



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

**Vivências da criança com necessidade de
isolamento hospitalar e sua família: trabalho
emocional no acto de cuidar de enfermagem**

Carla Maria Tomé Carvalho e Barbosa

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

**Vivências da criança com necessidade de
isolamento hospitalar e sua família: trabalho
emocional no acto de cuidar de enfermagem**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Carla Maria Tomé Carvalho e Barbosa

Orientador: Professora Doutora Paula Diogo

Co-orientador: Mestre ESIP Cláudia Duarte

2012

DEDICATÓRIA

Ao meu marido por ser aquele que mais sofreu neste percurso, foi marido, pai, conselheiro e amigo, a quem peço desculpa por ser a minha fonte de desabafo.

Ao meu casal de gémeos que além de serem a luz dos meus olhos, foram os companheiros de dias e dias de escrita no computador...e por me lembrarem constantemente que o mais importante neste Mundo são as Crianças.

Aos meus pais por ficarem tantas vezes com os netos para poder frequentar as aulas.

A todos os que me Apoiaram neste percurso, em especial à Profª Paula Diogo pelo constante incentivo, o meu muito obrigada.

RESUMO

À vivência da criança/família de doença e hospitalização estão inevitavelmente associadas experiências emocionais intensas que podem ser intensificadas aquando da necessidade particular de isolamento hospitalar. Estas vivências emocionais expressam-se na relação enfermeiro-cliente e estão presentes em cada interacção de cuidados. O processo de cuidar é baseado nas relações interpessoais e na base destas encontram-se as emoções, tal como corroborado por Jean Watson, que defende ainda que cuidar implica envolvimento pessoal e partilha emocional. Mas cabe aos enfermeiros realizarem a gestão das suas emoções de forma a prover cuidados, sendo que o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, é por excelência um técnico de saúde habilitado para identificar precocemente as vivências da criança e família sujeitas a isolamento hospitalar, por integrar na sua prática esta dimensão.

No presente relatório pretendeu-se espelhar um percurso formativo com foco no estudo sobre as **“Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem”**, reflectindo-se sobre o desempenho do trabalho emocional na prática de enfermagem na gestão da emocionalidade da criança e família em situação de isolamento hospitalar.

O trabalho emocional incorpora acções/interacções inseridas no processo de cuidar, que têm como objectivo transformar de forma positiva as vivências intensas dos clientes, nomeadamente em contexto de isolamento hospitalar da criança e sua família.

Pretendeu-se que esta experiência assentasse numa metodologia reflexiva, tornando-a fonte de saberes, e assim, verdadeiramente formativa no sentido do desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais que caracterizam o desempenho do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria.

Palavras chave: vivências, criança/família, isolamento, trabalho emocional, enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria

ABSTRACT

In the experience of child / family illness and hospitalization are inevitably associated with intense emotional experiences that can be intensified when the particular need for hospital isolation. These emotional experiences are expressed in the nurse-client relationship and are present in every interaction care. The care process is based on interpersonal relationships and on the basis of these emotions are, as corroborated by Jean Watson, who argues that caring implies personal involvement and emotional sharing. But it is for nurses undertaking the management of their emotions in order to provide care, and the nurse specialist in child health and pediatrics, is par excellence a qualified health professional to identify the early experiences of children and families subject to hospital isolation for integrating this dimension in their practice.

This report was intended to mirroring a training path focused on the study of "Experiences of the child in need of hospital isolation and her family: emotional labor in the act of nursing care", reflecting on the performance of emotional labor in practice nursing management of emotionality in the family and child in hospital isolation.

The work incorporates emotional actions / interactions included in the care process, which aim to positively transform the customer intense experience, particularly in the context of hospital isolation of the child and his family. It was intended that this experience sit in a reflexive methodology, making it the source of knowledge, and thus truly formative for the development of technical, scientific and relational which characterize the performance of specialist nurses in child health and pediatrics.

Keywords: experiences , child / family , isolation , emotional labor , nurse specialist in child health and pediatrics

SIGLAS

0. ACES- Agrupamento de Centros de Saúde
1. APA - American Psychological Association
2. Enf^a – Enfermeira
3. EESIP – Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria
4. CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
5. CMEESIP – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
6. DGS – Direcção Geral da Saúde
7. HDE – Hospital de Dona Estefânia
8. HSM - Hospital de Santa Maria
9. IAC - Instituto de Apoio à Criança
10. OE – Ordem dos Enfermeiros
11. ONU- Organização Nações Unidas
12. Prof^a - Professora
13. PNV - Plano Nacional de Vacinação
14. RN – Recém nascidos
15. RNPT – Recém nascidos pré-termo
16. UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
17. UCC - Unidade de Cuidados da Comunidade
18. UI - Unidade de Infeciologia
19. UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
20. SAPE - Sistema de apoio à prática de enfermagem
21. SIC - Segundo informação colhida
22. SUP – Serviço de Urgência Pediátrica
23. SOPed – Serviço de Observação de Pediatria

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA.....	13
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
3.1 Cuidar da criança/família que vivencia a hospitalização.....	15
3.2 A criança/família em situação de isolamento.....	16
3.3 Intervenções de enfermagem na gestão da emocionalidade da criança/família em isolamento hospitalar.....	17
3.4 Teoria de enfermagem de suporte à intervenção de enfermagem - Jean Watson.....	19
4. PERCURSO DE ESTÁGIO - REFLEXÃO SOBRE O VIVIDO.....	20
4.1 Cuidados de Saúde Primários - UCSP de Sete Rios.....	20
4.2 Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria.....	28
4.3 Unidade de Gastreenterologia/Infecciologia do Hospital de Santa Maria.....	33
4.4 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Dona Estefânia.....	39
4.5 Unidade de Infecciologia do Hospital Dona Estefânia.....	43
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
6. BIBLIOGRAFIA.....	52
7. APÊNDICES.....	59

APÊNDICE I – Caracterização da UCSP de Sete Rios

APÊNDICE II - Apresentação do Projecto de Estágio

APÊNDICE III – Planeamento da Apresentação do projecto de Estágio

APÊNDICE IV – Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde

APÊNDICE V- Documento de inscrição para a Sessão de Educação para a Saúde

APÊNDICE VI- Apresentação da Sessão de Educação para a Saúde

APÊNDICE VII- Certificado de participação na Sessão de Educação para a Saúde

APÊNDICE VIII- Documento de avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

APÊNDICE IX- Tratamento de dados da avaliação de conhecimentos da Sessão de Educação para a Saúde

APÊNDICE X - Reflexão na e sobre a prática

APÊNDICE XI - Planeamento da sessão de implementação da actividade "A caixinha da criança"

APÊNDICE XII - Fotos da actividade "A caixinha da criança"

APÊNDICE XIII- Diploma de participação na actividade "A caixinha da criança"

APÊNDICE XIV - Folheto "A infecção na criança"

APÊNDICE XV - Caracterização da estrutura física e organizacional do Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria

APÊNDICE XVI - Reflexão sobre as reacções/vivências mais comuns da criança/família aquando da notícia de necessidade de isolamento hospitalar

APÊNDICE XVII - Poster " O meu filho está em isolamento"

APÊNDICE XVIII - Planeamento da sessão de apresentação da actividade "A caixinha da criança"

APÊNDICE XIX - Email enviado para patrocínio do material necessário para a actividade "A caixinha da criança"

APÊNDICE XX - Dossier Temático - "A gestão da emocionalidade enquanto instrumento terapêutico em enfermagem pediátrica"

APÊNDICE XXI - Caracterização da estrutura física e organizacional da Unidade de Gastro/Infecciologia do Hospital de Santa Maria

APÊNDICE XXII - Reflexão sobre momentos de partilha de vivências com as mães das crianças hospitalizadas com necessidade de isolamento

APÊNDICE XXIII - Reflexão sobre uma situação de cuidados

APÊNDICE XXIV - Análise de momentos de partilha de saberes

APÊNDICE XXV - Folheto - O meu filho está em isolamento - informação para pais e acompanhantes

APÊNDICE XXVI - PROPOSTA DE NORMA - Procedimentos para lavagem e desinfeção das mãos

APÊNDICE XXVII - PROPOSTA DE NORMA - Política de prevenção de transmissão de microrganismos

APÊNDICE XXVIII - PROPOSTA DE NORMA - Precauções na prevenção de transmissão de microrganismos

APÊNDICE XXIX - Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do HDE

APÊNDICE XXX - Reflexão sobre o desempenho dos cuidados prestados numa UCIN

APÊNDICE XXXI - Carta de um bebé prematuro aos seus pais!

APÊNDICE XXXII - Relato de uma experiência na primeira pessoa deixado no livro de partilha de vivências na UCIN

APÊNDICE XXXIII - Planeamento da Formação em Serviço

APÊNDICE XXXIV - Apresentação da Formação em Serviço - Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem

APÊNDICE XXXV - Documento de avaliação da Formação em Serviço

APÊNDICE XXXVI - Análise dos dados da Sessão de Formação em Serviço

APÊNDICE XXXVII - Planeamento da actividade "A caixinha da criança"

1. INTRODUÇÃO

O presente Relatório surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, realizado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, visando desenvolver uma prática baseada na evidência, e na reflexão sobre a experiência, promover o aumento da qualidade dos cuidados de saúde, cultivar a liderança nos diferentes contextos da prática de cuidados e influenciar a mudança nos cuidados de enfermagem e na área da saúde.

O percurso formativo espelhado neste relatório teve início com a realização de um projecto, entendido como “um conjunto organizado de actividades, orientadas para um determinado fim, que é atingir uma série de resultados pré-definidos (...) é uma resposta organizada a problemas/necessidades concretas” (Alves, 2004, p.23). Este projecto surgiu das necessidades sentidas ao longo da experiência profissional de onze anos de prestação de cuidados à criança/família em situação de isolamento hospitalar por patologia infecto – contagiosa numa Unidade de Infecciologia. Este insere-se no âmbito do desempenho do trabalho emocional do enfermeiro dirigido à gestão emocional vivenciada pelas crianças/famílias e, visa assim contribuir para transformar positivamente uma vivência que tem o potencial de ser emocionalmente intensa – isolamento hospitalar.

A sua elaboração teve como objectivo definir as linhas orientadoras das actividades a desenvolver, de modo a construir um caminho de desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria preconizadas pela OE (Ordem dos Enfermeiros), tendo por base a articulação entre a prática clínica, a construção de conhecimentos sobre a temática e a reflexão sobre esse mesmo saber prático. Segundo Fish e Twinn (1997), a reflexão é um potencial meio de facilitação do processo de integração e articulação entre a teoria e a prática. Pode ser entendida como um pensamento sistemático, crítico e criativo com o intuito de compreender as origens da acção. A reflexão é assim assumida enquanto instrumento metodológico deste percurso formativo.

A revisão da literatura realizada permite afirmar que a relação enfermeiro/cliente está na base do cuidar e que por sua vez este está impregnado de emoções. Watson, citada por Tomey e Alligood (2004, p.168) refere que “ (...) a criação de uma relação entre enfermeira e doente é crucial para o cuidar (...) uma relação de confiança promove e aceita a expressão de sentimentos (...) envolve empatia, calor

humano, coerência e comunicação eficaz”. As emoções ao fazerem parte integrante no processo de cuidar dão sentido ao desempenho do enfermeiro. A hospitalização por si só já é geradora de múltiplas emoções de angústia e ansiedade na criança e na família, pelo que se torna crucial compreender em que medida o enfermeiro pode actuar minimizando os efeitos impostos por esta situação, a qual pode ser considerada como uma crise (Jorge, 2004). O enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para ajudar a criança/família a expressar os seus sentimentos e frustrações, e aliviar o sofrimento emocional de forma a favorecer uma melhor adaptação à hospitalização. É necessário integrar nos cuidados prestados à criança o conhecimento científico e técnico, mas acima de tudo têm que ser estabelecidas estratégias de intervenção que minimizem a experiência traumática da vivência da hospitalização. Ao enfermeiro cabe implementar um ambiente acolhedor onde a criança se sinta segura e confiante durante este momento.

De acordo com Diogo (2012) as emoções vividas pelas crianças/famílias associadas às situações de doença e hospitalização podem ter uma tonalidade positiva ou negativa, perturbadora ou gratificante e, são despoletadas por um evento associado a uma experiência emocionalmente intensa. Neste caso as emoções evidenciadas são despoletadas pela necessidade de isolamento hospitalar.

Isolamento está classificado na CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) como isolamento social, definido como status comprometido (CIPE, 2010). Alcântara (2007, p.48) relaciona o isolamento com o facto de ter que existir o mínimo de contacto com o mundo externo.

O conhecimento da criança/família e consequentemente das suas necessidades na sua singularidade vai permitir adequar o cuidar com base em acções/interacções, a uma parceria de cuidados entre a tríade e o enfermeiro, contribuindo para que as vivências da hospitalização/isolamento sejam o menos traumatizantes possível. Benner (2005) defende que o enfermeiro perito está consciente das vantagens de estar junto do cliente, insiste na importância do toque, assim como das relações entre ambos permitindo que o cliente expresse os seus sentimentos, envolvendo-se e dando relevância às emoções na sua prática. Estas acções/interacções com o cliente fazem parte do desempenho do enfermeiro. Citando Diogo (2010, p.34) “ (...) o uso das emoções enquanto instrumento terapêutico é de máxima importância, e é mesmo necessário e imprescindível que se identifiquem instrumentos terapêuticos na/para a prática de cuidados de enfermagem. É até urgente pois a finalidade da prática de enfermagem é ser terapêutica”.

Os cuidados centrados na relação enfermeiro/cliente despoletaram questões no âmbito das emoções dos intervenientes, surgindo a necessidade da sua gestão. Emerge desta forma, o conceito de trabalho emocional perante o uso das emoções enquanto instrumento terapêutico. Smith (1988,1991,1992) foi a pioneira dos estudos sobre esta dimensão da enfermagem e defende que este se direcciona para os profissionais e para os clientes dos cuidados de saúde, defende que o trabalho emocional é especializado, tem que ser aprendido da mesma forma que as competências de prestação de cuidados físicos. Nesta linha de pensamento, Diogo (2012) salienta que o trabalho emocional agrega acções/interacções inseridas no processo de cuidados, de dimensão afectivo - emocional, que têm como objectivo transformar de forma positiva as vivências intensas dos clientes, mas também as dos próprios enfermeiros, com a intenção final de promover o bem-estar dos intervenientes. O trabalho emocional está assim relacionado com a gestão das emoções do próprio e do outro em que o produto é a transformação destas mesmas emoções.

Tendo em conta estes pressupostos o presente relatório pretendeu relatar o percurso realizado ao longo da experiência de estágio, assim como descrever e reflectir sobre os objectivos específicos que estiveram na sua origem, as actividades realizadas para a concretização destes e as competências adquiridas e desenvolvidas.

Assim, a experiência de estágio de Cuidados de Saúde Primários foi realizada na UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados) de Sete Rios, durante 4 semanas, seguiu-se o Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria durante 3 semanas, as 4 semanas seguintes tiveram lugar na Unidade de Gastreenterologia/infecciologia do Hospital de Santa Maria, seguiram-se 3 semanas na Unidade de Neonatologia do Hospital de Dona Estefânia e esta experiência culminou com 4 semanas na Unidade de Infecciologia do mesmo hospital.

No que diz respeito à sua estrutura, este documento encontra-se organizado em 7 capítulos. Faz-se uma breve justificação da temática, seguida da sua fundamentação, procede-se à análise reflexiva e critica dos objectivos e actividades desenvolvidas em cada experiência de estágio, com vista à minimização das vivências da criança/família com necessidade de isolamento hospitalar com base no desempenho do trabalho emocional no acto de cuidar em enfermagem. Revela-se de que forma se desenvolveram as competências necessárias para a obtenção do grau de Enfermeiro Especialista e como se articularam os conhecimentos

acadêmicos com as experiências profissionais já adquiridas. São tecidas algumas considerações finais, é apresentada a bibliografia no formato APA e por fim são apresentados os apêndices que se consideraram relevantes durante este percurso.

2. JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

A temática que se pretende estudar enquadra-se no âmbito da dimensão emocional em enfermagem pediátrica. O problema é “ A vivência emocional da criança/família em situação de isolamento hospitalar”. O objecto de estudo é o desempenho do trabalho emocional na prática de enfermagem que visa a gestão da emocionalidade da criança e família em situação de isolamento hospitalar.

O desenvolvimento actual e as constantes descobertas na área da saúde originaram um declínio acentuado a nível das doenças infecto - contagiosas, mas estas não se conseguem erradicar. Em Portugal no ano de 2008 ocorreram 26 casos de tuberculose pulmonar em indivíduos de idade pediátrica, por cada 100000 habitantes e em Lisboa ocorreram 34, 8 casos no mesmo ano. (DGS, 2008).

A Unidade de Infeciologia do Hospital Dona Estefânia é diferenciada na prestação de cuidados à criança com patologia infecto-contagiosa, esta já tem por si só um estigma social negativo o que se agrava quando há necessidade de hospitalização com isolamento é um problema que afecta todos os elementos da família assim como os contactos mais próximos, provocando inevitavelmente sofrimento. É neste contexto de sofrimento emocional que se justifica a intervenção do enfermeiro no apoio à criança/família.

A estatística mostra que 50% das crianças hospitalizadas necessitam de isolamento, e destas, 5% permanecem entre 2 meses a 1 ano em isolamento. A família e as crianças verbalizam com frequência que esta é uma experiência negativa e relatam sentimentos de impotência, desilusão, tristeza, culpa e incapacidade para aceitar esta realidade.

Segundo Diogo (2000) o sofrimento não se vivencia exclusivamente nas dimensões psicológicas e físicas, pois é um fenómeno mais global, envolve uma vertente psicossocial mais alargada como a dimensão laboral, familiar e a dimensão existencial, ideia corroborada pela teórica de enfermagem Jean Watson.

Tendo em conta o que se defendeu até então, importa referir que esta temática está enquadrada nos Padrões de Qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros (O.E., 2002) o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa, família e comunidades onde os actores possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual, ao que se acrescenta sentimentos e emoções, cuja relação terapêutica se caracteriza pela parceria

estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel, envolvendo as pessoas significativas para o cliente individual.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3.1 Cuidar da Criança/família que vivencia a hospitalização

A visão da criança como um adulto em miniatura foi evoluindo ao longo da história e na época do cristianismo passou a proteger-se as crianças e os fracos, os doentes e os órfãos com a construção dos primeiros hospitais, sendo que em 1802 foi criado o primeiro hospital pediátrico em Paris. Com a evolução do conhecimento na área dos cuidados de saúde à criança surge a Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, criada pela portaria nº 260/73 em 11 de Abril de 1973. Esta evolução conceptual da filosofia dos cuidados e das práticas à criança contribuiu para melhorar os cuidados à mesma.

Basto (2009) aplica a expressão cuidar de enfermagem para definir cuidados/prestação de cuidados/cuidar em enfermagem. Para a investigadora cuidar de enfermagem baseia-se na interacção enfermeiro - cliente com o objectivo de contribuir para o bem-estar ou diminuir o sofrimento do mesmo.

Se por um lado os pais experienciam sentimentos angustiantes perante a hospitalização de um filho, como negação, raiva e culpa (Diogo, 2000), por outro a atitude emocional dos pais tem um papel preponderante nas reacções da criança sujeita a hospitalização como defende Quintana (2007). Nesta linha de raciocínio também os pais são alvos importante no que concerne ao apoio emocional, com o intuito de conseguirem lidar com o sofrimento e desta forma apoiarem os filhos. Brodsky (1989) citado por Brez (2002) refere que as crianças hospitalizadas têm que fazer um ajuste emocional à doença. Nos seus estudos conclui que cerca de 30% destas apresentam alterações emocionais quer sejam a curto ou longo prazo concluindo que a hospitalização pode afectar a criança do ponto de vista emocional e consequentemente interferir com o seu desenvolvimento psico-social. A criança apresenta necessidades que lhe são específicas pela singularidade e pela etapa de desenvolvimento, sendo que podem ser comprometidas perante a necessidade de hospitalização. Segundo Powers (2006) e Fortin (2006) citados por Basto (2009) o significado que é dado a necessidade é de deficit humano, falta de algo que pode ser superado pelos cuidados prestados por enfermeiros. Ideia que se direcciona para o problema em estudo, qualquer criança/família hospitalizada tem necessidades específicas contudo em isolamento estas tornam-se únicas, porque se

encontram afastados do seu quotidiano, privados dos que mais amam, ficam confinados a um espaço físico do qual não podem sair, o contacto com outras pessoas é muito reduzido.

3.2 A criança/família em situação de isolamento hospitalar

De acordo com o Boletim Informativo Nº 44/05 do Hospital D. Estefânia (2006), define-se isolamento como a separação de pessoas infectadas com determinado agente infeccioso, sob condições que permitam a sua transmissão directa a outros indivíduos, durante o período de doença activa, ou a protecção de doentes imunodeprimidos sob condições que lhes previnam a transmissão de agentes infecciosos. Existem dois tipos de isolamento: protector e de contenção. Em ambos os casos é necessário recorrer ao uso de quartos individuais. Isolamento significa "(...) proteger o paciente em si e dos outros pacientes internados, ter o mínimo de contacto com o mundo externo (...) é preciso oferecer actividades que a ajudem a manter a percepção da realidade, minimizando os efeitos negativos da hospitalização prolongada" (Alcântara, 2007, p.50). Na mesma linha de pensamento, outra autora defende que os isolamentos criam uma barreira física e social entre a criança e o mundo externo (Cardim, 2008).

