the quality of care provided by nurses through the available evidence. **Method:** A search of the EBSCO database was conducted. The PIO question: How do supportive clinical practice environments improve the quality of Nursing care? **Results:** Analysis of 10 articles. Four categories of improved Nursing care were identified: care management, care safety, team professional development, and personal and professional motivation. **Conclusions:** Enabling environments for clinical practice improve the quality of nursing care. They present high advantages for all those involved, representing effective gains in terms of care management and safety, as well as greater satisfaction of the people who benefit from them and better health outcomes.

**Keywords:** Health Facility Environment; Working Environment; Nursing; Nursing Care; Quality of Health Care

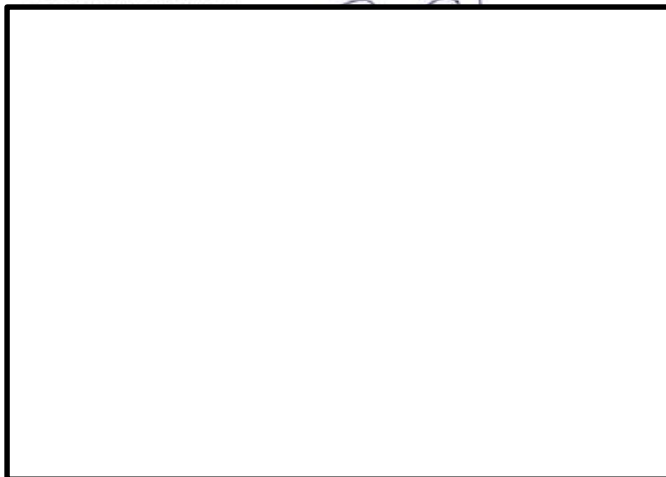
# ANEXOS

**ANEXO I – AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO  
QUESTIONÁRIO AOS PROFISSIONAIS**



Foi concedida autorização à estudante Ana Rita Pereira dos Santos Maximiano, Mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, para aplicar um questionário à equipa de enfermagem da [redacted] com o objetivo de identificar a perceção da equipa acerca da importância da temática na prestação de cuidados à criança/jovem ao longo das suas fases de desenvolvimento, tendo os pais/família como parceiros de cuidados e posteriormente identificar a opinião.

**O Conselho Técnico:**



**ANEXO II – CERTIFICADO DE FORMAÇÃO  
PROFISSIONAL – MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS –  
ANNE CASEY**

CERTIFICADO

Este certificado é concedido a

Ana Rita Pereira dos Santos Maximiano

Em reconhecimento da apresentação do tema:

**Modelo de Parceria de Cuidados — Anne Casey**

Realizado na Sala de Reuniões da [ ] no dias 21 de Junho de 2022

Setúbal 21 de Junho de 2022

[ ]

## **ANEXO III – APROVAÇÃO DO FOLHETO – CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO**



Foi aprovado o folheto sobre “Cuidados ao Recém-nascido” elaborado pela estudante Ana Rita Pereira dos Santos Maximiano, Mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, para aplicar na



O Conselho Técnico:



**ANEXO IV – CERTIFICADO DE FORMAÇÃO  
PROFISSIONAL – SESSÃO A PRESENÇA DOS PAIS E  
CUIDADORES NA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS  
INVASIVOS – PARCERIA DE CUIDADOS**