As unidades de isolamento geram um grande nível de stress, quer às crianças quer aos seus acompanhantes, pela limitação de estímulos exteriores. Cardim (2008, p.33) refere que os contactos que a criança tem são reduzidos por isso "(...) a equipa de enfermagem assume um papel de destaque neste cenário, pois além de ter que lidar com os seus medos e anseios, tem que lidar com as reacções e necessidades especiais da criança e sua família (...) são necessárias algumas estratégias de cuidado para minimizar o stress da criança, da família e da própria equipa de enfermagem". Ainda tendo como referência a mesma autora, é necessário que a equipa de enfermagem interiorize que a doença contagiosa e a unidade de isolamento estão cercadas de emoções, por parte de quem cuida e de quem é cuidado. Assim, os cuidados à criança têm que envolver comunicação, respeito, compromisso, afecto, compaixão, apreço, sensibilidade e toque.

Tal como referido em cima a necessidade de isolamento implica a estadia num quarto individual, mas implica outras condições nomeadamente o uso de meios de protecção. O saber experiencial permite afirmar que outro factor ansiogénico que é

possível identificar nas crianças com necessidade de isolamento hospitalar, é a utilização de meios de protecção pessoal por parte dos profissionais. Normalmente consistem em máscara, touca, bata, luvas e botas protectoras, sendo que o uso destes meios reveste-se de todo um aparato que para a criança/família revela-se assustador. Em várias situações de isolamento, também os pais têm que usar estes dispositivos de protecção o que não é bem aceite pelas crianças, estas passam a ver os pais com “apetrechos” estranhos.

3.3 Intervenções de enfermagem na gestão da emocionalidade da criança/família em isolamento hospitalar

Honoré (2004) defende as pequenas coisas na prática de cuidados, pois estas são actos que fazem com que o cliente se sinta considerado e valorizado enquanto pessoa que vive uma experiência. Aos gestos de enfermagem relacionados com aspectos emocionais não é dada a visibilidade necessária porque a investigação em enfermagem foca-se mais na estatística e previsibilidade, embora para o cliente estes sejam muito importantes porque o ajudam a ultrapassar experiências emocionalmente intensas. As acções/interacções tendem a desenvolver mecanismos que auxiliam o cliente a ultrapassar situações causadoras de stress através do empowerment, da informação e do conforto. Estas estão na base do trabalho emocional, ou seja, a capacidade que o enfermeiro apresenta para ajudar o cliente a lidar com as suas emoções. Smith (1991), estudou o desempenho do trabalho emocional aplicado à prática de enfermagem e identificou as suas componentes como sendo dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, usar o humor, ter paciência, aliviar o sofrimento, conhecer o cliente e ajudar a resolver os seus problemas. O enfermeiro para promover o bem-estar e alívio do sofrimento do cliente deve usar as emoções enquanto instrumento terapêutico (Diogo, 2012).

Lopes (2006) defende que o enfermeiro ajuda o cliente a gerir as suas emoções usando, duas estratégias dar espaço ao cliente, e apoiando ou regulando a expressão de sentimentos. Segundo Diogo (2010, p.124) "em enfermagem pediátrica o papel do enfermeiro incide numa ajuda emocional à criança ou jovem e família através de práticas terapêuticas", no estudo desta autora foram identificadas várias estratégias e instrumentos terapêuticos que promovem a gestão emocional

dos clientes. Estes foram categorizados em 2 grupos: gestão emocional de antecipação e gestão das emoções reactivas. A primeira visa disponibilizar informação de antecipação e a segunda visa gerir episódios de emocionalidade excessiva. A nível da gestão emocional de antecipação destaca-se a - postura calma e carinhosa, mostrar disponibilidade, preparação para os procedimentos, fornecer explicações/informações, favorecer a expressão de sentimentos, dar reforço positivo e a distração. As estratégias identificadas a nível da gestão de emoções reactivas são: envolver a família nos cuidados, explicar e esclarecer dúvidas, fazer pausas, fomentar a esperança, colocar-se ao lado, dar carinho, diferenciar os momentos, desviar o foco de atenção e encorajar e restringir.

“Os enfermeiros são “pais à disposição” desenvolvem práticas de contar histórias (...) acreditam que o divertimento mantém e aumenta a sensação de bem-estar na criança e o brincar dá-lhes a possibilidade de expressar medos, de libertarem energias e de se relacionarem com os outros(...)” (Diogo, 2010, p.161).

Uma das actividades que a criança desempenha é brincar, a criança saudável brinca porém se a criança que está hospitalizada tiver condições, porquê não brincar? O brincar representa um recurso para a criança perceber o mundo que a rodeia. Vários autores defendem que o brinquedo faculta a expressão de sentimentos, porque estes são transferidos para as personagens da brincadeira. Pode ser usado com fins terapêuticos Oler (2006) reforça a ideia do brincar ser usado como fim terapêutico pois afirma que jogos e brincadeiras terapêuticas são usados para reduzir o trauma da doença e da hospitalização e para preparar as crianças para procedimentos. Concomitantemente Motta (2004) refere que ao oferecer materiais hospitalares em forma de brinquedo, a criança enquanto os manipula expressa os seus temores e ansiedade. De acordo com Oliveira *et al* (2008) existem várias estratégias que a criança usa para lidar com o stress resultante da hospitalização, mas o brincar é das mais usadas, esta permite que a criança consiga gerir a sua vivência, apesar das condições adversas e atenua as alterações emocionais provocadas pela hospitalização. Entre outras sublinha-se a musicoterapia que é enfatizada por Brez (2002) como benéfica para crianças que estão hospitalizadas com necessidade de isolamento. Hockenberry *et al* (2006) destaca que a brincadeira proporciona uma das melhores formas para estimular a criança a nível da expressão emocional, minimizando traumas, e fornecendo subsídios aos enfermeiros desta área a nível da prestação de cuidados, ou seja, proporcionando uma relação mais próxima entre criança/enfermeiro. Perante a necessidade de minimizar possíveis traumas

relacionados com a hospitalização Barros (2003), defende o recurso a programas de preparação para a hospitalização de urgência e programada, dirigidos às crianças ou aos pais. Programas dirigidos à criança saudável são os mais lógicos na prevenção de ansiedade relacionada com hospitalizações de urgência.

Descreveram-se algumas intervenções mobilizadas na prática de cuidados à criança, com as quais “ (...) os enfermeiros fornecem ferramentas de confronto aos clientes para estes fazerem face ao seu sofrimento, conseguindo sentir maior controlo e fazendo uma eficaz gestão das suas emoções, aliviam o sofrimento associado à vivência da doença e hospitalização” (Diogo, 2010, p.175).

3.4 Teoria de enfermagem de suporte à intervenção de enfermagem

- Jean Watson

A conceptualização e o corpo de conhecimentos de enfermagem ajudam o enfermeiro a organizar, compreender e analisar os dados do cliente, tomar decisões sobre intervenções de enfermagem, planear os cuidados, prever os resultados e avaliá-los (Alligood e Tomey, 2004). Com o objectivo de enfatizar o desempenho do trabalho emocional dos enfermeiros na gestão da emocionalidade da criança e família em situação de isolamento hospitalar, considerou-se pertinente recorrer à Teoria do Cuidar Humano de Jean Watson para explicitar e fundamentar esta dimensão emocional da prática de cuidados.

Watson (2002) refere que o processo de cuidar é mediado pela relação entre o enfermeiro e o cliente. É defensora de que cuidar implica envolvimento pessoal e a partilha de emoções. O cuidar não é apenas uma emoção, é o ideal moral da enfermagem, o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Quem cuida tem como características o facto de compreender o outro como ser único, compreender os seus sentimentos e distingui-los. Cada pessoa traz para o momento presente o seu próprio e único passado causal (o que acontece com as crianças, as reacções à hospitalização e isolamento dependem de experiências anteriores).

Watson é uma grande defensora de que o cuidar envolve valores, vontade, conhecimentos, acções carinhosas e sentimentos harmoniosos impregnados de afecto.

4. PERCURSO DE ESTÁGIO – REFLEXÃO SOBRE O VIVIDO

As experiências de estágio constituem-se como espaços de formação, pois permitem o desenvolvimento de saberes profissionais, com a aquisição de conhecimentos e valores específicos no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e família. A selecção dos contextos de estágio deteve uma lógica evolutiva, ou seja, inicialmente foi seleccionado o contexto de Cuidados de Saúde Primários, por ser o local onde a promoção da saúde e prevenção da doença é uma actividade primordial, onde a actuação se centra na preparação da criança para uma possível hospitalização com necessidade de isolamento. De seguida o contexto de Urgência por ser o primeiro contacto que a criança/família tem com a possibilidade de hospitalização. Seguiu-se a Unidade de Gastreenterologia/Infecciologia que nesta lógica é o local onde a criança fica hospitalizada, posteriormente seguiu-se a Unidade de Neonatologia, e esta experiência culminou com a intervenção na Unidade de Infecciologia do HDE.

O percurso de estágio teve como objectivo geral - **desenvolver competências do EESIP aos vários níveis: científico, humano e técnico da assistência avançada com enfoque no desempenho do trabalho emocional no acto de cuidar de crianças e sua família em situação de isolamento hospitalar**. Tendo em conta este objectivo geral e considerando as realidades peculiares de cada âmbito de estágio, foram traçados objectivos específicos que guiaram as actividades desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos em que decorreu esta experiência formativa.

Este capítulo tem como finalidade analisar de forma crítico-reflexiva as actividades realizadas no sentido de concretizar os objectivos propostos, procedendo-se também à sua fundamentação e, ainda salientar a aquisição de competências emergentes deste percurso formativo, necessárias para a obtenção do título de EESIP e grau de Mestre em Enfermagem.

4.1 Cuidados de Saúde Primários – UCSP de Sete Rios

Segundo Peterson e Mori (1988), citados por Barros (2003, p.80), as pessoas que detêm informação sobre situações experimentam um maior sentido de controlo cognitivo e mantêm a perturbação emocional em níveis mais baixos. Os programas

dirigidos à criança saudável são os mais lógicos na prevenção de ansiedade relacionada com hospitalizações de urgência.

Tendo em conta os pressupostos acima mencionados foram traçados objectivos para concretizar a nível dos Cuidados de Saúde Primários. O local eleito para dar resposta aos mesmos foi a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sete Rios (UCSP), este momento de aprendizagem decorreu entre o dia 3 e 28 de Outubro de 2011.

Para alcançar o primeiro objectivo de estágio - **Compreender a dinâmica funcional do serviço, a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, bem como a prática da prestação de cuidados de enfermagem à criança/família** - foram realizadas reuniões com a Enf^a Chefe e Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP), recorreu-se à observação dirigida e participada e à consulta de documentos legislativos existentes no local. A observação participante é definida como uma técnica de obtenção de dados subjectivos que implica que o observador esteja presente no local da acção para a poder entender. Realizou-se assim uma breve caracterização do local (APÊNDICE I).

Em conformidade com o Programa – Tipo de Actuação para a Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2005), a equipa de enfermagem desta área realiza a consulta de enfermagem de saúde infantil, assim como a aplicação do Programa Nacional de Vacinação. Apresenta ainda outra valência nesta área que é a saúde escolar, a qual pertence à Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

A consulta de enfermagem é realizada às crianças de acordo com a calendarização definida no Programa – Tipo. O primeiro contacto com as crianças dá-se até ao 6º dia de vida que é o momento em que se realiza o rastreio de doenças metabólicas. Esta consulta precede a consulta médica quando são coincidentes, porque as crianças podem deslocar-se à UCSP apenas para vigilância na consulta de enfermagem. Na sua maioria as crianças que recorrem à consulta de enfermagem de saúde infantil têm entre 0 e 15 anos. Os registos são realizados num sistema próprio que é o SAPE (sistema de apoio à prática de enfermagem).

Os cuidados prestados têm uma vertente holística e são individualizados, é promovido o acompanhamento da criança pelos pais ou familiares significativos, em todas as situações. Este propósito mostra que existe consideração pelos direitos da criança, ninguém melhor para prestar cuidados em forma de protecção, estímulo e amor do que os pais, como refere Casey (1993). Considera-se pois que a díade criança/família é indissociável, esta última tem um papel preponderante no

desenvolvimento e suporte afectivo da criança. Como uma arte e uma ciência, a prática profissional de enfermagem, engloba aspectos físicos, intelectuais, emocionais, éticos, espirituais e sociais do cuidado. Para atingir a excelência do cuidado tem que ser incorporado o pensamento intuitivo e a ternura, abordando o cuidar no seu aspecto fisiológico mas também emocional e cultural não só da criança mas também da família e envolvendo uma partilha pessoal e profissional em que se cruzam práticas e vivências.

A conquista de autonomia pelos profissionais de enfermagem levou-os numa busca evolutiva em relação à metodologia de trabalho mais adequada à satisfação das necessidades dos cidadãos. A metodologia de trabalho usada nesta Unidade de Saúde é a de enfermeiro de referência, este representa um dos métodos de organização de trabalho personalizado que envolve conhecimento científico e proporciona autonomia e responsabilidade. É um método sistemático de organizar o trabalho de enfermagem através da atribuição de um grupo de crianças doentes a um enfermeiro (Carmona e Laluna, 2002). "O enfermeiro torna-se uma figura de referência para os utentes mais assíduos do Centro de Saúde. A existência de enfermeiros de referência corresponde a um esforço efectivo de personalização dos cuidados que estes consideram dos aspectos mais gratificantes da sua actividade "(D'Espiney, 2008,p 16).

- Capacitar os pais/cuidadores informais para a identificação de sinais de alerta e cuidados à criança com doença infecto-contagiosa

A criança é acompanhada pela EESIP nas consultas de enfermagem em idades chave de acordo com o preconizado com o Programa Tipo da DGS, mas tal não invalida que seja observada noutros momentos. Uma das informações a dar aos pais durante a consulta de enfermagem é sobre os cuidados antecipatórios, ou seja, a enfermeira avalia a necessidade de conhecimentos e aborda os temas que achar mais indicados com a finalidade de prevenção da doença e promoção da saúde.

" (...) relativamente aos cuidados antecipatórios, os temas deverão ser abordados individualmente ou em grupo, em diferentes contextos, nomeadamente em actividades a desenvolver, por exemplo, na sala de espera - distribuição de material informativo (folhetos, vídeos) - e em sessões de informação/educação para a saúde dirigidas aos pais ou outros prestadores de cuidados" (DGS, 2005, p.10).

Para a concretização deste objectivo foi apresentado o projecto de estágio através de uma sessão (APÊNDICE II), com base num planeamento prévio (APÊNDICE III). A identificação das necessidades de educação para a saúde desta população, foi realizada com base na observação dirigida e participada e também nas reuniões com a Enfª Chefe, EESIP e Enfª responsáveis pela Saúde Escolar. Foi possível concluir que as necessidades de formação incidiam a nível dos cuidadores, nomeadamente a nível de educadores de infância e auxiliares de acção educativa. Considerámos ser interessante e proveitosa a realização de uma sessão de educação para a saúde, com o objectivo de capacitar os cuidadores perante a criança com patologia infecto-contagiosa. Segundo Montaigne, citado por Vilelas (2009, p.369) “ninguém é tão grande que não possa aprender, nem tão pequeno que não possa ensinar”, assim “o enfermeiro deve integrar o saber fazer técnico, o saber científico e saber desenvolver o saber relacional” (Festas, 1999).

Nesta óptica foi programada uma sessão de educação para a saúde intitulada: “A infecção na infância”, (APÊNDICE IV), elaborou-se um documento que foi enviado aos jardins de infância para que os participantes se inscrevessem, (APÊNDICE V) a sessão foi realizada no dia 27 de Outubro de 2010 nas instalações da UCSF (APÊNDICE VI), e foram entregues os certificados de comparência na mesma (APÊNDICE VII). A sua realização obrigou a uma pesquisa bibliográfica prévia que suportou a temática abordada. Foi aplicado um questionário no início e no final da sessão cujo objectivo foi mostrar a aquisição de conhecimentos (APÊNDICE VIII). Este questionário apresentava 16 questões classificadas em verdadeiro ou falso, os resultados mostraram que os conteúdos foram assimilados uma vez que houve um aumento significativo de respostas correctas no questionário final (APÊNDICE IX). Este pequeno estudo de tratamento de dados e avaliação da sessão de educação para a saúde permitiu compreender a evolução da amostra em termos de conhecimentos adquiridos, tendo em conta os resultados podemos considerar que este objectivo foi atingido. A avaliação dos resultados é um aspecto determinante para a formação, tal como defendido por Rodrigues (2005, p.87) “a eficiência das intervenções em promoção e educação para a saúde, dependem em absoluto de um adequado processo de avaliação”. A sessão ficou disponível no local para novas intervenções da equipa de enfermagem de saúde escolar.

- Promover o empowerment dos pais no cuidado à criança com patologia infecto-contagiosa

Para a concretização deste objectivo contribuíram várias actividades realizadas ao longo desta experiência formativa: a colaboração nas consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e no cumprimento do PNV, bem como as orientações fornecidas nestes momentos de contacto com a criança/família. O uso da acção informativa, educativa e preventiva junto destes teve como finalidade capacitá-los para uma correcta actuação em caso de doença infecto-contagiosa. Em cada uma dessas actividades, seguiu-se o disposto no Programa - tipo de actuação para a Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2005).

É de salientar o enriquecimento experiencial que se obteve através da colaboração nas consultas de enfermagem pois houve oportunidade de contactar com crianças com doença crónica nomeadamente síndrome de Down o que obrigou a pesquisa bibliográfica e evidência científica. Contudo, na concretização deste objectivo salienta-se a oportunidade de mobilizar conhecimentos provenientes do saber experiencial na Unidade de Infeciologia do HDE.

De acordo com Rodrigues (2005), a teoria do empowerment quando aplicada às actividades de promoção de saúde, tem como objectivo tornar os utentes mais desfavorecidos cada vez mais capazes de tomar decisões que favoreçam a adopção de estilos de vida favoráveis. Os programas de promoção de saúde que se baseiam no empowerment apresentam melhores resultados, porque os grupos são envolvidos no processo, tornando-se activos e não meros sujeitos passivos. O interesse e as necessidades dos grupos alvo é que são a base da formação. “Sem desprezar as abordagens mais tradicionais, o empowerment na promoção da saúde permite ganhos maiores e mais duradouros, e oferece uma perspectiva holística e integrada da resolução dos problemas de saúde” (Rodrigues, 2005, p.67).

Durante os contactos acima referidos foi entregue o panfleto subordinado ao tema “ A infecção na infância”, importa referir que a entrega do mesmo aos pais não dispensa, em momento algum, a validação da compreensão do seu conteúdo, para que os pais possam de forma consciente e orientada tomar decisões em caso de patologia infecto-contagiosa.

Watson citada por Tomey e Alligod, (2004, p.168), refere que “(...) a criação de uma relação entre enfermeira e doente é crucial para o cuidar envolve empatia, calor humano, coerência e comunicação eficaz”. O objectivo dos cuidados de saúde

passa pela promoção, prevenção e restabelecimento da saúde, com a finalidade de manter a harmonia.

A observação participada permitiu identificar os cuidados atraumáticos na base de actuação da equipa de enfermagem. Uma das medidas observadas para minimizar os efeitos das experiências vivenciadas pelas crianças foi a implementação de um ambiente calmo e seguro na presença dos pais, o posicionamento da criança de forma a promover conforto e contacto físico através do colo ou de massagem suave (IAC, 2006). Foi observada uma forma para realizar o teste de Guthrie com o menor desconforto possível para a criança. O teste foi realizado no momento em que a criança estava a ser amamentada, e pelo impacto que causou deu origem a uma reflexão escrita que se revelou mais uma oportunidade de pesquisa bibliográfica e análise das práticas (APÊNDICE X). Apesar de esta técnica não estar directamente relacionada com a temática em estudo faz parte das competências do enfermeiro. Conforme o referido na Circular Normativa da DGS nº 14 de 14/12/2010, é um dever dos profissionais de saúde a avaliação e o controlo da dor das crianças dos 0 aos 18 anos de idade, existindo várias técnicas que o permitem concretizar (DGS, 2010).

- Facilitar a adaptação da criança/família à doença infecto-contagiosa com necessidade de isolamento

Através do saber experiencial, da pesquisa bibliográfica e evidência científica foi possível concluir que os cuidados de saúde em regime de isolamento constituem momentos de ansiedade acrescida para a criança e família, não só relacionados com a hospitalização em si, mas potenciados por todos os materiais envergados pelos profissionais de saúde que, na maioria das vezes, não permitem à criança conhecer sequer o rosto de quem dela cuida. Como refere Hockenberry *et al* (2006), a prestação de cuidados de saúde à criança em regime de isolamento aumenta todos os factores de ansiedade já tipicamente associados aos cuidados hospitalares. É essencial prevenir os efeitos negativos desta vivência na criança e sua família, podendo algumas estratégias ser desenvolvidas previamente à necessidade de hospitalização e dirigidas a crianças saudáveis. Vários autores defendem que as crianças, devem e precisam de ser preparadas para o que irão ver, ouvir ou sentir no contexto de isolamento, pelo que, para promover a sua sensação de controlo, devem-se dar a conhecer os materiais com que poderão contactar e, não só permitir

mas incentivá-las a brincar com esses materiais, diminuindo à posteriori, a ansiedade provocada pela aparência estranha dos prestadores de cuidados.

Para efectivar este objectivo foi elaborada uma caixa à qual foi dada a denominação de “A caixinha da criança”, onde foram colocados vários materiais usados quer pelos profissionais, quer pelas crianças e família em situação de isolamento. Os materiais seleccionados foram: luvas, máscaras, toucas, espátulas, batas, máscaras de aerossol, material necessário para a realização de pensos, adesivos, pensos rápidos, seringas e ligaduras.

As crianças foram convidadas a brincar com os materiais e a utilizá-los nas suas brincadeiras, uma vez que de acordo com Oler (2006, p.192) "jogos e brincadeiras terapêuticas são usados para reduzir o trauma da doença e da hospitalização e para preparar as crianças para procedimentos terapêuticos". A selecção deste tipo de materiais teve por base os pressupostos de vários autores que defendem esta actividade como benéfica para a preparação da criança perante uma eventual hospitalização. “A oferta de materiais hospitalares em forma de brinquedo é benéfico para que a criança possa, ao manipular o brinquedo, expressar seus temores e ansiedade frente aos instrumentos que serão manipulados por ela” (Motta, 2004, p.22).

A actividade foi aplicada a 4 crianças em idade escolar, como refere Hockenberry *et al* (2006, p.89), nesta fase o conhecimento é cada vez mais lógico e coerente, a criança é capaz de classificar, especificar, ordenar e organizar factos sobre o mundo para usar na resolução de problemas. As crianças desenvolvem uma compreensão do relacionamento entre coisas e ideias. O brincar assume uma maior habilidade física e intelectual assim como o recurso a fantasias. A criança escolar usa a dramatização na sua brincadeira – esta foi uma habilidade identificada aquando da manipulação da “caixinha da criança”, as crianças descreveram os objectos e a sua utilidade. Nesta fase a criança preocupa-se muito com a sua saúde. “Os germes têm uma qualidade poderosa, quase mágica de forma que na mente da criança é possível evitar-se a doença evitando pessoas com germes. Também existe a noção de contaminação(...)” (Hockenberry *et al*, 2006, p.644).

Esta actividade decorreu na sala de espera para a Consulta de Saúde Infantil, com o objectivo de envolver também as crianças que aguardavam pela vacinação. Com esta estratégia de preparação, não só se promoveu a sensação de controlo nessas circunstâncias, mas também contribuiu para a diminuição da ansiedade por elas vivenciada em situação de isolamento.

A aplicabilidade da actividade denominada “ A caixinha da criança” foi sujeita a um planeamento (APÊNDICE XI), e o material utilizado foi fotografado (APÊNDICE XII). No final da actividade foi distribuído um diploma às crianças que participaram (APÊNDICE XIII), porque a criança escolar gosta de ser recompensada, tal como refere Hockenberry *et al* (2006, p.474) “(...) reforço, na forma de notas, recompensas materiais, privilégios adicionais e reconhecimento dão incentivo e estímulo”.

Para avaliar esta actividade foi solicitado que os pais presentes, que de uma forma informal avaliassem a actividade numa escala numérica de 1 a 5 (em que 1 corresponderia ao nível insatisfeito, 2 moderadamente satisfeito, 3 parcialmente satisfeito, 4 satisfeito e 5 ao nível de completamente satisfeito), tendo em conta o objectivo específico de preparação da criança para situações de cuidados de saúde com necessidade de isolamento. Tendo em conta que a satisfação é um dos enunciados descritivos dos padrões da qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002), o nível de satisfação referido pelos pais foi tido como indicador de avaliação da actividade desenvolvida, sendo que se pretendia que pelo menos 80% dos presentes a classificassem ao nível de 5. Na realidade dos 4 pais inquiridos, 100% avaliaram a actividade ao nível de 5, revelando a sua completa satisfação.

Foi também distribuído a todos os pais das crianças o folheto elaborado subordinado ao tema - “A infecção na infância” (APÊNDICE XIV), com validação do seu conteúdo.

Assim foi importante o contributo das premissas de Watson (2002) que define o cuidar como ajudar alguém, preocupação, reconforto, atenção, carinho, melhorar a qualidade de vida, é dar atenção sem esperar nada em troca. A saúde significa bem-estar, harmonia, dinâmica, comportamental. A arte de enfermagem implica envolvimento pessoal e a partilha de emoções, sendo a função de enfermagem cuidar da totalidade da personalidade da pessoa, valorizando as experiências únicas e globais da mesma.

Desta forma foram desenvolvidas neste contexto de estágio as seguintes **competências comuns do Enfermeiro Especialista:**

A2.1 Promove a protecção dos direitos humanos, A2.2 Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente, B3.1 Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo, C2 Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos, D2.1 Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade, D2.2 Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade e D2.3 Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho(O.E., 2009).

Em relação às **competências Específicas do EESIP:**

E1.1 Implementa e gere em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime de reinserção social da criança/jovem, E1.2 Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem, E2.2 Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança optimizando as respostas, E2.5 promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade, E3.1 Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil e E3.3 Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (OE, 2009).

4.2 Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria

Ao longo deste percurso em contexto de Urgência hospitalar, que ocorreu entre os dias 31 de Outubro e 18 de Novembro de 2011, foram tidas em conta as vivências da criança e família com necessidade de isolamento hospitalar, sendo que é nesta valência onde existe o primeiro contacto com esta realidade. Foram traçados objectivos específicos que passamos a expor e a analisar de forma crítica e reflexiva, assim como as actividades implementadas.

Para conhecer melhor a realidade deste local de estágio e apesar de não ser objectivo do projecto, houve necessidade de o caracterizar (APÊNDICE XV).

- Colaborar na prestação de cuidados especializados à criança e família com enfoque para a vivência emocional em situação de urgência com necessidade de isolamento hospitalar

Para alcançar este objectivo realizou-se uma reunião com a Enf^a Chefe, EESIP e Enf^a Orientadora com o objectivo de apresentar de uma forma informal o projecto de estágio, mas ainda numa tentativa de identificar e reflectir sobre as principais reacções/vivências da criança/família aquando da informação de necessidade de isolamento hospitalar, para que a colaboração na prestação de cuidados fosse ao encontro da realidade vivenciada nesta unidade. Posteriormente e também com base na observação participada e dirigida, instituíram-se momentos de partilha de saberes e de reflexão com os elementos chefes de equipa com o mesmo objectivo. Perante estas partilhas houve necessidade de as analisar e confrontar com a bibliografia consultada e evidência científica, o que levou à reflexão acerca de um caso específico e que está em tudo relacionado com a nossa vivência diária (APÊNDICE XVI).

Foram prestados cuidados à criança/família em situação de urgência no âmbito geral e não direccionado apenas para crianças/família com necessidade de isolamento, porque durante esta experiência não houve nenhuma situação neste âmbito. Aquando do planeamento do projecto em contexto de urgência foi planeado um momento de partilha de vivências e ventilação de sentimentos com os pais de crianças em situação de urgência com possibilidade de isolamento hospitalar, mas esta não foi possível concretizar dado não ter existido nenhuma situação. Esta experiência a nível de urgência foi bastante enriquecedora por permitir o contacto com doenças raras, nomeadamente febre mediterrânica o que proporcionou de imediato a pesquisa bibliográfica e evidência científica para serem proporcionados cuidados de enfermagem adequados.

Os cuidados foram prestados nas várias valências do SUP (Serviço de Urgência Pediátrica) – triagem, sala de tratamentos, sala de aerossóis e serviço de observação de Pediatria (SOPed), não houve oportunidade de desenvolver actividades a nível da sala de reanimação.

Apesar da prática profissional ser maioritariamente dedicada à Unidade de Infeciologia do HDE, houve a oportunidade de prestar cuidados no Serviço de Urgência Pediátrica da mesma Instituição, pelo que a triagem não foi uma actividade desconhecida, tendo em conta o objectivo de estabelecer prioridades, a nível da sala de aerossóis e serviço de observação foram um reavivar do prazer de prestar cuidados neste âmbito.

Importa ainda referir que durante este processo os pais nunca foram esquecidos, uma vez que como refere Hockenberry *et al* (2006), e a prática profissional assim o confirma, a sua presença transmite segurança à criança. Desta forma também os pais foram alvo dos cuidados, nomeadamente a nível da gestão da sua ansiedade perante a situação inesperada de doença dos filhos. Nesta linha de pensamento importa referir um estudo qualitativo de Silva *et al* (2010) sobre os sentimentos das mães de crianças hospitalizadas e os resultados mostram sentimentos como: tristeza, sofrimento, cansaço, vontade de estar no lugar dos filhos, coragem para enfrentar esta adversidade, ansiedade, culpa. Arrivabene (2010) citado por Silva *et al* (2010, p.24) refere “ desta forma mãe, pai e familiares estão a viver um momento de crise na sua vida, portanto devem ser ouvidos nas suas dúvidas, dificuldades, anseios e preocupações”.

De acordo com Watson (2002, p.55) o cuidar não é apenas uma emoção, é o ideal moral da enfermagem, o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana, envolve valores, vontade, conhecimentos, acções carinhosas e suas consequências, tendo os cuidados prestados os referidos pressupostos.

- Implementar medidas que promovam a adesão aos dispositivos necessários em situação de isolamento hospitalar de contenção (máscara, luvas, touca)

As crianças têm uma compreensão limitada do que significa o isolamento, e isso depende do seu estadio de desenvolvimento, daí que as intervenções do enfermeiro variem em função deste. Hockenberry *et al*, (2006) defende que necessitam de explicações precisas e concretas de modo a diminuir as suas fantasias e interpretações erradas.

Foram projectadas duas actividades para a concretização deste objectivo, sendo elas a elaboração de um folheto escrito, mas após a primeira reunião com a EESIP foi possível perceber que esta não seria uma actividade adequada visto que o saber experiencial mostra que os utentes tendem a desfazer-se rapidamente de

documentos escritos. Assim esta actividade foi transformada num poster (APÊNDICE XVII), onde são identificadas as várias formas de transmissão da infecção, os tipos de isolamento assim como os meios de protecção, este poster foi afixado, numa das paredes do SUPed onde os utentes têm acesso. A experiência profissional mostra que o acesso à informação deixa os utentes mais confiantes. O artigo 4º da Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2008) refere que “as crianças e os pais têm direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidos ao mínimo”. Assim a elaboração deste poster corrobora com um dos direitos da criança hospitalizada e sua família.

Para atingir este objectivo, foi elaborada uma caixa com material de isolamento, que foi apelidada de “ A caixinha da criança”, com a finalidade de facilitar o contacto da criança em idade escolar e sua família com os vários dispositivos de isolamento de contenção. Esta caixa, (APÊNDICE XII) funcionou como um protótipo, ou seja, foi apresentada à equipa de enfermagem mediante um planeamento (APÊNDICE XVIII), com o propósito de posteriormente se agilizarem meios para formar várias caixas, para se oferecerem a cada criança e família em situação de urgência com necessidade de isolamento hospitalar, uma vez que após o material ser manipulado por uma criança infectada ou com suspeita não poderá ser manipulado por outra. Foram enviados emails a várias empresas fornecedoras de material hospitalar com o objectivo de agilizar caixas individuais (APÊNDICE XIX).

Ambas as actividades foram avaliadas ao nível de 5 (completamente satisfeitos) pela equipa de enfermagem.

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do trabalho emocional desenvolvido pelos enfermeiros na gestão da emocionalidade da criança e família

A realização de um dossier com artigos relacionados com o desempenho do trabalho emocional desenvolvido pelos enfermeiros na gestão da emocionalidade da criança e família em situação de isolamento hospitalar, foi a actividade planeada e executada para dar resposta a este objectivo. Assim, do dossier temático (APÊNDICE XX) ao qual foi dado o título “ A gestão da emocionalidade enquanto instrumento terapêutico em enfermagem pediátrica”, faz parte um enquadramento teórico e a bibliografia seleccionada. Este foi apresentado de forma informal à

equipa de enfermagem que avaliou a actividade ao nível 5 (completamente satisfeitos) na escala já referida. Esta é uma ideia sublinhada na Carta da Criança Hospitalizada e nomeadamente o artigo 8º - “A equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais da criança e da família”. De acordo com Bolton (2000), Fitzgerald & Hoofft (2000), Zengerle-Levy (2004), citados por Diogo (2010), o trabalho emocional é oferecido sem a expectativa de receber algo em troca, algo que não é quantificável, mas que faz parte da prática diária dos enfermeiros. A evidência científica tem se mostrado relevante na tomada de decisão dos enfermeiros, a prática baseada na evidência é a integração da experiência individual do enfermeiro e dos melhores conhecimentos especializados adquiridos através da evidência científica. A experiência individual refere-se às competências do enfermeiro que se desenvolvem ao longo do tempo através da experiência prática. No âmbito da profissão de enfermagem cada vez mais são realizados estudos e estes contribuem para o conhecimento científico. “A busca da informação assegura ao enfermeiro a actualização de conhecimentos, que ao ser incorporado na prática clínica quotidiana, contribui significativamente para a melhor compreensão do cuidado baseado em evidência e possibilita a excelência da Enfermagem enquanto disciplina e profissão “ (Silva e Silva, 2010). Também a Ordem dos Enfermeiros (2006), emitiu um parecer neste sentido que alega que a prática de enfermagem baseada na evidência assegura uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados, assim como na segurança dos mesmos.

A realização da experiência formativa nesta Unidade foi muito relevante, porque permitiu o contacto com diversas situações de maior complexidade que favoreceram a consolidação de conhecimentos, tendo sido necessário consultar bibliografia de forma a dar resposta às mais variadas situações.

Neste contexto foi possível desenvolver **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista** :

A1.3 Lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade, A1.4 Avalia o processo e os resultados de tomada de decisão, A2.1 Promove a protecção dos direitos humanos, B3.1 Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo, C1,1 Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e D2.1 Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem,

em contexto de trabalho, na área da especialidade, D2.2 Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade e D2.3 Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho(O.E., 2009).

Por outro lado foi também possível desenvolver **Competências Específicas do EESIP:**

E1.1 Implementa e gere em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime de reinserção social da criança/jovem, E1.2 Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem, E2.1 Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados, E2.3 Responde às doenças raras com cuidados de Enfermagem apropriados, E2.4 Providencia cuidados à criança promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência e E3.3 Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (O.E., 2009).

4.3 Unidade de Gastreenterologia/Infeciologia do Hospital de Santa Maria

A experiência neste contexto de hospitalização teve a duração de 4 semanas, com início no dia 21 de Novembro e término no dia 16 de Dezembro, foi realizada em horário rotativo, acompanhando sempre a EESIP orientadora. Este contexto foi seleccionado com o objectivo de confrontar vivências da criança/família em isolamento, com base no desempenho do trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem, e como contributo para uma melhoria dos cuidados prestados na UI do HDE.

Foram traçados objectivos para este contexto de estágio e actividades específicas para concretizar os mesmos, que passamos a analisar e a reflectir de forma crítica.

- Compreender/Conhecer a estrutura física do serviço, a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, bem como a prática da prestação de cuidados de enfermagem à criança/família em situação de isolamento hospitalar

Para conhecer a estrutura física desta unidade foi elaborado um documento escrito com as características da mesma (APÊNDICE XXI). A metodologia de trabalho aplicada nesta unidade é o método individual, este baseia-se no conceito de cuidados globais, os cuidados são prestados na íntegra pela enfermeira responsável por determinado cliente, durante o turno em questão. Não existe uma teórica de enfermagem que guie a prestação de cuidados, mas a equipa de enfermagem rege-se pelos valores deste Centro Hospitalar: princípios éticos, de respeito pela dignidade humana e responsabilidade social, excelência dos serviços prestados à comunidade e competências científicas e técnicas.

A observação participante e reuniões com a Enf^a Chefe e EESIP contribuíram para concretizar este objectivo, assim como a consulta de processos clínicos, do Manual de Políticas e Procedimentos. Os cuidados de enfermagem prestados apresentam uma vertente individual, holística e personalizada, sendo o utente pediátrico o alvo primordial dos mesmos. Quando se trata de uma criança/família em isolamento os cuidados são prestados tendo por base a mesma filosofia, mas com algumas especificidades relacionadas com a realidade do isolamento. A estrutura física da Unidade permite observar as crianças do exterior, muitas apresentam um fácies triste, algumas choram porque querem sair do quarto, mas acima de tudo mostram receio e até medo quando vêem os profissionais a usar os dispositivos de protecção. Os enfermeiros explicam à criança/família o tipo de dispositivos que estão a usar e o porquê, de acordo com a sua fase de desenvolvimento. Quando os pais se ausentam por algum motivo os enfermeiros ficam a acompanhar a criança ou delegam esta actividade nas Assistentes Operacionais. Tentam também criar espaços lúdicos tendo em conta os recursos que possuem.

- Desenvolver competências na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades da criança/família em isolamento

Sendo o cuidar considerado como a primeira arte da vida por Collière, este é um conceito subjacente à profissão de enfermagem. Cabe ao EESIP prestar estes

cuidados ao mais alto nível em situações específicas. Hesbeen (2004) refere-se ao cuidar como uma atenção especial que se pode facultar a uma pessoa, numa situação particular da sua vida, com o intuito de contribuir para a sua saúde e bem-estar. Como uma arte e uma ciência, a prática profissional de enfermagem, engloba aspectos físicos, intelectuais, emocionais, éticos, espirituais e sociais do cuidado. A prática é baseada no conhecimento, contudo a enfermagem envolve mais do que conhecimentos científicos e competências técnicas. Para atingir a excelência do cuidado, o cuidar deve englobar o aspecto fisiológico mas também emocional, espiritual, e cultural não só da criança mas também da família e envolvendo uma partilha pessoal e profissional em que se cruzam práticas e vivências. Watson propõe nos seus pressupostos que somente através das relações interpessoais pode o cuidar humano ser demonstrado e praticado com eficiência. Foi com base nestes pressupostos que foram prestados os cuidados de enfermagem específicos à criança/família em situação de isolamento nesta Unidade.

Além de colaborar na prestação de cuidados, optou-se por implementar espaços de partilha de vivências e ventilação de sentimentos com intencionalidade terapêutica com os pais de crianças hospitalizadas por patologia infecto-contagiosa, sendo que foram mantidos os princípios éticos de confidencialidade e anonimato. Estes momentos foram muito enriquecedores por nos permitirem reflectir acerca do desempenho do trabalho emocional dos enfermeiros no acto de cuidar em enfermagem pediátrica, assim como conhecer as necessidades das crianças e família em situação de isolamento. Por todas as condicionantes identificadas (o reduzido tempo da experiência e a especificidade das patologias) só foi possível realizar esta actividade com 2 mães de crianças em idade escolar (por serem as que estavam hospitalizadas no momento) (APÊNDICE XXII). Não se sentiu nenhum constrangimento na realização desta, porque conseguimos estabelecer uma relação mais próxima com as mães destas crianças, tendo em conta que o factor tempo interfere nesta, optou-se por implementar estes momentos na fase final desta experiência. De acordo com Tavares (2008, p.37) "as enfermeiras pela posição que ocupam dentro da equipa de saúde, que lhes permite uma relação mais estreita e melhor compreensão da criança e das suas vivências, podem contribuir para que a experiência da hospitalização seja o menos traumatizante possível".

Pôde concluir-se que as crianças/família em isolamento apresentam momentos de grande ansiedade, tal como Davies & Rees (2000) defende que a, embora reduzida,

privação sensorial que ocorre durante o isolamento hospitalar pode ter um impacto importante a nível psicológico naqueles que nessa situação se encontram.

Consideramos ter atingido este objectivo tendo em conta as actividades desenvolvidas e, o agrado com que as mães reagiram às mesmas.

- Reflectir acerca das estratégias usadas no desempenho do trabalho emocional desenvolvido pelos enfermeiros na gestão da emocionalidade da criança e família em situação de isolamento hospitalar

Pam Smith, citada por Diogo (2010), identificou como componentes do trabalho emocional do enfermeiro o dar suporte, tranquilidade, delicadeza, amabilidade, simpatia, animar, usar o humor, ser agradável, ter paciência, aliviar o sofrimento, compaixão, conhecer o cliente e resolver os seus problemas. Ainda não é dada a relevância necessária ao desempenho do trabalho emocional realizado pelos enfermeiros, no entanto nesta fase como formanda foi possível observar algumas intervenções que estão em tudo relacionadas com esta temática. Assim tornou-se premente analisar e reflectir sobre o observado com recurso à evidência científica (APÊNDICE XXIII).

Foram também instituídos momentos de partilha de saberes e reflexão com 3 EESIP da Unidade assegurando-se os princípios éticos de confidencialidade e anonimato, com a finalidade de perceber como é gerida a emocionalidade vivida pelas crianças/família em isolamento tendo em conta a intencionalidade terapêutica da enfermagem, estes momentos levaram à sua análise e confronto com a bibliografia e a evidência científica (APÊNDICE XXIV).

Após validação com a EESIP orientadora foi pertinente a realização de um dossier temático, tal como no contexto de Urgência e que obedeceu aos mesmos moldes de construção (APÊNDICE XXI), mas ao qual foram introduzidas adaptações específicas tendo em conta este contexto de hospitalização.

Este foi apresentado à equipa de enfermagem que o considerou muito interessante, tendo-o avaliado ao nível 5 (completamente satisfeito), pelo que se considera ter atingido este objectivo.

- Implementar medidas que promovam a adesão aos dispositivos necessários em situação de isolamento hospitalar de contenção

O saber experiencial permite concluir que a pessoa significativa que acompanha a criança durante o período de hospitalização, por patologia infecto-contagiosa tem que usar dispositivos de protecção. Quando se trata de patologia de transmissão por contacto, os pais têm que usar bata e luvas enquanto acompanham os filhos, se o meio de transmissão for aéreo e se a transmissão depender da faixa etária da criança os pais terão que usar máscaras, mas por norma e até existirem exames laboratoriais, todos os pais usam meios de protecção individual. Esta realidade na sua maioria não é bem aceite pelos pais, porque também não é bem aceite pelos filhos, estes não gostam de ser tocados por uma luva, e não gostam de ver a cara tapada por uma máscara.

Para dar resposta a este objectivo foi realizada numa primeira fase uma reunião com a Enf^a Chefe e EESIP, com a finalidade de perceber a melhor estratégia a usar para dar resposta ao mesmo. Pôde concluir-se que a realização de um folheto que seria distribuído à família das crianças hospitalizadas no momento do acolhimento, seria o método mais indicado para esta Unidade. Foi realizado um folheto informativo que mostra as várias formas de transmissão da doença infecto-contagiosa e os meios de protecção (APÊNDICE XXV). Não foi possível proceder à avaliação desta actividade (por parte dos pais), por se aguardar autorização superior para ser implementada, mas a equipa de enfermagem avaliou-a ao nível de 5 (completamente satisfeito).

Para a elaboração do seu modelo de Enfermagem do Cuidar Humano, Jean Watson importa não só a noção de que o ser humano é um ser social, desenvolvendo-se numa perspectiva psicossocial, mas também o facto deste se desenvolver ao longo de toda a sua vida, através das trocas que efectua com o meio envolvente e com os outros nos momentos de crise. Numa situação de isolamento esta vertente de trocas realizadas pelo ser humano está deveras comprometida, pelo que as acções/interacções de enfermagem devem ter este factor em linha de conta no acto de cuidar.

- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no âmbito da Saúde Infantil e Pediatria em situações de isolamento hospitalar

Durante a realização desta experiência, o Hospital de Santa Maria encontrava-se numa fase de acreditação, com vista á melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Tornou-se interessante participar neste processo, pelo que se definiu outro objectivo no decorrer deste percurso formativo. Assim resultou a colaboração na realização de uma proposta de 3 normas inseridas no manual da qualidade e referentes à Unidade em questão e à temática em estudo. Foram elas: "Procedimentos para lavagem e desinfeção das mãos" (APÊNDICE XXVI), "Precauções na prevenção de transmissão de microrganismos – isolamentos" (APÊNDICE XXVII) e "Politica de prevenção de transmissão de microrganismos" (APÊNDICE XXVIII). Não foi possível avaliar esta actividade visto o Hospital estar numa fase inicial, pelo que as propostas ficaram a aguardar autorização superior.

Neste contexto formativo foi possível desenvolver as seguintes **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:**

A2.1 Promove a protecção dos direitos humanos, B1.1 Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade, B2.2 Planeia programas de melhoria contínua, B3.2 Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais, D2.1 Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade, D2.2 Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade e D2.3 Provê liderança na formulação e implementação de politicas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (O.E., 2009).

Em relação às **Competências Específicas do EESIP:**

E1.1 Implementa e gere em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime de reinserção social da criança/jovem, E1.2 Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem, E2.2 Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, optimizando as

respostas, E3.3 Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (O.E., 2009)

4.4 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Dona Estefânia

Uma experiência enquanto cliente (mãe de gémeos prematuros), e o facto de sentir que a partilha de vivências pessoais com pais na mesma situação seria interessante foram motivos para seleccionar este contexto formativo, que decorreu entre o dia 2 e dia 20 de Janeiro de 2012. A continuidade lógica com base nas etapas de crescimento e desenvolvimento na selecção dos contextos de estágio foi aqui interrompida, mas este facto não alterou em nada este processo formativo.

A experiência pessoal permite afirmar que o culminar de uma gravidez antes do previsto provoca ansiedade, tristeza, implica o adiar de um sonho - levar para casa os bebés. Mantendo a referência de Barros (2003) de que a hospitalização provoca uma enorme crise a nível familiar, considerou-se pertinente dirigir as intervenções de enfermagem no sentido de minimizar esta realidade – uma vivência emocionalmente intensa provocada pela interrupção súbita da gravidez e o nascimento de um bebé que não é o imaginado.

De acordo com autores como Lindsay (1994), Wolke (1995), Tronchin e Toma (1996) Gomes-Pedro (1997), citados por Fonseca e Magão (2007, p.74), “é um desafio cuidar destas crianças/famílias, cujas necessidades se afiguram complexas, pela vulnerabilidade dos pais que experienciam um abrupto fim da gravidez, marcado por um nascimento inesperado que quebra as fantasias construídas, e por um internamento, mais ou menos prolongado”.

Foram traçados objectivos específicos que passamos a analisar de forma crítica e reflexiva.

- Compreender a dinâmica funcional do Serviço, a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, bem como a prática da prestação de cuidados de enfermagem ao R.N. pré-termo e sua família

Para compreender a dinâmica funcional desta Unidade mostrou-se interessante proceder à sua caracterização (APÊNDICEXXIX). Para ter acesso a esta informação

e concretizar este objectivo foram realizadas reuniões com a Enf^a Chefe e EESIP, assim como o recurso á observação dirigida e participada.

A metodologia de trabalho usada nesta Unidade é a de enfermeiro responsável. A prestação de cuidados ao recém-nascido/ família é individualizada, aplicando a metodologia científica baseada no modelo prático de enfermagem de Nancy Roper.

A prática de prestação de cuidados de enfermagem apresenta como princípios o desenvolvimento adequado do RN, o envolvimento dos pais nos cuidados com vista à autonomia para o momento da alta. Estão instituídos alguns projectos que apresentam como objectivo tornar a vivência dos pais o menos traumatizante possível. Este âmbito é mais explicito no objectivo seguinte.

- Desenvolver competências na Prestação de cuidados ao R.N. pré-termo/família hospitalizado na UCIN

Para dar início a este objectivo consultaram-se os processos clínicos, o Manual de Políticas e Procedimentos, assim como o Manual de Acolhimento e Integração ao Enfermeiro na Unidade.

A complexidade e o criticismo da situação dos RN hospitalizados e a necessidade de um controlo rigoroso estão presentes nas patologias mais frequentes na sala de cuidados intensivos. Esta complexidade, para além de tecnicamente exigente, tem todas as consequências emocionais, éticas, morais, e relacionais, exigindo da equipe uma perfeita coordenação.

A observação permitiu reconhecer que normalmente é o pai o primeiro a ver o RN, porque a mãe não se encontra fisicamente capaz para se poder deslocar à Unidade, mas normalmente o pai fotografa a criança para a mãe ver o RN pela primeira vez. Embora a vinculação não seja algo momentâneo, que acontece após o nascimento este contacto precoce entre pais e bebé, é importante para a concretização e desenvolvimento do mesmo, “um momento único e mágico” como refere Brazelton (1995).

A UCIN é um local repleto de equipamentos e rico em tecnologia, os RN são submetidos a inúmeros estímulos potencialmente agressivos que lhes podem provocar desorganização fisiológica e comportamental, tal defendem Reichert, Lins e Collet (2007). A prestação de cuidados nesta área deve ser desenvolvida com vista à prevenção destes efeitos nefastos, promovendo assim o adequado desenvolvimento do RN. Revelou-se interessante reflectir acerca da colaboração

nos cuidados prestados durante esta experiência intersectando esta realidade com a evidência científica (APÊNDICEXXX), o indicador de sucesso evidenciou-se através da estabilidade hemodinâmica dos RN durante os cuidados.

- Conhecer as vivências emocionais da família do R.N. pré-termo hospitalizado numa UCIN (gestão de uma situação emocionalmente intensa)

A aparência de uma UCIN, o aparato do equipamento em que o bebé está envolvido e a noção de risco de vida faz com que a família sofra momentos de ansiedade, esta pode ser transmitida ao RN o que não é favorável para o seu adequado desenvolvimento. Skipper e Leonard citados por Curley (1996), afirmam que a ansiedade e stress da família podem ser transferidos para os RN, como se de um contágio emocional se tratasse.

Considerou-se interessante intervir a este nível, porque tratando-se de uma situação inesperada torna-se mais violenta ainda, pelo que podemos tentar minimizar esta vivência emocionalmente intensa. De acordo com Jean Watson (2002) o envolvimento emocional na prática dos enfermeiros é necessário para produzir o processo reflexivo para que a ajuda seja dada, o enfermeiro ajuda o cliente a integrar a experiência subjectiva com uma visão externa da situação, foi neste sentido que actuámos nesta experiência de estágio.

Para concretizar o objectivo traçado planeou-se a participação numa sessão de partilha de experiências entre pais de RN prematuros. Estas sessões já haviam sido iniciadas na Unidade fazendo parte dos projectos desta, mas neste momento encontravam-se provisoriamente suspensas, no entanto conseguiu-se que a Enf^a Responsável por este projecto o retomasse. Durante a preparação da sessão de partilha, encontrou-se um texto na boca de um recém-nascido prematuro (APÊNDICE XXXI) cheio de significado sobretudo para reflectir. Considerou-se a leitura deste um óptimo ponto de partida para a sessão de partilha de experiências, constituindo uma forma de ultrapassar algumas resistências e criar um ambiente emocional empático (Viana *et al*, 2005). A sessão teve início com a apresentação dos elementos dinamizadores sendo posteriormente enfatizado o objectivo da partilha e troca de experiências assim como a garantia de confidencialidade dos aspectos conversados e partilhados. Em seguida, cada pai/mãe foi incentivado a apresentar-se e ao seu bebé, referindo o motivo do seu internamento, sendo este o ponto de partida para a partilha de sentimentos, dúvidas e receios. Optou-se por

contar a nossa experiência na primeira pessoa como mãe/enfermeira de gémeos prematuros hospitalizados nesta UCIN durante 1 mês. No final da sessão de partilha, foi unânime para todas as participantes a utilidade da sessão e a pertinência do texto escolhido por ter ido ao encontro das suas experiências pessoais. Procedeu-se à avaliação da actividade e as 4 mães participantes classificaram-na ao nível de 5 (completamente satisfeitas), de salientar que uma mãe adolescente avaliou a sessão em 4 (satisfeita) referindo como constrangimento o facto de ter que falar com público.

Tendo em conta os aspectos atrás referidos, pensou-se na importância de implementar uma estratégia que pudesse associar vários factores pertinentes como: troca de experiências entre pais que já não se encontram na Unidade, permitir o anonimato dos testemunhos e possibilitar a partilha de vivências sem limitação temporal. Procedeu-se à elaboração de um livro, que ficou na sala dos pais e a primeira experiência partilhada foi a nossa pessoal, os pais são convidados a escrever o que sentem, sendo um instrumento para uso exclusivo destes (APÊNDICE XXXII). Esta actividade foi apresentada aos enfermeiros e aos pais presentes e consideraram-na muito interessante, referindo que em certos momentos é mais fácil escrever do que falar sobre estas vivências. Usando a escala de 1 a 5 esta foi classificada em 5 (completamente satisfeitos).

Neste contexto de estágio foi possível desenvolver as seguintes **Competências Comuns ao Enfermeiro Especialista:**

A2.1 Promove a protecção dos direitos humanos, B3.1

D1.1 Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, D1.2 Gera respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional, D2.2 Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade e D2.3 Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (O.E., 2009).

Em relação às **Competências Específicas do EESIP**

E1.1 Implementa e gere em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime de reinserção social da criança/jovem, E2.1 reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de Enfermagem apropriados, E3.1 Promove o crescimento e

desenvolvimento infantil, E3.2 Promove vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais, E3.3 Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura e E3.4 Promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde (O.E., 2009).

4.5 Unidade de Infeciologia do Hospital Dona Estefânia

A experiência de estágio na Unidade de Infeciologia decorreu entre o dia 23 de Janeiro e 17 de Fevereiro de 2012 e foi realizada em horário rotativo. Este contexto de estágio foi seleccionado com o intuito de implementar acções/interacções que se revelaram marcantes perante as vivências da criança/família em isolamento, com base no desempenho do trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem noutros contextos de estágio. Foram traçados objectivos específicos e actividades para os concretizar, estes foram planeados tendo em conta as características da Unidade e da equipa. Esta tem uma lotação de 13 camas e recebe crianças dos 0 aos 18 anos menos um dia com patologia infecto-contagiosa. A equipa de enfermagem é jovem e dinâmica, além de ter como alvo de cuidados a criança e sua família, é responsável pela formação de diversos alunos, quer da licenciatura, quer do âmbito da especialidade. Passamos a analisar os objectivos de forma critico-reflexiva:

- Desenvolver competências como elemento dinamizador na equipa, no âmbito do desempenho do trabalho emocional na prática de enfermagem na gestão da emocionalidade da criança e família em situação de isolamento hospitalar

Ao prestar cuidados na área de saúde infantil e pediatria o enfermeiro está sujeito a contactar com uma forte componente emocional. A gestão das emoções é essencial nas relações interpessoais e faz parte do cuidar, com base nesta o enfermeiro oferece suporte à criança e família através de práticas terapêuticas, para lidar com a necessidade de isolamento hospitalar. Para concretizar este objectivo optou-se pela realização de uma formação em serviço a toda a equipa de enfermagem, acerca desta temática. Abreu (1994) citado por Bártolo (2008), refere que a formação em serviço adquire cada vez mais importância nas unidades de saúde, porque concentra no mesmo espaço a actividade formativa e a prática de cuidados, os

intervenientes formam-se numa atitude reflexiva em situação de trabalho, associando acção e formação. A formação em serviço, permitirá aos membros da equipa reflectir e discutir sobre esta temática, visando atingir a excelência dos cuidados de enfermagem.

No início do ensino clínico nesta Unidade foi apresentado o projecto à equipa de enfermagem e, posteriormente foi planeada uma formação em serviço (APÊNDICEXXXIII), esta foi subordinada à temática "Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem" (APÊNDICE XXXIV). Optou-se por realizar a formação em vários momentos para se conseguir a presença de todos os elementos da equipa, que a consideraram pertinente e útil, referiram de forma unânime que permitirá reflectir acerca desta problemática, foi aplicado um questionário com o intuito de avaliar a sessão (APÊNDICE XXXV), e foram analisados os dados (APÊNDICE XXXVI). É importante salientar que na formação em serviço encontravam-se dois alunos da Licenciatura em Enfermagem, estes transmitiram como *feedback* a importância de se abordar e reflectir sobre esta temática ao longo da Licenciatura. Esta actividade foi realizada com o intuito de favorecer a destreza no desempenho do trabalho emocional no acto de cuidar visando a gestão da emocionalidade da criança/família em isolamento com o objectivo de obter ganhos em saúde para estas. É necessário que no contexto de trabalho, se procure o desenvolver de competências e atitudes, que permitam minimizar vivências emocionalmente intensas, melhorando a qualidade dos cuidados prestados ao cliente pediátrico e sua família. Assim, com as competências que foram sendo desenvolvidas ao longo de todo o percurso formativo, consideramos ser desde já um elemento de referência, nesta área.

Pareceu-nos vantajosa a criação de espaços de partilha de saberes (tendo em conta o experienciado noutros contextos de estágio) relativamente a situações desta natureza, privilegiando o desenvolvimento de capacidades crítico-reflexivas e a clarificação deste tipo de vivências. Todos os elementos da equipa concordaram que fazia sentido e seria útil serem criados estes espaços e o momento mais indicado seria durante a passagem de ocorrências. A propósito, Collière (1989, p. 339) menciona que: "os serviços são lugares de expressão da prática profissional e é aí que se podem mobilizar e ajustar os conhecimentos (...), é aí que é possível aliar a reflexão à acção. É aí que podem ser estudadas as condições indispensáveis para assegurar cuidados de enfermagem". Durante esta experiência de estágio

implementou-se esta estratégia na qual a equipa participou de forma activa, tornando-se num espaço enriquecedor de partilha de saberes e de reflexão sobre na e sobre a prática. Consideramos ter atingido este objectivo tendo em conta os resultados do questionário aplicado na avaliação da formação em serviço, e também por se manterem activas as sessões de reflexão que de uma forma informal foram avaliadas pela equipa ao nível de 5 (completamente satisfeitos).

- Capacitar a criança/família para a transformação de uma vivência que é potencial de ser emocionalmente intensa - isolamento hospitalar

Os momentos de partilha de saberes e reflexão sobre a prática com os enfermeiros, os espaços de partilha e ventilação de sentimentos com intencionalidade terapêutica realizados com os pais das crianças em isolamento, em outros contextos de estágio permitiram agrupar alguns achados, estes não podem generalizar uma realidade mas o seu confronto com a evidência científica confere-lhes credibilidade. Este inventariado de achados apesar de serem tidos como uma realidade já experienciada serviram de fio condutor às actividades desenvolvidas na fase final deste percurso evolutivo a nível de estágio.

De acordo com Diogo (2012), os estudos sobre emoções dirigem-se a estratégias que visam interferir no processo de saúde/doença através do suporte emocional, conforto, informação e empowerment. Na sua revisão da literatura sobre a dimensão emocional e as práticas terapêuticas em enfermagem pediátrica, foram identificados alguns autores como: Anderzén-Carlsson *et al* (2007), Pan *et al* (2004), Zengerle - Levy (2004), Wollin *at al.* (2003) e Justus *et al* (2006) que identificaram actividades como o brincar, a pintura, a música, o contar histórias e defendem que estas são importantes na gestão do estado emocional do cliente, Brez (2002) chega mesmo a argumentar que a musicoterapia é benéfica para clientes em isolamento hospitalar. Tendo em conta os pressupostos referidos, considerou-se interessante implementar actividades nestes moldes, assim desenvolveu-se a "hora do conto" ou seja, contar-se-ia uma história às crianças em isolamento mas o facto da equipa ser reduzida foi um obstáculo à sua realização pelos enfermeiros. Para ultrapassar esta dificuldade, contactou-se o serviço de voluntariado e fez-se este pedido de forma informal, não se verificou a necessidade de nenhum documento escrito. Ficou acordado que 3 vezes por semana uma voluntária deslocar-se-ia à Unidade para realizar esta actividade, situação esta que teve inicio durante o contexto de estágio. Pelo que a

mesma foi submetida à avaliação dos elementos da equipa de enfermagem, foi usada a mesma escala numérica que se aplicou ao longo deste percurso e a actividade foi avaliada ao nível de 4 (satisfeito) por 75% dos elementos e os restantes 25% avaliaram-na ao nível de 5 (completamente satisfeitos). Foi ainda avaliada pelos pais das crianças em isolamento, 100% classificaram a actividade ao nível 5 (completamente satisfeitos). Inicialmente pretendia-se que 50% dos inquiridos a avaliassem ao nível 5, pelo que se considera ter atingido o objectivo. Não se procedeu à avaliação por parte das crianças por o seu nível de desenvolvimento não o permitir, mas o seu comportamento mostrou que as crianças ficaram agradadas perante esta actividade. Os pais ainda desabafaram que estas actividades faziam por momentos esquecer a realidade que estavam a vivenciar.

Outra actividade desenvolvida foi a nível do contacto (apenas com um pedido informal) com um representante de uma empresa farmacêutica que se disponibilizou a fornecer livros para colorir e lápis, estes foram fornecidos às crianças em idade escolar. A avaliação desta actividade foi realizada pelos pais e 100% considerou-a ao nível de 5 (completamente satisfeitos) e as crianças também reagiram com agrado e referiram estar muito agradadas. Durante esta experiência de estágio e tendo em conta que os pais das crianças em isolamento tinham conhecimento da mesma, o pai de uma criança disponibilizou-se a doar leitores de mp3 para cada quarto de isolamento, num total de 4, sem exigências em contrapartida. Não foi possível avaliar esta actividade porque foi necessário agilizar a sua colocação na parede e isso não aconteceu durante o estágio. Segundo Watson o som é utilizado de forma consciente no processo de cura e com fins terapêuticos. O som é reconhecido pelos profissionais de saúde devido à sua acção relaxante e tranquilizante, reduzindo o stress e atenuando a dor. Watson (2002, p. 203) defende que “a música e os sons actuam como catalisadores para facilitar e aumentar as nossas próprias capacidades de cura e auto-cura, evocam fantasia, imaginação e mesmo transformação”.

A pertinência da avaliação das actividades por parte dos pais foi justificada porque, em concomitância com os efeitos exercidos sobre a criança, a actividade lúdica também tem efeitos terapêuticos sobre os pais (Carvalho e Begnis, 2006). Esse efeito terapêutico prende-se com o facto de, ao serem envolvidos nas actividades, conseguirem deslocar por momentos o foco da sua atenção para algo que não seja o facto de os seus filhos se encontrarem doentes. Ao proporcionar experiências

lúdicas à criança, o hospital possibilita também uma melhor interacção entre pais e filhos diante de uma situação adversa que enfrentam naquele momento.

- Implementar medidas que promovam a adesão aos dispositivos (máscara, luvas, touca, bata) necessários em situação de isolamento hospitalar de contenção

Tendo em conta que o saber experiencial revela a necessidade deste objectivo ser desenvolvido e tendo em conta que o foi noutros contextos de estágio e de forma positiva, optou-se por usar os documentos já realizados. Assim, foi usado o folheto informativo que se encontra no (APÊNDICE XXV)- " O meu filho está em isolamento - informação para pais e acompanhantes", sendo adaptado à realidade de outra Instituição. Esta actividade foi avaliada em 90% ao nível 5 (completamente satisfeito) e 10% ao nível 4 (satisfeito) pela equipa de enfermagem, estes folhetos ainda não se estão a aplicar porque têm que ser submetidos a aprovação superior. Outra actividade implementada foi a realização do Poster (APÊNDICE XVII) - " O meu filho está em isolamento", esta foi avaliada em 100% ao nível 5 (completamente satisfeitos) por parte dos membros da equipa de enfermagem e o poster foi afixado à entrada da Unidade e na porta de cada um dos quartos de isolamento.

Para promover o empowerment da criança /família face ao isolamento hospitalar, optou-se por implementar outra actividade já avaliada como positiva noutro contexto de estágio - "A caixinha da criança". Tendo em conta que após as diligências para a aquisição de vários exemplares, um para cada criança em idade escolar e em isolamento ainda não se obteve qualquer resposta, optámos por apresentar esta à equipa de enfermagem porque numa fase posterior a actividade será implementada pela equipa (APÊNDICE XXXVII).

Esta actividade foi avaliada pela equipa de enfermagem e 90% classificou-a ao nível 5 (completamente satisfeitos) e 10% ao nível 4 (satisfeitos), pelo que consideramos que este objectivo foi atingido com sucesso. Segundo Barros (2003), a criança possui uma grande capacidade de adesão a estímulos lúdicos devido à sua forma centrada no presente de viver as suas experiências, pelo que, ao oferecer-lhe uma situação suficientemente atraente, os estímulos desagradáveis são como que esquecidos ou relegados para segundo plano e esta concentra a sua acção na situação proposta.

Com esta experiência desenvolveram-se as seguintes **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**:

A1.3 Lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na área de especialidade, A2.1 Promove a protecção dos direitos humanos, A2.2 Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente, B1.2 Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática, B2.2 planeia programas de melhoria contínua, B3.1 Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo, B3.2 Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais, C1.1 Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, C2.1 Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados, C2.2 Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos, D2.1 Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade, D2.2 Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade e D2.3 Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (O.E., 2009).

A nível de **Competências Específicas do EESIP**:

E1.1 Implementa e gere em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime de reinserção social da criança/jovem, E1.2 diagnóstica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, E2.2, Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, optimizando as respostas, E3.3 Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (O.E., 2009)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática “Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem” foi intencionalmente transversal a todas as intervenções nos vários contextos de estágio, desenvolvendo-se actividades que tiveram como filosofia orientadora dos cuidados prestados as premissas da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson.

Sendo o nosso foco as vivências da criança/família com necessidade de isolamento hospitalar estamos a incidir sobre a problemática da hospitalização e de acordo com Silva *et al* (2010, p25), “ a doença e hospitalização geram desorganização na percepção, compreensão e emoção da criança e podem comprometer o seu desenvolvimento psicológico (...) dessa forma mãe, pai e familiares estão a viver um momento de crise na sua vida, portanto, devem ser ouvidos nas suas dúvidas, dificuldades, anseios e preocupações”. Mas a necessidade de isolamento é ainda mais castradora do que a própria hospitalização, de acordo com Cardim *et al* (2008) o isolamento cria uma barreira física e social entre a criança e o mundo externo, geram um elevado nível de stress nas crianças e na família que as acompanham, pela separação dos que amam, do convívio social intra e extra hospitalar.

O desempenho do trabalho emocional no acto de cuidar destas crianças/famílias revela o uso das emoções enquanto instrumento terapêutico, tal como Diogo (2012, p.85) defende “(...) a dimensão emocional tem um elevado potencial terapêutico em enfermagem pediátrica”. As actividades desenvolvidas, seus pressupostos e orientações para a prática ao longo deste percurso formativo estão em concordância com os componentes do trabalho emocional do enfermeiro defendidos por Smith (1992): dar suporte, e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, usar o humor de forma agradável, ter paciência, aliviar o sofrimento, compaixão, conhecer o cliente e ajudar a resolver os seus problemas. Na mesma linha de pensamento Cardim (2008) defende que a criança requer cuidados sensíveis, que têm por base um conjunto de acções que envolvem: comunicação, respeito, compromisso, afecto, compaixão, apreço, sensibilidade e toque, e que interferem de forma directa na sua recuperação. Considerando a importância que o toque revela perante os cuidados de enfermagem pediátricos importa citar Watson (2002, p.212) “o toque é uma das modalidades artísticas do cuidar mais facilmente usadas, pode ajudar a integrar e harmonizar, a dar conforto, totalidade, integridade e dar mesmo um sentido de segurança”. Para este modelo de enfermagem o poder do amor, da

fé, da compaixão, do cuidar é tão importante para o curar da pessoa como o são as técnicas usadas habitualmente. Estas acções/interacções de dimensão emocional visam transformar positivamente a experiência emocional dos clientes, associada aos fenómenos de saúde-doença, contribuindo para o seu bem-estar e/ou alívio do sofrimento, e para uma melhor adaptação e crescimento dos actores envolvidos, e ainda promover o cuidado humano na prática de enfermagem.

O planeamento das intervenções desenvolvidas promoveu uma constante articulação e mobilização de conhecimentos entre a prática profissional e o percurso académico, o que deu origem à reflexão sobre as actividades implementadas enquanto formanda, mas também enquanto profissional de enfermagem em constante desenvolvimento pessoal. Conseguir integrar e aplicar conhecimentos adquiridos de forma a lidar com situações mais complexas e menos habituais na prática diária, com o objectivo de desenvolver soluções para problemas identificados na prática da profissão foi o propósito deste momento formativo e revelou-se um grande desafio. Mas como retrata este relatório esse objectivo geral foi alcançado a vários níveis em especial no que diz respeito a uma aprendizagem bidireccional, ou seja, não aliada apenas à formação académica mas contributiva para e influenciada pelas experiências profissionais. As actividades foram planeadas com a finalidade de atingir e desenvolver todas as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Não foi possível identificar um contexto mais significativo nesta experiência por terem sido todos fonte de desenvolvimento profissional e pessoal. Em relação às dificuldades sentidas durante este percurso há a salientar a dificuldade entre o tempo exigido para a prática profissional e o tempo necessário para o desenvolvimento das actividades planeadas para cada contexto de estágio, assim como o conciliar com as restantes actividades quotidianas. Mas com grande esforço pessoal, esses obstáculos foram gradualmente ultrapassados em muito relacionados com o prazer de adquirir novas competências, saberes e viver novas experiências relacionadas com este momento formativo.

O facto de todas as actividades terem por base uma reflexão crítica e fundamentada, considera-se que o trabalho desenvolvido neste percurso formativo foi ao encontro das competências de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Há sem sombra de dúvida a salientar a aquisição da capacidade reflexiva, que passou a ser uma constante na actividade profissional. Com base na reflexão sobre a acção e reconhecendo o cliente como ser bio-psico-sociocultural

"(...) criamos estratégias para transpor a barreira do isolamento sem quebrar o isolamento"(Cardim *et al*, 2008, p.37).

Muitas questões ficam por responder no final deste percurso, mas é isso que o torna interessante e digno de continuidade. A actuação perante as vivências da criança/família sujeitas a isolamento com base no trabalho emocional no acto de cuidar, continuará a ser uma área de intervenção com o objectivo de melhorar os cuidados prestados traduzindo ganhos em saúde. Tendo por base de actuação a excelência dos cuidados muito ainda há a investigar, ficando assim registada a vontade expressa de manter investigação nesta temática, esperando que este percurso e respectivo trabalho sirva de base a novos trabalhos a realizar neste âmbito.

Para finalizar há a salientar que prestar cuidados excelentes com base nas vivências da criança/família com necessidade de isolamento hospitalar tendo em conta o desempenho do trabalho emocional na prática de enfermagem é assegurar os direitos da criança enunciados pela Organização das Nações Unidas (1989) – Artigo 12º, ponto 1 que defende que a criança tem direito a “ (...) exprimir livremente a sua opinião sobre as questões que lhe respeitem, sendo devidamente tomadas em consideração as opiniões da criança, de acordo com a sua idade e maturidade”, e o artigo 24º, ponto 1 refere que tem direito de (...) gozar do melhor estado de saúde possível (...)", pelo que o EESIP deve sempre considerar essas necessidades, demonstrando dessa forma respeito pelas suas responsabilidades éticas e sociais no exercício da profissão.

BIBLIOGRAFIA

- Adam, E. s/d. *Ser enfermeira*, Lisboa: Instituto Piaget, p. 199-213
- Alcântara, E.B. (2007). Criança hospitalizada. O impacto do ambiente hospitalar no seu equilíbrio emocional. *Rev. Virtual Psic. Hospitalar e da Saúde*, 3 (6), 38-55
- Alves, M. (2004). Etapas da Metodologia de Projecto. *Revista O Professor*, 5, 30-33
- Azevedo, M. (2009). *Teses relatórios e trabalhos escolares (7ªed.)* Lisboa: Universidade Católica
- Azevedo, C.A.M.; Azevedo, A.G.(2008). *Metodologia Científica - contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos (9ªed.)*. Lisboa: Universidade Católica
- Azevedo, D. et al (2008). O brincar enquanto instrumento terapêutico: opinião dos acompanhantes. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 10 (1), 137-144
- Barros, L. (1998). As consequências psicológicas da hospitalização infantil: prevenção e controlo. *Análise Psicológica*, 1, 36-47
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi.
- Basto, M.L. (2009). Investigação sobre o cuidar em enfermagem e a construção da disciplina. *Pensar enfermagem*, 13 (2), 11-19
- Batista, A. et al (2004). A Criança, o Hospital e o Brincar. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 9, 3-13
- Bartolo, E. (2008). Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Sísifo - Revista Ciências da Educação*. 5, 7-18
- Benner, P.(2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2000). The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nursing Philosophy*, 1(1), 5-19. Retrieved from EBSCOhost.
- Bessa, Eliana (2007) – Criança hospitalizada: o impacto do ambiente hospitalar no seu equilíbrio emocional. *Psicopio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 3 (6)

- Bowden, V., Greenburg, C.(2005). *Procedimentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan
- Cunha, N. (2000). Brinquedos e desenvolvimento Infantil. *Sinopse de Pediatria*, 2(6)
- Brazelton, T. (1995). O grande livro da criança. Lisboa: Editora Presença
- Bredemeyer, S. *et al* (2008). Implementation and evaluation of an individualized development care program in a neonatal intensive care unit. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 13(4), 281-291 Retrived from EBSCO host
- Brez, Courtney (2002). Review of literature: effects of hospitalization. *Journal of Advanced nursing*, 37 (6), 10-15. Retrived from EBSCO host
- *Boletim Informativo Nº 44/05*. (2006). Lisboa:Hospital D. Estefânia
- Cardim, M.G. *et al* (2008). Crianças em isolamento hospitalar: relações e vivências com a equipe de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 16 (1), 32-38
- Carmona L.; Laluna, M. (2002). Primary Nursing. Pressupostos e implicações na prática. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 4(1), 12-17 Retrived from EBSCO host
- Carvalho, A.; Begnis, J. (2006). Brincar em unidades de atendimento pediátrico:aplicações e prespectivas. *Psicologia em estudo*, 11(1), 109-117 Retrived from EBSCO host
- Casey, A. (1993). Development and Use of Partnership Model of Nursing Care. *Advanced in Child Health Nursing*. London:Scutari
- Collière, M. (1999). *Cuidar...a primeira arte da vida* (2ªed.). Loures: Lusociência
- Comissão de Controlo de infecção hospitalar (2001). *Precauções na Prevenção de Transmissão de Microorganismos (Isolamentos)*. Hospital D. Estefânia – Manual da Qualidade. Lisboa
- Conferência Internacional para a Promoção da Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Canadá: OMS
- Curley, M. *et al* (1996). Critical care nursing of infants and children. Philadelphia: WD
- Curry, S.(1995). Identificação das necessidades e dificuldades das famílias do doente em UCI. *Nursing*, 26-30

- Conselho Internacional de Enfermeiras (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP) Versão 2*. Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- D'Epiney Luísa (2008). Enfermagem de velhos percursos a novos caminhos. *Sísifo – Revista de Ciências da Educação*, 6, 7-20
- Davies, H.; Rees, J.(2000). Psychological effects of isolation nursing (1): mood disturbance. *Nursing Standard*, 14(28), 35-38
- Direcção Geral de Saúde (2005). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação (Orientações Técnicas;12)*. (2ªed.). Lisboa: D.G.S.
- Direcção Geral da Saúde (2008). *Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Divisão de Estatísticas de Saúde Elementos Estatísticos: Informação Geral*. Lisboa: D.G.S.
- Direcção Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa:D.G.S.
- Direcção Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa nº 9/DGCG: A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa:D.G.S.
- Diogo, P. M. J. (2000). Necessidades de apoio dos familiares da criança com doença oncológica no 1º internamento. *Pensar Enfermagem*, 4(1),12-24
- Diogo, P. M. J. (2000). Uma orientação para cuidar....a criança. *Servir* 49 (1),17-21
- Diogo, P. M. J. (2010). *Metamorfose da experiência no acto de Cuidar: o processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Tese de Mestrado
- Diogo, P. M. J. (2006). *A vida emocional do Enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência
- Dittz, E.S. et al (2008) - O cotidiano no alojamento materno das mães de crianças internadas numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infan.*, 8(1), 75-81 Retrived from EBSCO host
- Festas, C. (1984). Valorizar as expressões da criança durante a hospitalização. *Servir*, 42(6), 323-327
- Festas, C. (1999). Cuidar no 3º Milénio. *Servir*, 47, 60-66

- Ferreira *et al* (2001). Manual de Psicossociologia das Organizações. Lisboa: McGraw-Hill.
- Fish; Twinn (1997). *Quality Clinical Supervision in the Health Care Professions: Principled Approaches to Practice*. Oxford: Butterworth Heinemann
- Fortin, M. (2000). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Fonseca, A.P.; Magão, M. T. (2007). *Ser mãe de recém-nascido prematuro: vivência do processo de transição para a maternidade*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, 73 -88
- Galvin *et al* .Challenging the percepts of family-centered careTesting a philosophy. *Pediatric Nursing*, 26 (6), 625-632.
- Gasparido, C.; Linhares, M.; Martinez, F.(2005). A eficácia de sacarose no alívio da dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria*. 435-442
- Gomes, C.; Trindade, G.; Fidalgo, J. (2009). Vivências de pais de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Revista Referência*. II(11), 105-116
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência
- *Hockenberry et al*, M. J. *et al* (2006). Wong, fundamentos de enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro:Elsevier Editora
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência
- Instituto de apoio à Criança (2006). Estudo – *A dor na criança, atendimento de crianças e jovens nos centros de saúde*. Lisboa: Instituto de apoio à Criança 9-93
- Instituto de apoio à Criança (2008).*Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: IAC. Recuperado em 2012, Janeiro 15, de <http://www.iacrianca.pt/carta-da-crianca-hospitalizada>
- Jorge, A.M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança. (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência
- José, H. (2002) - *Humor nos Cuidados de Enfermagem: Vivências de doentes e enfermeiros*. Lisboa: Lusociência.

- Junqueira, M. F.(2003). A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiência. *Estudos de Psicologia*, 8, 193-197
- Lima *et al* (1999). A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. *R. Gaúcha Enfermagem*, 20, 130-142
- Lopes, M.J. (2006). *A relação enfermeiro doente como intervenção terapêutica*. Coimbra:Formasau.
- Machado. M.P.M.; Martins D.G.(2002). A criança hospitalizada. Espaço potencial e o palhaço. *Boletim Iniciação Científica em Psicologia*, 3(1), 34-52
- Marralheiro, A. P. *et al.* (1997). "O jogo no desenvolvimento Infantil". *Revista Nursing*, 110(10), 29-32
- Ministério da Saúde (2008). Programa Nacional de luta contra a tuberculose. Ponto da situação epidemiológica e de desempenho. Lisboa: Direcção Geral da Saúde
- Morais, G.; Costa, F. (2009). Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica. *Rev.Esc.Enf.USP*, 43(3), 639-646
- Motta, A., Enumo, S. R. (2004). Brincar no hospital: uma estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Revista Psicologia em Estudo*,9(1),19-28
- Mussa, C.; Malerbi, F.E.(2008). O impacto da actividade lúdica sobre o bem estar de crianças hospitalizadas. *Psicologia: teoria e Prática*, 10(2),83-93 Retrieved from EBSCOhost.
- Newton, MS (2000). Family-centered care: Current realities in parent participation. *Pediatric Nursing*, 2, 164-168.
- Oliveira, B.; Collet, N. (1999). Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afectivo criança-família. *Rev Latino-Americana Enf.*, 7(5), 95-102
- Oliveira, I.; Rodrigues, R. (2005), Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(04), 498-505
- Oliveira, L.D.B. *et al* (2008). Brincar como agente promotor de saúde no desenvolvimento infantil. *Revista Ciência Humanas*. 42. (1 e 2), 193-215

- Oler, F., Vieira, M.R.(2006). O conhecimento da equipe de enfermagem sobre a criança hospitalizada. *Arq ciências Saúde* ,13 (4), 191-197
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Pedro *et al*, (2007). O brincar em sala de espera de um ambulatório infantil na perspectiva de crianças e seus acompanhantes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 15(2), 290-297
- Pereira, Sandra; *et al* (2002). Humanização do atendimento da criança no serviço de urgência. *Informar*, 29, 30-33
- Pinto, C.; Figueiredo, M. (1995). Cuidar da criança doente. *Nursing*, 8(95), 15-16
- Queirós, P. J. P. (2005). *Burnout no Trabalho e Conjugal em Enfermeiros Portugueses*. (1ª ed.). Coimbra: Edições Sinais Vitais
- Quintana, A.M. *et al* (2007). A vivência hospitalar no olhar da criança internada. *Ciência Cuidado e Saúde*, 16(4), 415-423 Retrieved from EBSCOhost.
- Ramos, M. (2004). NIDCAP, uma realidade possível. *Sinais Vitais*, 54(5)
- Riani-Llano, N. (2007). Momentos clave para humanizar el paso por la unidad de cuidados intensivos neonatal. *Persona e Bioética*, 11(2), 138-145 Retrieved from EBSCOhost.
- Riley, J.B. (2005). *Comunicação em Enfermagem*. (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Reis, G. (2007). *Expectativas dos pais durante a hospitalização da criança*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem
- Reichert, A.;Lins, R.; Collet, N. (2007). Humanização do cuidado da UTI neonatal. *Revista Electrónica de Enfermagem*. 9(1), 200-213
- Rodrigues, M., Pereira, A., Barroso, P. (2005). *Educação para a saúde – formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra : Formasau
- Rodrigues, M.A. (2000). Planeamento, heteroavaliação e autoscopia na formação de educadores de saúde. *Revista Referência*, 4, 5-15
- Serra, A.V. (1999). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.

- Silva, A., Silva, C. (2010). A enfermagem e as práticas baseadas em evidências. *REV.Saúde Criança e Adolescente*, 2(2), 50-53
- Silva *et al* (2010). Sentimentos das mães durante hospitalização dos filhos: estudo qualitativo. *Rev. Soc. Bras. Enf. Pediátrica*, 10(1), 23-30 Retrieved from EBSCOhost
- Smith, M. (1999). Caring and the science of unitary human beings. *Advances in Nursing Science*, 21(4), 14-28. Retrieved from EBSCOhost
- Stanhope, M., Lancaster, J. (2003). *Enfermagem comunitária*. Loures : Lusodidacta
- Tavares, P.(2008). *Acolher brincando*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Mestrado
- Tomey, A.M., Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Viana, V. *et al*. (2005). Apoio psicológico às mães no serviço de neonatologia do Hospital de São João Porto. *Arquivos de Medicina*, 19(3), 91-96
- Vilelas, J. (2009). *Investigação – O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Silabo, Lda
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráficas de Coimbra Lda.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência
- Watson, J. (2003). Love and caring. Ethics of face and hand – an invitation to return to the heart and soul of nursing and our deep humanity. *Nur Adsm*,27(3),197-202
- Watson, J., & Smith, M. (2002a). Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), 452-461. Retrieved from EBSCOhost.

APÊNDICES

APÊNDICE I
Caracterização da UCSP de Sete Rios

APÊNDICE I

CARACTERIZAÇÃO DA UCSP (UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS) DE SETE RIOS

Ao longo das últimas décadas, os Cuidados de Saúde Primários têm sido alvo de uma progressiva e abrangente reestruturação. Esta tem vindo a constituir uma das principais prioridades dos programas de saúde dos últimos Governos Constitucionais. Ao longo dos processos de reestruturação, os focos de atenção têm sido a garantia da universalidade e da qualidade no acesso e a garantia da sustentabilidade do próprio SNS. Em 2005, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro, foi criada a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), para a condução do projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde e implementação das Unidades de Saúde Familiares (USF). Os objectivos da reforma têm-se centrado na obtenção de mais e melhores cuidados para o cidadão, com melhor acessibilidade, proximidade e qualidade e conseqüentemente maior satisfação dos utilizadores destes serviços. A melhoria da eficiência e a promoção da contenção de custos tem também constituído uma prioridade da reforma. Os ACES foram criados através da publicação do DL n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, de forma a melhorar o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assim como a forma de os gerir, promovendo ao mesmo tempo, os “ganhos em saúde”. Estes possuem “(...) autonomia administrativa e são constituídos por unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica”. Segundo a fonte anteriormente citada, com esta reconfiguração surgiram os ACES, denominados Agrupamentos de Centros de Saúde, sendo estes definidos como “ serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população”. É ainda referido que fazem parte destes agrupamentos como unidades funcionais “as unidades de saúde familiar (USF), as unidades de saúde pública (USP) e as unidades de recursos assistenciais partilhados” (DL n.º 28 de 2008). Cada unidade funcional terá que assentar numa equipa multidisciplinar, com a

devida capacidade autónoma, quer a nível organizativo quer no domínio técnico, ficando garantida a intercooperação com as restantes unidades funcionais presentes no ACES.

“Destas unidades funcionais constam as unidades de saúde familiar, as unidades de cuidados na comunidade, as unidades de saúde pública e as unidades de recursos assistenciais partilhados, podendo ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários pelas administrações regionais de saúde. Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a inter cooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES.” (Decreto lei n.º 28/2008).

O ACES tem como missão assegurar a prestação de cuidados de saúde primários com qualidade, eficiência e eficácia à população, através da promoção de saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados personalizados e continuados de saúde, integração de cuidados, vigilância epidemiológica e investigação em saúde, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida dos cidadãos. Assim pretendem-se alcançar maiores ganhos em saúde com a participação e satisfação do cidadão e dos profissionais garantindo a excelência dos Cuidados de Saúde Primários reconhecidos com inovação, criatividade e qualidade.

A UCSP Sete Rios é uma unidade integrada, polivalente e dinâmica, que constitui “(...) o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para continuidade dos cuidados.” (Decreto lei n.º 28/2008).

CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA SAUDE INFANTIL

A UCSP de Sete Rios possui uma sala de espera que é destinada às crianças, esta está equipada com brinquedos adequados às várias faixas etárias (chão com anti-derrapante, escorrega, cubos gigantes entre outros). Existem dois gabinetes de enfermagem designados à consulta de enfermagem, um destinado à saúde escolar e dois para a vacinação. Existem ainda dois gabinetes médicos. Os gabinetes também estão devidamente equipados tendo em conta a população infantil e as várias faixas etárias.

Existe uma equipa de enfermagem que é composta por uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria que é responsável pela realização das consultas de enfermagem com a colaboração de uma enfermeira generalista, na vacinação encontram-se duas enfermeiras. Existem vários documentos escritos, nomeadamente panfletos, que podem ser dados aos pais ou acompanhantes e sobre os mais variados temas, existem ainda vários posters que abordam outros temas, estes podem ser vistos pelas crianças, pais ou acompanhantes enquanto aguardam pela consulta. Uma das lacunas detectadas foi informação acerca de doenças infecciosas, daí considerar a intervenção a este nível interessante.

Na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Sete Rios as crianças, atendidas em Programa de Saúde Infantil e Juvenil, têm a sua primeira consulta entre o 3º e o 6º dia de vida (realização do Rastreio de Doenças Metabólicas (RDM)) sendo acompanhadas, em Consulta de Enfermagem, para avaliação de peso com uma frequência semanal até 1 mês de vida. Posteriormente são acompanhadas de modo conjunto (consulta de enfermeiro seguida de consulta médica) com uma periodicidade mensal até aos 6 meses, após este período cumprem-se as consultas nas idades chave referidas no Programa tipo de saúde Infantil e Juvenil.

UCC

Segundo o DL 28/2008, artigo 11º, compete à UCC “prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, actuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção”.

É missão destas unidades recentemente criadas, “contribuir para a melhoria do estudo de saúde da população da sua área geográfica (...)”, “prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente a pessoas, familiar e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença (...)”, “Participar na promoção de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fase” e “Constituir as ECCI (...)” (DESPACHO nº 10143/2009).

A UCC integra dois programas com áreas de intervenção diferentes e diversas. Por um lado a Saúde Escolar e a ECCI (equipa de cuidados continuados integrados).

CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE ESCOLAR (UCC)

Este programa funciona de 2^a a 6^a feira, das 8h às 16h (sendo por vezes alargado o horário aquando de acções de educação para a saúde em horário pós-laboral para pais e professores por exemplo). A sua equipa é constituída por três enfermeiras, duas higienistas, duas psicólogas, duas técnicas de serviço social e é coordenada por uma médica de saúde pública. As enfermeiras coordenam também os projectos da UCC acima mencionados por serem referentes a crianças, jovens e famílias em risco, faixa etária que abrange maioritariamente a comunidade educativa do parque escolar da Unidade funcional de Sete Rios.

Os objectivos gerais da Unidade de Saúde Escolar, integrada na Unidade de Cuidados na Comunidade, consistem na articulação interinstitucional, promoção de saúde e prevenção de doença na comunidade educativa, promoção de um ambiente seguro e saudável bem como a intervenção em áreas prioritárias para a promoção de estilos saudáveis.

A população alvo refere-se ao parque escolar na influência da Unidade Funcional de Sete Rios, que abrange cerca de 21 instituições escolares, incluindo os da rede pública e IPSS, num total de 4541 indivíduos, divididos por 8 Jardins de Infância, 8 escolas do 1^o ciclo, duas do 2^o ciclo, duas do 3^o ciclo e uma secundária, onde desenvolvem as suas actividades. Junto das escolas constituintes do parque escolar, para além dos projectos e actividades da Saúde Escolar, são realizados inquéritos aos pais e professores que visam pedir as suas sugestões relativamente aos temas que gostariam que fossem abordados. Deste modo, não só já existem projectos delineados de acordo com as temáticas/áreas de intervenção do Plano Nacional de Saúde Escolar mas também se executa um levantamento de necessidades junto da população alvo das intervenções da Saúde Escolar.

As equipas de saúde escolar têm um papel fundamental na sensibilização e reforço das competências dos outros técnicos de saúde, dos pais, dos educadores e dos professores. Na escola, os agentes da promoção da saúde devem ter conhecimentos sobre os determinantes da saúde e as suas consequências na vida de cada um e na sociedade em geral. Para educadores, professores e profissionais de saúde, o desafio que se coloca é o desenvolvimento e a utilização de abordagens inovadoras de ensino e aprendizagem, para agirem de forma activa nos domínios da promoção da saúde na escola, tendo sempre em conta o papel dos próprios alunos na implementação da mesma.

APÊNDICE II
Apresentação do Projecto de Estágio

Projecto de Estágio

*“Vivências da criança com
necessidade de isolamento
hospitalar e sua família:
trabalho emocional no acto de
cuidar de enfermagem.”*

Realizado por : Carla Carvalho e Barbosa

Orientado por: Prf^o Paula Diogo

*“Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e
sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem.”*

□ SUMÁRIO

- INTRODUÇÃO
- 1.CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA
- 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO
 - 2.1 Teoria de enfermagem de suporte ao presente Projecto – Jean Watson
- 3. OBJECTIVOS, ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER
- 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS
- 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Temática

- Dimensão emocional em enfermagem pediátrica

Problema

- A vivência emocional da criança/família em situação de isolamento hospitalar

Objecto de estudo

- Desempenho do trabalho emocional na prática de enfermagem na gestão da emocionalidade da criança e família em situação de isolamento hospitalar.

- **Pertinência do Tema**

- 50 % crianças hospitalizadas necessitam de isolamento hospitalar
- 5% necessitam de isolamento entre 2 meses a 1 ano
- Sentimos – equipa de enfermagem que pouco ou nada estávamos a fazer tendo em conta os efeitos do isolamento hospitalar na criança/família
- Não sabemos que estratégias usar para transformar positivamente uma vivência que é potencial de ser emocionalmente intensa - isolamento hospitalar

“Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem.”

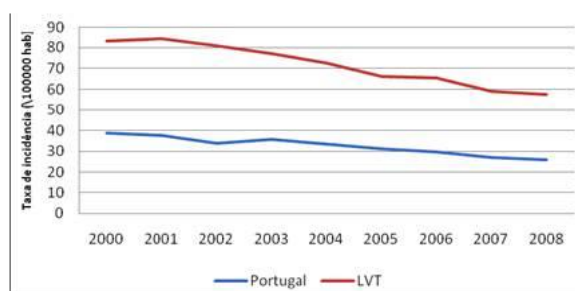
5

- Pais e crianças manifestavam que “estava a ser muito difícil estar hospitalizados naquelas condições sem nada para fazer”(isolamento num quarto, sem visitas, uso de dispositivos de protecção individual)
- **Projecto** – surge das necessidades dos enfermeiros que prestam cuidados à criança em isolamento hospitalar por patologia infecto-contagiosa

“Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem.”

6

- Declínio acentuado a nível das doenças infecto – contagiosas, mas não a erradicação
- Em 2008 existiram 26/100.000 casos de tuberculose pulmonar em crianças



(DGS, 2008)

- **Evidência a nível legal**
- Decreto-Lei 229/94, de 13 de Setembro – enumera várias patologias infecto-contagiosas e prevê protecção adequada de professores e alunos, através do afastamento das actividades.

- Plano Nacional de Saúde 2004-2010- ABORDAGEM À GESTÃO INTEGRADA DA DOENÇA – a gestão da doença seja ela infecciosa ou crónico degenerativa é uma das áreas de maior actividade do sector da saúde.

Hospitalização

“...efeito potencialmente **traumático na vida emocional** de uma criança em desenvolvimento” (Brazelton, 1994)

Kozier citado por Pereira (2002)“...como uma **alteração**, uma mudança rápida, ou um acontecimento na vida que é estranho à experiência actual e altera o equilíbrio psicológico”.

“A hospitalização de uma criança poderá...apresentar-se á família como um factor de **crise.**”(JORGE, 2004, p.45)

“Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem.”

9

Hospitalização

Segundo Powers (2006) e Fortin (2006) citados por Basto (2009) o significado que é dado a **necessidades** é de deficit humano, falta de algo que pode ser superado pelos cuidados prestados por enfermeiros.

Da criança/família em isolamento hospitalar

“Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem.”

10

Cuidar de Enfermagem

“...cuidados/prestação de cuidados/ cuidar em enfermagem, é baseado no principio que é uma prática que se constrói sob a **interacção enfermeiro - cliente** com o objectivo de contribuir para o bem estar ou diminuir o sofrimento do cliente” (BASTO, 2009)

Criança/família

Vivências

Isolamento hospitalar



Estar presente e ser fonte de cuidado significa incluir o **cuidado emocional no processo de cuidar**. O facto do cuidador ser sensível, desperta sentimentos de esperança no cliente, a prática propicia aos cuidadores sensíveis a descoberta de sentimentos e atitudes no cuidar. (OLER, 2006)

Quintana (2007, p.414) defende que a atitude emocional dos pais tem um papel preponderante nas reacções da criança sujeita a hospitalização

Os pais experienciam sentimentos angustiantes perante a hospitalização de um filho, sentimentos como negação, raiva e culpa. (DIOGO, 2000)

A criança/família em situação de isolamento hospitalar

Define-se isolamento como a separação de pessoas infectadas com determinado agente infeccioso, sob condições que permitam a sua transmissão directa a outros indivíduos, durante o período de doença activa, ou a protecção de doentes imunodeprimidos sob condições que lhes previnam a transmissão de agentes infecciosos. Ainda segundo o mesmo, podem referir-se dois tipos de isolamento: protector e de contenção.

“...os isolamentos criam uma barreira física e social entre a criança e o mundo externo.” (CARDIM, 2008, p.32)

O facto de a criança ficar em isolamento faz com que fique mais triste do que as que estão hospitalizadas em enfermarias, porque em isolamento a separação é dos que ama e dos seus contactos sociais. Quando a criança é colocada em isolamento, a **preparação** é essencial para que a criança se sinta com algum controle sobre a situação. (Wong, 1999)

“ A equipa de enfermagem assume um papel de destaque neste cenário, pois além de ter que lidar com os seus medos e anseios, tem que lidar com as reacções e necessidades especiais da criança e sua família. ... são **necessárias algumas estratégias de cuidado para manejar minimizar o stress da criança, da família** e da própria equipa de enfermagem...”

(CARDIM, 2008, p.33)

- **A prática experiencial**

- Uso de meios de protecção individual pelos profissionais e muitas vezes pelos pais das crianças hospitalizadas não é bem aceite por elas - stress

“Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem.”

15

Estratégias que visam transformar positivamente uma vivência que é potencial de ser emocionalmente intensa - isolamento hospitalar

- Pam Smith foi a pioneira no estudo do **“trabalho emocional”**

Direccionado para os profissionais

*emoções dos enfermeiros muitas vezes geram conflitos internos que resultam desta relação

Direccionado para os clientes

*trabalho que os enfermeiros fazem para ajudar o cliente a lidar com as suas próprias emoções – criança /família sujeita a isolamento hospitalar

“Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem.”

16

Estratégias que visam transformar positivamente uma vivência que é potencial de ser emocionalmente intensa - isolamento hospitalar

- Muitas intervenções do enfermeiro que trabalha em pediatria não são reconhecidas como intervenções terapêuticas, mas a praxis baseada na evidência contribui para esta visibilidade
- Lopes (2006) no seu estudo defende que o enfermeiro ajuda o cliente a gerir as suas emoções através da experiência que tem, para isso usam duas estratégias dão espaço ao cliente, apoiando a expressão de sentimentos ou regulam a expressão de sentimentos.

Estratégias que visam transformar positivamente uma vivência que é potencial de ser emocionalmente intensa - isolamento hospitalar

- “Uma criança não precisa de motivos ou razões para brincar” (OLIVEIRA et al, 2008).

- Jogos e brincadeiras terapêuticas são usados para reduzir o trauma da doença e da hospitalização e para preparar as crianças para procedimentos terapêuticos”. (OLER, 2006)

- ” ...recrear, amenizar o sofrimento hospitalar, favorecer a comunicação a expressão de sentimentos da criança.” (MOTTA 2004, p.21)

Estratégias que visam transformar positivamente uma vivência que é potencial de ser emocionalmente intensa - isolamento hospitalar

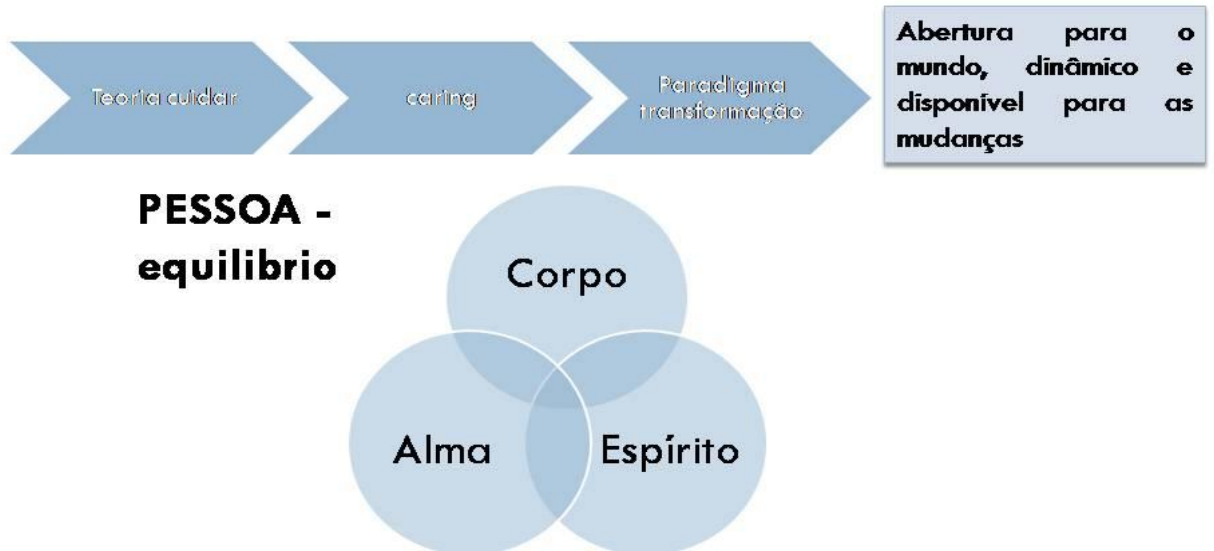
- “Brez (2002) defende que a musicoterapia é muito benéfica para crianças que estão hospitalizadas com necessidade de isolamento.

- “ ...os enfermeiros fornecem ferramentas aos clientes para estes fazerem face ao seu sofrimento; conseguindo sentir maior controlo e fazendo uma eficaz gestão das suas emoções, aliviam o sofrimento associado á vivência de doença e hospitalização.” (DIOGO, 2010)

"Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem."

19

□ **Teórica de Enfermagem de suporte ao presente Projecto – Jean Watson**



"Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem."

20

□ **Teoria de enfermagem de suporte ao presente Projecto – Jean Watson**

- O cuidar não é apenas uma emoção... envolve acções carinhosas e suas consequências. Todo o cuidar está relacionado com respostas humanas intersubjectivas às condições saúde. (Watson, 1999)

❑ **OBJECTIVOS, ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER**

- ❑ Patrícia Benner (2005), um perito deve possuir um conhecimento não só preceptivo, mas fundamentado e aprofundado pelo conhecimento da situação concreta, que lhe permita prestar cuidados individualizados e holísticos.

❑ **Objectivo geral**

- ❑ desenvolver competências do EESIP aos vários níveis: científico, humano e técnico da assistência avançada com enfoque no desempenho do trabalho emocional no acto de cuidar de crianças e sua família em situação de isolamento hospitalar.

❑ **OBJECTIVOS, ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER**

- ❑ Compreender a dinâmica funcional, a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, bem como a prática da prestação de cuidados de enfermagem na criança/ jovem e sua família
- ❑ Promover o empowerment dos pais no cuidado à criança ao longo das etapas de crescimento/desenvolvimento

❑ **OBJECTIVOS, ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER**

- ❑ Capacitar os pais para a identificação de sinais de alerta e para cuidados à criança com doença infecto-contagiosa
- ❑ Facilitar a adaptação da criança/família à doença infecto-contagiosa com necessidade de isolamento

❑ **ACTIVIDADES:**

- ❑ Reuniões com a Enfermeira Chefe e EESIP
- ❑ Orientações aos pais sobre sinais de alerta e cuidados à criança com patologias infecto-contagiosas
- ❑ Elaborar um folheto informativo sobre doenças infecto-contagiosas
- ❑ Realizar uma sessão de educação para a saúde em Escolas Primárias com vista à preparação da criança e família para situações ou cuidados de saúde que necessitem de isolamento

□ Considerações finais

- Um projecto não é estanque, é um processo contínuo, com necessidade de constante apreciação e reformulação, porque o caminho a traçar é desconhecido daí ser passível a alterações e adaptações devido às necessidades que vão sendo sentidas ao longo do desenvolvimento do mesmo

Referências Bibliográficas

- Aldridge, M. (1994). Unlimited liability? Emotional labour in nursing and social work. *Journal of Advanced Nursing*, 20(4), 722-728. Retrieved from EBSCOhost.
- Alcantara, E.B. (2007). Criança hospitalizada: o impacto do ambiente hospitalar no seu equilíbrio emocional. *Rev. Virtual Psic. Hospitalar e da Saúde*, 3(6), 38-55
- Alves, M. (2004). Etapas da Metodologia de Projecto. *Revista O Professor*, 5, 30-33
- Azevedo, M. (2009). *Teses relatórios e trabalhos escolares (7ª ed.)* Lisboa: Universidade Católica
- Azevedo, C.A.M., Azevedo, A.G. (2008). *Metodologia Científica - contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos (9ª ed.)*. Lisboa: Universidade Católica
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi.
- Barros, L. (1998). As consequências psicológicas da hospitalização infantil: prevenção e controlo. *Análise Psicológica*, 1, 36-47
- Basto, M.L. (2009). Investigação sobre o cuidar em enfermagem e a construção da disciplina. *Pensar enfermagem*, 13 (2), 11-19
- Basto, M.L., Rosa, J.C. (2009a). Necessidade e necessidades. *Pensar enfermagem*, 13 (1), 13-23
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2000). The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nursing Philosophy*, 1(1), 5-19. Retrieved from EBSCOhost.
- Bessa, Elana (2007) – Criança hospitalizada: o impacto do ambiente hospitalar no seu equilíbrio emocional. *Psicopio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 3 (6)
- *Boletim Informativo Nº 44/05*. (2006). Lisboa: Hospital D. Estefânia.
- Brez, Courtney (2002) Review of literature: effects of hospitalization. *Journal of Advanced nursing*, 37 (6), 10-15. Retrived from EBSCO host
- Botelho, J. (1996). O trabalho de projecto na prática do enfermeiro. *Enfermagem em Foco – SEP*, 23, 43-46.
- Bradberry, T.; GREAVES, J. (2008). *Guia Prático da Inteligência Emocional*. Lisboa: Bertrand Editora

“Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem.”

27

- Brazelton, T.B.; GREENSPAN, S. (2006). *A criança e o seu mundo* (6ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Cardim, M.G. et al (2008). Crianças em isolamento hospitalar: relações e vivências com a equipa de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 16 (1), 32-8
- Colliere, M. (1999). *Cuidar... a primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência
- Comissão de Controlo de infecção hospitalar (2001). *Precauções na Prevenção de Transmissão de Microorganismos (Isolamentos)*. Hospital D. Estefânia – Manual da Qualidade. Lisboa
- Conferência Internacional para a Promoção da Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Canadá: OMS
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP) Versão 2*. Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Damásio, A. (1995). *O Erro de Descartes, Emoção, Razão e Cérebro Humano* (9ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa América
- Davies, H.; Rees, J. (2000). Psychological effects of isolation nursing (1): mood disturbance. *Nursing Standard*, 14(28),35-38.
- Diogo, P. M. J. (2000). Necessidades de apoio dos familiares da criança com doença oncológica no 1º internamento. *Pensar Enfermagem*, 4(1),12-24
- Diogo, P. M. J. (2010). *Metamorfose da experiência no acto de Cuidar: o processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Tese de Mestrado
- Diogo, P. M. J. (2000). Uma orientação para cuidar... a criança. *Servir* 49(1),17-21
- Diogo, P. M. J. (2006). *A vida emocional do Enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasou
- Diogo, P.M.J. (2010a) – Gestão emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da actividade de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14 1(1),24-38
- Decreto-Lei nº 229/94, de 13 de Setembro
- Fernandes, M.T. (2009). Metodologia de projecto. *Servir*. 47(5), 233 – 236.
- Figueiredo, R., & Turato, E. (2001). Needs for assistance and emotional aspects of caregiving reported by AIDS patient caregivers in a day-care unit in Brazil. *Issues In Mental Health Nursing*, 22(6), 633-643. Retrieved from EBSCOhost.

“Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem.”

28

- Fish; Twinn (1997). *Quality Clinical Supervision in the Health Care Professions: Principled Approaches to Practice*. Oxford: Butterworth Heinemann
- Gray, B. (2009). The emotional labour in nursing 1: exploring the concept. *Nursing Time*, 105(8), 26–29
- Goleman, D. (2005). *Trabalhar com inteligência Emocional* (3ª ed.). Lisboa: Temas e Debates
- Goleman, D. (2009). *Inteligência Emocional* (13ª ed.). Lisboa: Temas e Debates
- Henderson, A. (2001). Emotional labor and nursing: an under-appreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry*, 8 (2), 130-138. Retrieved from EBSCOhost.
- Hesbeen, W (2004). *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência
- Instituto de apoio à criança (2002). *Legislação - Criança, Adolescente e Saúde. Humanização dos serviços de atendimento à criança*. Lisboa: IAC
- Jorge, A.M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança. (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência
- Junqueira, M. F. (2003). A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiência. *Estudos de Psicologia*, 8, 193-197
- Lima, R.A.G., S.M.M.Scocchi (1999). Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*, 17(2), p.33-39
- Lopes, M.J. (2006). A relação enfermeiro doente como intervenção terapêutica. Coimbra:Formasou.
- Machado. M.P.M.; Martins D.G. (2002). A criança hospitalizada. Espaço potencial e o palhaço. *Boletim Iniciação Científica em Psicologia*, 3(1), 34-52
- Maunder, E.Z. (2008). Emotions management in children’s palliative care nursing. *Indian J palliative Care*, 14(1), 45-50
- Mazhinda, D. (2009). Ideal nurses and the emotional labour of nursing. *Nurse Researcher*, 16(2), 91-94. Retrieved from EBSCOhost.
- Monteiro, M. (s.d). A metodologia de trabalho de projecto. Recuperado em 2011, Julho 10, de <http://www.ciencia.ualisboa.pt/35123>
- Motta, A., Enamo, S. R. (2004). Brincar no hospital: uma estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Revista Psicologia em Estudo*, 9(1),19-28
- Mussa, C.; Malerbi, F.E. (2008). O impacto da actividade lúdica sobre o bem estar de crianças hospitalizadas. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 10(2), 223-231. Retrieved from EBSCOhost.

“Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem.”

29

- Oler, F., Vieira, M.R. (2006). O conhecimento da equipe de enfermagem sobre a criança hospitalizada. *Arq ciências Saúde*, 13(4), 191-197
- Oliveira, L.D.B. et al – Brincar como agente promotor de saúde no desenvolvimento infantil. *Revista Ciência Humanas*. 42. (1 e 2), 193-215
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. Cadernos Temáticos – Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional – Caderno Temático*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico de Enfermeiro: motivações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Pearson, A., Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Lisboa: ACEPS.
- Pires, A. (1998). Psicologia pediátrica: História, actualidade e formação. *Análise Psicológica: Psicologia Pediátrica*, 1, 5-26.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott
- Portugal Direcção Geral de Saúde (2002). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação (Orientações Técnicas; 12)*. (2th ed.). Lisboa: D.G.S.
- Portugal Direcção Geral da Saúde (2008). *Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Divisão de Estatísticas de Saúde Elementos Estatísticos: Informação Geral*. Lisboa: D.G.S.
- Phaneuf (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lisboa: Lusociência
- Quintana, A.M. [et al] (2007). A vivência hospitalar no olhar da criança internada. *Ciência Cuidado e Saúde*, 16(4), 415-423
- Reid, B. (1993) But we're doing it already! Exploring a response to the concept of reflective practice in order to improve its facilitation. *Nurse Education Today*, 13(4), 305-309.

“Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem.”

30

- Rees, J. et al (2000). Psychological effects of source isolation nursing (2): patient satisfaction. *Nursing Standard*, 14(29), 32-36
- Roob, S. (2000). The effect of therapeutic music interventions on the behavior of hospitalized children in isolation: developing a contextual support model of music therapy. *Journal of Music Therapy*, (2), 118-146
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa*. (2th ed.). Lisboa: Moraes Editores
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *The journal of consulting Psychology*, (21), 95-103
- Smith, M. (1999). Caring and the science of unitary human beings. *Advances in Nursing Science*, 21(4), 14-28. Retrieved from EBSCOhost.
- Shimanya, T., Nobuyuki, T., Yoshimitsu, H., Sonoe, W., Hirotake, K., & Motohiko, M. (2004). Effects of 10-day confinement on the immune system and psychological aspects in humans. *Journal of Applied Physiology*, 97(3), 920-924. Retrieved from EBSCOhost.
- Swanson, K.M. (1993). Nursing as informed caring for the caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357
- Tattam, A. (1994). What heals the healers?... how do you cope with the emotional labour of nursing?. *Australian Nursing Journal*, 1(11), 3. Retrieved from EBSCOhost
- Tomey, A.M., Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5th ed.). Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, uma teoria de Enfermagem*; Loures: Lusociência
- Watson, J. (2003). Love and caring. Ethics of face and hand – an invitation to return to the heart and soul of nursing and our deep humanity. *Nur Adm*, 27(3), 197-202
- Watson, J., & Smith, M. (2002). Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), 452-461. Retrieved from EBSCOhost.
- Węstra, J. (1992). The emotional labour of nursing [book]. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 12-68. Retrieved from EBSCOhost.
- Whaley, L., WONG, D. (1999). *Enfermagem Pediátrica – Elementos essenciais à intervenção efectiva*. (5th ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
-

APÊNDICE III

Planeamento da Apresentação do projecto de Estágio

APÊNDICE III

PLANEAMENTO DE APRESENTAÇÃO DO PROJECTO DE ESTÁGIO

CURSO: Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

UNIDADE CURRICULAR - ESTÁGIO: UCSP de Sete Rios

TEMA DA SESSÃO: “Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem.” – Projecto de Estágio

DESTINATÁRIOS: Equipa de enfermagem de Saúde Infantil da UCSP Sete Rios

PRELECTOR: Carla Carvalho

OBJECTIVOS:

- Apresentar o projecto de estágio
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do desempenho do trabalho emocional na prática de enfermagem na gestão da emocionalidade da criança e família em situação de isolamento hospitalar

MÉTODO PEDAGÓGICO: expositivo

DURAÇÃO: 15 minutos

DATA/HORA: 7 de Outubro 2011

LOCAL: Gabinete de Saúde Infantil da UCSP de Sete Rios

APÊNDICE IV

Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde

APÊNDICE IV

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Curso: Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular – Estágio: UCSP de Sete Rios

Tema da sessão: “A infecção na infância”

Destinatários: Educadoras de Infância e Auxiliares de Acção Educativa

Prelector: Enf^a Carla Carvalho

Objectivos:

- Identificar os cuidados específicos à criança com patologia infecciosa
- Capacitar Educadores de Infância e Auxiliares de Acção Educativa para a adopção de práticas correctas em situação de patologia infecciosa

Método pedagógico: Expositivo

Duração: 90 minutos

Data/Hora: 27 Outubro 2011, 16:00

Local: UCSP de Sete Rios

FASES	CONTEUDOS	METODO PEDAGÓGICO	MEIOS E EQUIPAMENTOS	TEMPO (minutos)
Introdução	<p>-Apresentação do tema e dos objectivos</p> <p>- Preenchimento de documento de avaliação prévia de conhecimentos</p>	Expositivo	Computador, data-show. Apresentação em powerpoint.	10 minutos
Desenvolvimento	<p>- Conceito de doença infecciosa</p> <p>- Conceito, sinais e sintomas, formas de prevenir o contágio e cuidados a ter perante uma criança com as seguintes patologias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Febre • Convulsão • Conjuntivite • Diarreia • Candidiase • Sarampo • Varicela • Escarlatina • Escabiose • Tinha • Pediculose • Tosse convulsa • Parotidite 	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Demonstrativo</p>	Computador, data-show. Apresentação em powerpoint	60 minutos
Conclusão	<p>Síntese/ conclusão/avaliação e esclarecimento de dúvidas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrega de folheto informativo 			20 minutos

APÊNDICE V

Documento de inscrição para a Sessão de Educação para a Saúde

FICHA DE INSCRIÇÃO

NOME:

INSTITUIÇÃO:

CARGO OCUPADO: | CONTACTO:

NOME:

INSTITUIÇÃO:

CARGO OCUPADO: | CONTACTO:

NOME:

INSTITUIÇÃO:

CARGO OCUPADO: | CONTACTO:

NOME:

INSTITUIÇÃO:

CARGO OCUPADO: | CONTACTO:

NOME:

INSTITUIÇÃO:

CARGO OCUPADO: | CONTACTO:

ESTA FICHA DE INSCRIÇÃO, DEVIDAMENTE PREENCHIDA, DEVERÁ SER ENTREGUE À EQUIPA DE SAÚDE ESCOLAR ATÉ 20 DE OUTUBRO DE 2011



ARSLVT
Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



A C E S - Lisboa Norte

CENTRO DE SAÚDE DE SETE RIOS

Equipa de Saúde Escolar

A INFECÇÃO NA INFÂNCIA



A realizar: 27 de Outubro 2011

A INFECÇÃO NA INFÂNCIA

DESTINATÁRIOS:

Educadores de Infância e Auxiliares de Acção Educativa

FORMADORA:

Enfª Carla Carvalho (2º CMEESIP- ESEL)

LOCAL:

Centro de Saúde de Sete Rios

DATA E HORA:

27 Outubro 2011

16:00 – 17:30

OBJECTIVOS:

- Capacitar Educadores de Infância e Auxiliares de Acção Educativa para a identificação de sinais e sintomas de alerta no caso de a criança apresentar doença infecciosa
- Identificar os cuidados específicos á criança com patologia infecciosa
- Capacitar Educadores de Infância e Auxiliares de Acção Educativa para a adopção de práticas correctas em situação de patologia infecciosa

CONTEÚDOS:

- Febre e cuidados a ter com a criança com convulsão febril
- Cuidados específicos a ter com a criança com diarreia
- Sinais e sintomas das principais doenças infecciosas na infância:
 - sarampo, parotidite (papeira), varicela, escarlatina, conjuntivite, diarreia, candidiase, escabiose, pediculose, tinha do couro cabeludo e tosse convulsa.
- Cuidados a prestar à criança com doença infecciosa

APÊNDICE VI

Apresentação da Sessão de Educação para a Saúde

“A infecção na infância”

Carla Carvalho CMEESIP – ESEL
27 Outubro 2011

Objectivos

- ◉ - Identificar os cuidados específicos à criança com patologia infecciosa
- ◉ - Capacitar Educadores de Infância e Auxiliares de Acção Educativa para a adopção de práticas correctas em situação de patologia infecciosa

A Infecção na infância

- As doenças infecciosas são provocadas por microrganismos, as contagiosas (transmissão pessoa a pessoa) podem ocorrer através de - saliva, tosse, espirro, expectoração, secreções nasais e contacto directo.

A Infecção na infância

Febre – aumento da temperatura corporal a cima dos valores normais para a pessoa - **38° C**, acompanhada de pele quente e rosada, suores frios, **irritabilidade**,

Avaliação – timpânica



- axilar
- rectal



A Infecção na infância

CUIDADOS:

- ◉ Manter a criança com roupas leves
- ◉ Manter repouso
- ◉ Oferecer água conforme a tolerância
- ◉ Oferecer alimentos leves

A Infecção na infância

- ◉ Aplicar compressas mornas na região temporal, axilas e virilhas
- ◉ Dar banhos mornos (25-30°C)
- ◉ Administrar antipirético (paracetamol)
- ◉ Avaliar a temperatura frequentemente



perceber o efeito destas medidas

A Infecção na infância

CONVULSÃO FEBRIL – perda de consciência, a criança apresenta movimentos repetidos e anormais de todo o corpo, pode revirar os olhos, espumar da boca e por fim ficar rígido.

A Infecção na infância

CUIDADOS:

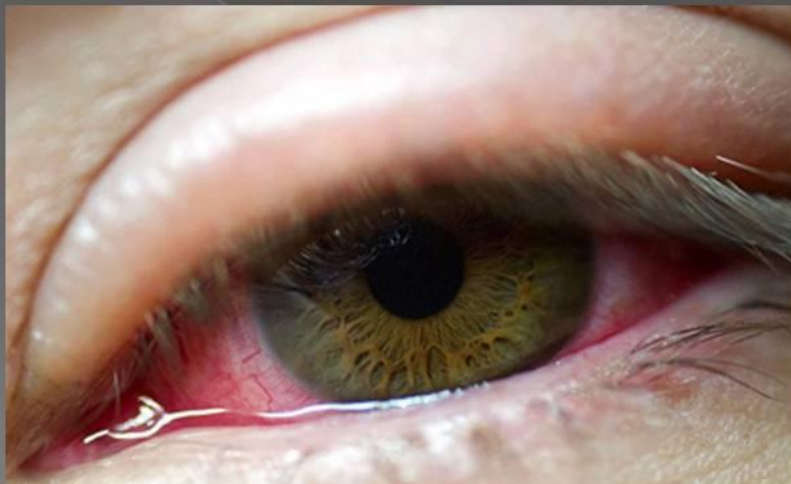
- Posicionar na posição lateral direita, num local seguro
- Desapertar a roupa
- Não introduzir nada na boca
- Baixar a temperatura com paracetamol rectal e aplicação compressas tépidas

A Infecção na infância

Medidas a tomar pela escola:

- ◉ Accionar o INEM
- ◉ Contactar os pais da criança

A Infecção na infância



A Infecção na infância

CONJUNTIVITE – inflamação da conjuntiva do olho

SINAIS E SINTOMAS

Ao acordar a criança apresenta olhos fechados e aderentes – exsudado claro, amarelo ou esverdeado, lacrimejo, comichão (prurido), dor

Transmissão - contacto directo – através das **mãos** enquanto houver exsudado ocular

A Infecção na infância

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE CONTÁGIO:

- Lavagem das mão antes e após a limpeza ocular
- Incentivar a criança a não mexer nos olhos

A Infecção na infância

CUIDADOS:

- Limpeza ocular com Soro fisiológico
- Usar uma compressa para uma só passagem
- Aplicação de pomada ou colírio (gotas) consoante prescrição médica

A Infecção na infância

Medidas na escola:

- Informar os pais de todas as crianças (mesma sala) no sentido de alertar para os sinais, sintomas e cuidados
- Tentar evitar o contacto ocular através das mãos
- Medidas de prevenção do contágio

A Infecção na infância



A Infecção na infância

DIARREIA - número de dejetões > 5 por dia e/ou quando a consistência é líquida
Quanto menor a criança, maior o risco de **desidratação**.

Sinais de alerta: olhos encovados, boca e língua secas, a criança refere sede, urina pouco, sonolência, confusão e diminuição da actividade física

A Infecção na infância

- ◉ **Transmissão** – fecal- oral

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DO CONTÁGIO:

Lavagem frequente das mãos da criança e do cuidador, após mudanças de fralda ou idas ao wc

A Infecção na infância

Cuidados Específicos:

- ◉ Lavagem das mãos da criança e do cuidador antes e depois dos cuidados de higiene
- ◉ Evitar a troca de bacias
- ◉ Desinfecção de bacias/sanita com hipoclorito sódico – lixívia
- ◉ Manter higiene perineal
- ◉ Evitar o uso de toalhetas com cheiro

A Infecção na infância

-Informar os pais das outras crianças no sentido de alertar para os sinais, sintomas e cuidados

A Infecção na infância

CUIDADOS com alimentação:

- ◉ - Manter aleitamento materno
- ◉ - Leite artificial – preparar com água de arroz
 - Água de arroz – (2 colheres de sopa de arroz cozem num litro de água, até reduzir para metade, retira-se o arroz e acrescenta-se água até perfazer 1 L)

A Infecção na infância

Oferecer :

- ◉ Papa de arroz, sopa de cenoura com arroz, frango ou peixe cozido/grelhado com arroz branco
- ◉ Maçã, pêra cozida assada e banana madura
- ◉ Bolachas de água e sal e líquidos (água e chá) em pequena quantidade mas com frequência

A Infecção na infância



A Infecção na infância



CANDIDIASE – “sapinhos”

- Lesões aveludadas brancas na boca e língua – **Candidiase oral**
- Lesões na região genital – **Candidiase genital**
- **Transmissão** – contacto directo enquanto houver lesões

A Infecção na infância

Cuidados específicos na escola

- Lavagem das mãos antes e depois de cuidar da criança
- Informar os pais das outras crianças no sentido de alertar para os sinais, sintomas e cuidados

Medidas de prevenção de contágio

- Lavagem das mãos

A Infecção na infância

CUIDADOS na Candidiase oral:

- ◉ Higiene das mãos antes de tocar no bebé
- ◉ Lavagem e esterilização da chucha, biberões e talheres usados
- ◉ Lavagem da boca da criança
- ◉ Oferecer alimentos menos ácidos e menos quentes

A Infecção na infância

CUIDADOS na candidiase Genital:

- ◉ Higiene local constante sem usar toalhetas com cheiro, água e sabão dermoprotector sem cheiros
- ◉ Manter a zona o mais seca possível – mudas frequentes de fraldas
- ◉ Aplicar pomada prescrita pelo médico alternada com pomada protectora (vit.A)

A Infecção na infância



A Infecção na infância



SARAMPO – 3 dias de febre, conjuntivite, exantema na face que ao fim de 3 dias passa para toda a superfície corporal – excepto palmas das mãos e plantas dos pés

- Período de contágio – 4 dias antes e após o início do exantema
- **Isolamento e evicção escolar até 4 dias após o início do exantema**

A Infecção na infância

- ◉ **Transmissão** – através do ar
- ◉ **Medidas de prevenção de contágio**
 - Evitar contacto próximo entre crianças.

A Infecção na infância

- ◉ **Cuidados específicos na escola**
 - Contactar os pais
 - Informar os pais das outras crianças no sentido de alertar para os sinais, sintomas e cuidados
 - Evitar o contacto próximo entre crianças – **isolamento**
 - **Isolamento e evicção escolar até 4 dias após o início do exantema**
 - Informar a Autoridade de Saúde

A Infecção na infância

CUIDADOS:

- ◉ Repouso
- ◉ Banhos diários e manter as unhas curtas
- ◉ Dieta ligeira, com muitos líquidos conforme a tolerância da criança
- ◉ Limpeza ocular

A Infecção na infância



A Infecção na infância



VARICELA – exantema maculopapular, febre ligeira

- ◉ **Sinais de alerta:** sinais inflamatórios na região circundante das lesões vesiculares (edema, rubor, calor e dor)

A Infecção na infância

- ◉ **Transmissão** – contacto directo, via aérea, objectos infectados

A doença é transmissível nos 10 dias que precedem o aparecimento das vesículas e até que fiquem secas em crosta

- ◉ **Isolamento e evicção escolar – 5 dias após o início da erupção vesicular**
- ◉ Contactar a Autoridade de Saúde

A Infecção na infância

● **Cuidados específicos na instituição**

- Contactar os pais
- Informar os pais das outras crianças no sentido de alertar para os sinais, sintomas e cuidados
- Desinfecção de objectos que contactaram com a criança com hipoclorito de sódio (lixívia)

A Infecção na infância

CUIDADOS:

- - Banho diário com produtos de ph neutro –
dermoprotector, secar com uma toalha macia (farinha maisena)
- - Manter as unhas cortadas e limpas
- - Evitar coçar as lesões e aplicar panos húmidos (diminui a comichão)
- - Ensinar á criança a colocar um lenço de papel quando tossir

A Infecção na infância

- ◉ Repouso
- ◉ Utensílios usados para comer não devem ser usados por outra pessoa
- ◉ Se apresentar lesões na boca deve oferecer-se uma dieta líquida e fria
- ◉ Destacar as crostas das lesões secas (água oxigenada)
- ◉ QUANDO FEBRIL NÃO ADMINISTRAR NADA ALÉM DE PARACETAMOL

A Infecção na infân



A Infecção na infância

ESCARLATINA – inicia-se com uma amigdalite, 2 dias após surge um exantema puntiforme (tipo lixa) que não atinge a palma das mãos e planta dos pés, febre alta, "língua framboesa"

- **Transmissão** – gotículas de expectoração, pode ocorrer até perfazer 24 horas de antibiótico
- **Isolamento e evicção escolar até perfazer 24 horas de antibiótico**

A Infecção na infância

Cuidados específicos na escola

- Contactar os pais
- Informar os pais das outras crianças no sentido de alertar para os sinais, sintomas e cuidados
- Evitar o contacto próximo entre crianças (saliva e expectoração)
- Contactar a Autoridade de Saúde

A Infecção na infância

CUIDADOS

- ◉ Controle da febre
- ◉ Repouso
- ◉ Alimentos fáceis de deglutir, ingestão de líquidos.

A Infecção na infância



A Infecção na infância

ESCABIOSE (Sarna) – lesões na pele simétricas, avermelhadas, mais comuns nas zonas de pregas. Nas crianças podem aparecer no couro cabeludo, palma das mãos com prurido (comichão) intenso

- **Transmissão** – contacto directo, contacto com roupas pessoais ou lençóis
 - Período de transmissão – 15 dias antes de surgir o prurido

A Infecção na infância

- **Medidas específicas na instituição**
 - Contactar os pais
 - Informar os pais das outras crianças no sentido de alertar para os sinais, sintomas e cuidados
 - Roupa pessoal (lençóis e toalhas), deve ser trocada diariamente, lavada a 60° e bem passada a ferro

A Infecção na infância

- ◉ Lavagem das mãos frequente
- ◉ Manter as unhas cortadas e limpas
- ◉ **Evicção escolar até iniciar o tratamento** – loção corporal aplicada em todo o corpo excepto cabeça e pescoço

A Infecção na infância



A Infecção na infância

TINHA COURO CABELUDO– placas escamosas no couro cabeludo, nestes locais o cabelo cai

- **Transmissão** – contacto directo, com pessoas ou animais infectados, contacto indirecto com objectos pessoais

A Infecção na infância

- **Medidas de prevenção de contágio:**
 - Evitar o contacto directo
 - Lavagem dos objectos pessoais a 60°
- **Cuidados específicos na Instituição**
 - **Exicção escolar até iniciar o tratamento**
- – Tratamento local com loções

A Infecção na infância



A Infecção na infância



PEDICULOSE (piolhos) – prurido (comichão) intenso na cabeça provocado pelos parasitas e pelos ovos – lêndeas

- Transmissão – contacto directo enquanto existirem parasitas no cabelo

A Infecção na infância

CUIDADOS

- Manter a higiene capilar
- Aplicação de shampoos específicos ou loções
- Pentear o cabelo com um pente fino (Mistura em partes iguais de água e vinagre para ajudar a libertar as lêndeas)

A Infecção na infância

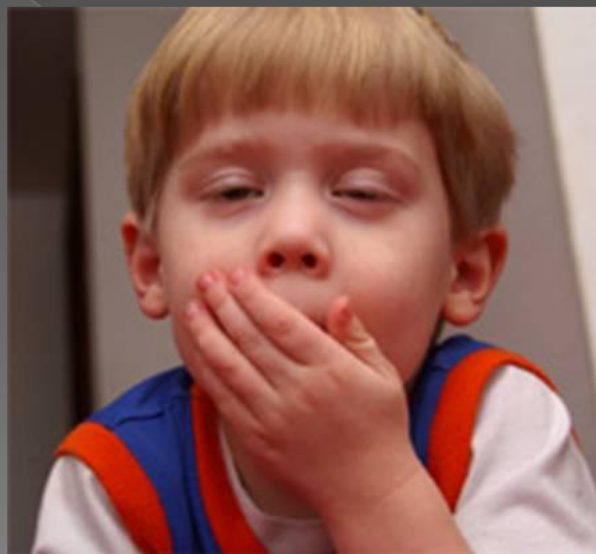
- Roupa própria, lençóis e toalhas devem ser lavados a 60° e passar bem a ferro
- Lavar objectos de uso pessoal (escovas, pentes, ganchos....)
- Não é necessário fazer aos animais domésticos

A Infecção na infância

Cuidados específicos na Instituição

- ◉ Informar os pais das outras crianças
- ◉ Podem frequentar a escola 24 horas após o início do tratamento
- ◉ Usar o cabelo apanhado quando na escola

A Infecção na infân



A Infecção na infância

TOSSE CONVULSA – tosse seca que evolui para acesso com aumento da intensidade, duração e frequência, tosse com “Guincho – som agudo”

- ◉ Transmissão – gotículas de expectoração, até ao 5º dia de antibiótico
- ◉ Isolamento e evicção escolar até ao 5º dia de antibiótico

A Infecção na infância

- Sinais de dificuldade respiratória – respiração mais rápida e ofegante, gemido, balancear da cabeça. Lábios e unhas “ azuladas” – muito grave

A Infecção na infância

Medidas a tomar na escola:

- Contactar os pais
- Informar os pais das outras crianças no sentido de alertar para os sinais, sintomas e cuidados
- Doença de evicção escolar – 5 dias após o início do antibiótico
- Contactar a Autoridade de Saúde

A Infecção na infância



A Infecção na infância



PAROTIDITE (Papeira)- febre, tumoração das glândulas salivares.

- **Transmissão:** gotículas de saliva e expectoração, desde 6 dias antes do aparecimento da tumefacção até 9 dias depois de aparecer
- Isolamento e evicção escolar por um período mínimo 9 dias (após o início da tumefacção)

A Infecção na infância

- **Medidas específicas na instituição**
 - Contactar os pais
 - Informar os pais das outras crianças no sentido de alertar para os sinais, sintomas e cuidados
 - Evitar o contacto próximo entre crianças (saliva e expectoração)
 - Limpeza de objectos com secreções respiratórias com lixívia

A Infecção na infância

CUIDADOS:

- ◉ Alívio dos sintomas – dor e febre
- ◉ Repouso
- ◉ Dieta ligeira, com muitos líquidos

A Infecção na infância

- ◉ EM CASO DE ALGUMA DÚVIDA CONTACTAR OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE ESCOLAR DO CENTRO DA UCSP DE SETE RIOS

A Infecção na infância

**A PRINCIPAL REGRA PARA
EVITAR A TRANSMISSÃO DE
DOENÇAS É A LAVAGEM
CONSTANTE DAS MÃOS**



Bibliografia

- Hockenberry, M.J. (2006) Wong Fundamentos de Enfermagem pediátrica (7ªed.). Elsevier.Mosby
- Opperman, C.S. M. Cassandra.K.A. (2001) Enfermagem Pediátrica Contemporânea, Lisboa: Lusociência
- Whaley, L. Wong, D.(1999). *Enfermagem Pediátrica – Elementos essenciais à intervenção efectiva.* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Portugal Direcção Geral de Saúde (2002). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação (Orientações Técnicas;12).* (2ªed.). Lisboa: D.G.S.
- Portugal. Direcção Geral da Saúde (2008). *Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Divisão de Estatísticas de Saúde Elementos Estatísticos: Informação Geral.* Lisboa: D.G.S.
- <http://www.saudepublica.web.pt/04/PrevencaoDoenca/DToutras/infecinfant.htm>

Obrigada pela
atenção dispensada!

APÊNDICE VII

Certificado de participação na Sessão de Educação para a Saúde

CERTIFICADO

Certifica-se que:

Participou na acção de formação “ A infecção na infância” que se realizou no Centro de saúde de Sete Rios no dia 27 de Outubro de 2011

A Directora Executiva do agrupamento Lisboa Norte
(Centro Saúde Alvalade, Benfica, Lumiar e Sete Rios)

M. Manuela Peteleiro



CENTRO DE SAÚDE DE SETE RIOS

Equipa de Saúde Escolar

A INFECÇÃO NA INFÂNCIA



A realizar: 27 de Outubro 2011

A INFECÇÃO NA INFÂNCIA

DESTINATÁRIOS:

Educadores de Infância e Auxiliares de
Acção Educativa

FORMADORA:

Enfª Carla Carvalho (2º CMEESIP- ESEL)

LOCAL DA FORMAÇÃO:

Centro de Saúde de Sete Rios

DATA E HORA:

27 Outubro 2011

16:00 – 17:30

PROGRAMA:

- Febre e cuidados a ter com a criança com convulsão febril
- Cuidados específicos a ter com a criança com diarreia
- Sinais e sintomas das principais doenças infecciosas na infância:
 - sarampo, parotidite (papeira), varicela, escarlatina, conjuntivite, diarreia, candidiase, escabiose, pediculose, tinha do couro cabeludo e tosse convulsa.
- Cuidados a prestar à criança com doença infecciosa na escola

CERTIFICADO

Certifica-se que:

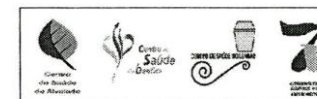
Carla Maria Tomé Carvalho e Barbosa

Ministrou a acção de formação “ A
infecção na infância” que se realizou
no Centro de saúde de Sete Rios no
dia 27 de Outubro de 2011

A Directora Executiva do agrupamento Lisboa Norte
(Centro Saúde Alvalade, Benfica, Lumiar e Sete Rios)

M. Manuela Peteleiro

ARSLVT
Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



A C E S - Lisboa Norte

CENTRO DE SAÚDE DE SETE RIOS

Equipa de Saúde Escolar

A INFECÇÃO NA INFÂNCIA



A realizar: 27 de Outubro 2011

A INFECÇÃO NA INFÂNCIA

DESTINATÁRIOS:

Educadores de Infância e Auxiliares de
Acção Educativa

FORMADORA:

Enfª Carla Carvalho (2º CMEESIP- ESEL)

LOCAL DA FORMAÇÃO:

Centro de Saúde de Sete Rios

DATA E HORA:

27 Outubro 2011

16:00 – 17:30

PROGRAMA:

- Febre e cuidados a ter com a criança com convulsão febril
- Cuidados específicos a ter com a criança com diarreia
- Sinais e sintomas das principais doenças infecciosas na infância:
 - sarampo, parotidite (papeira), varicela, escarlatina, conjuntivite, diarreia, candidiase, escabiose, pediculose, tinha do couro cabeludo e tosse convulsa.
- Cuidados a prestar à criança com doença infecciosa na escola

APÊNDICE VIII

Documento de avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

APÊNDICE VIII

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS - SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Título: “ A infecção na infância”

Local:

Data:

Nº

Formador: Enfª Carla Carvalho. 2º CMEESIP da ESEL

O questionário que se segue tem carácter meramente académico, agradeça a sua colaboração no sentido de preencher um antes e outro depois da sessão de educação para a saúde. O seu contributo será considerado na melhoria da qualidade de futuras acções formativas.

Por favor responda objectivamente ao questionário que se segue. Assinale as questões que se seguem como Verdadeiras ou Falsas.

QUESTÃO	VERDADEIRA	FALSA
Considera-se que uma criança tem febre quando apresenta 37°C.		
Não se deve introduzir nada na boca de uma criança que esteja a ter uma convulsão.		
Deve lavar sempre as mãos antes de proceder á lavagem dos olhos de uma criança com conjuntivite.		
Uma criança com diarreia não tem risco de desidratação.		
No caso da criança apresentar candidiase oral (sapinhos) deve oferecer alimentos mais quentes.		
A higiene local no caso da criança apresentar candidiase genital deve ser sem recurso a toalhitas com cheiro/perfume.		
Uma criança com sarampo não deve frequentar a escola até 4 dias após o inicio do exantema.		
Uma criança com varicela pode frequentar a escola.		
Não está provado cientificamente, mas a farinha maisena ajuda a cicatrizar as vesículas da varicela e diminui o prurido (comichão)		
Não há necessidade de avaliar a temperatura a uma criança com escarlatina.		
A transmissão da escabiose (sarna) é feita através do contacto directo, contacto com roupa pessoal.		
A tinha e a pediculose são afecções do couro cabeludo e as crianças não necessitam de ficar afastadas da escola.		
Uma criança com tosse convulsa não necessita que os cuidadores estejam alerta para sinais de dificuldade respiratória.		
Uma criança com tosse convulsa deve ficar em isolamento e não frequentar a escola até ao 5º dia de antibiótico.		
Uma criança com parotidite (papeira) pode deglutir alimentos duros		
A lavagem das mãos é indiferente na prevenção de doenças.		

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

APÊNDICE IX

**Análise de dados da aquisição de conhecimentos da Sessão de
Educação para a Saúde**

APÊNDICE IX

ANÁLISE DOS DADOS DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Local de estágio: UCSF Sete Rios

A sessão foi apresentada a 23 educadoras de infância e auxiliares de acção educativa. Foi aplicado um questionário inicial e final para tentar perceber se os objectivos traçados para a sessão foram, ou não atingidos.

Após a colheita de dados estes devem ser manipulados e obtidos os resultados, que constituem um paço central da pesquisa. A análise e interpretação de dados são dois processos intimamente relacionados.

Os dados obtidos através do instrumento de recolha de dados (questionário) foram tratados por um processo informático através do programa Excel, que permite realizar cálculos estatísticos e visualizar os seus resultados.

Os dados foram tratados estatisticamente por meio informático e apresentados sob a forma de Diagrama de sectores, de modo a facilitar uma rápida interpretação e compreensão dos mesmos.

Figura 1: Diagrama de barras referente à questão nº 1 – **Considera-se que uma criança tem febre quando apresenta 37°C.**

Tendo em conta que esta questão é FALSA, os resultados encontrados foram no questionário inicial 6 respostas verdadeiras e 17 falsas, e nos questionário final foram todas – 23 falsas.

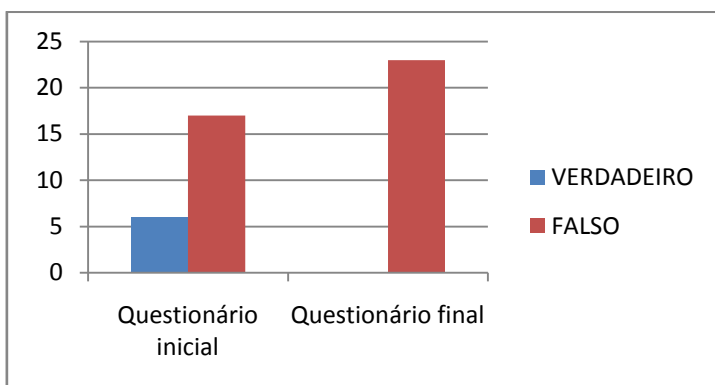


Figura 2: Diagrama de barras referente à Questão nº 2 – **Não se deve introduzir nada na boca de uma criança que esteja a ter uma convulsão.**

Esta questão é VERDADEIRA e os resultados encontrados foram 16 respostas verdadeiras e 7 falsas no questionário inicial e no questionário final foram encontradas 22 respostas verdadeiras e 1 falsa.

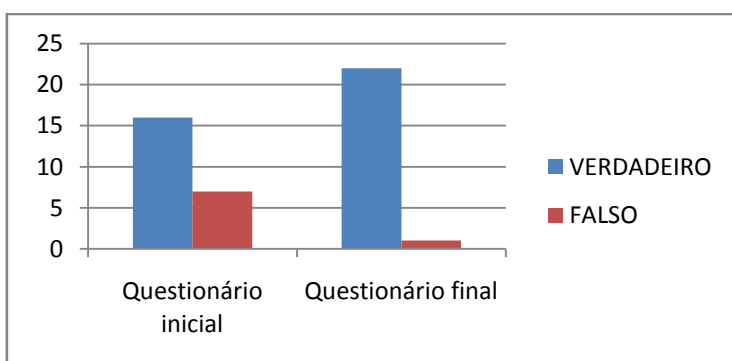


Figura 3: Diagrama de barras referente à Questão nº 3 - **Deve lavar sempre as mãos antes de proceder à lavagem dos olhos de uma criança com conjuntivite.**

Esta afirmação é VERDADEIRA e as respostas foram unânimes em ambos os questionários – 23 respostas verdadeiras.

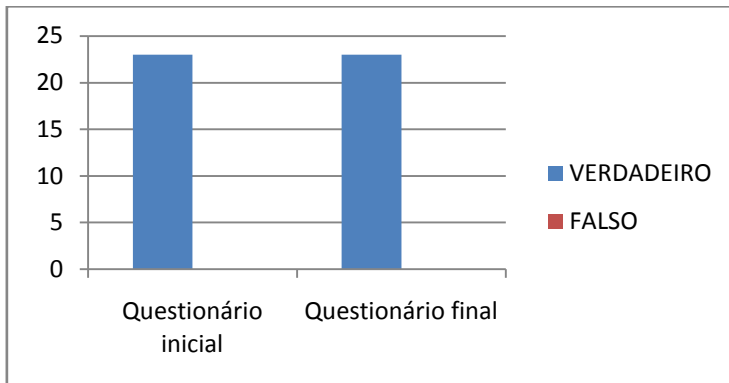


Figura 4: Diagrama de barras referente à Questão nº 4 - **Uma criança com diarreia não tem risco de desidratação.**

Esta é uma afirmação FALSA e no questionário inicial foram identificadas 2 respostas como verdadeiras e 21 falsas e no questionário final houve um total de 22 respostas falsas e 1 verdadeira.

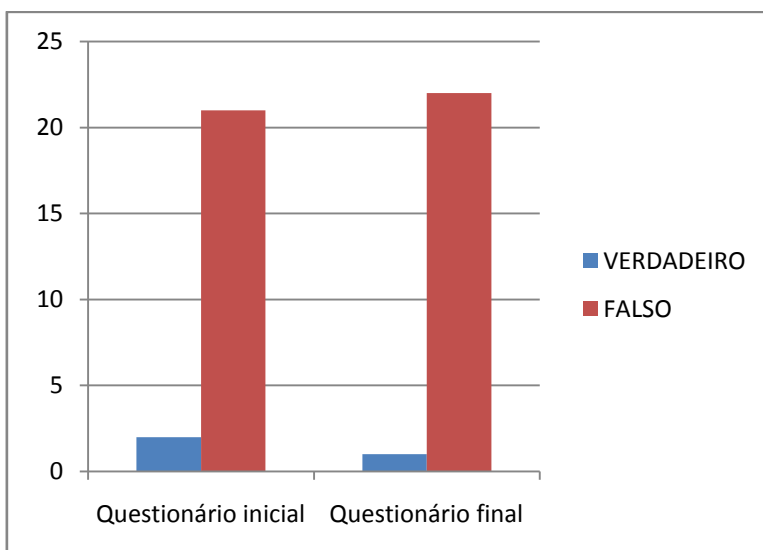


Figura 5: Diagrama de barras referente à Questão nº 5 - **No caso da criança apresentar candidíase oral (sapinhos) deve oferecer alimentos mais quentes.**

Esta afirmação é FALSA e como tal foram identificadas 21 respostas de falso e 2 de verdadeiro no questionário inicial e no questionário final houve um total de 23 respostas falsas.

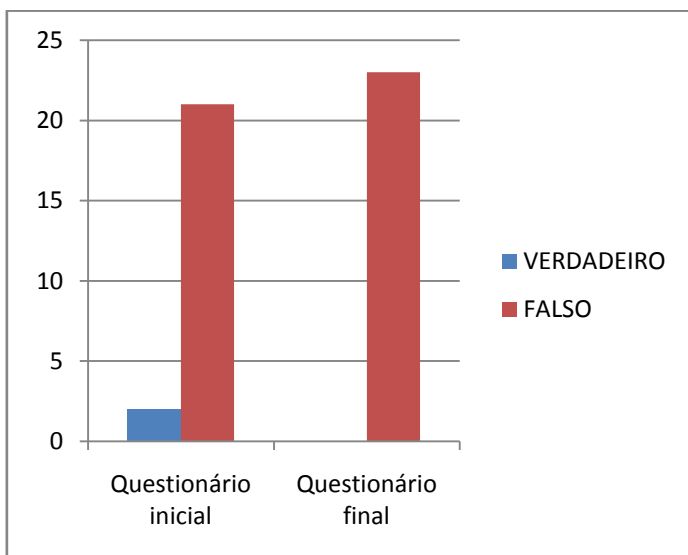


Figura 6: Diagrama de barras referente à Questão nº 6 - **A higiene local no caso da criança apresentar candidíase genital deve ser sem recurso a toalhas com cheiro/perfume.**

Esta afirmação é VERDADEIRA e as respostas encontradas no questionário inicial são 17 verdadeiras e 6 falsas e no questionário final houve uma evolução considerável, foram apontadas 23 respostas como verdadeiras.

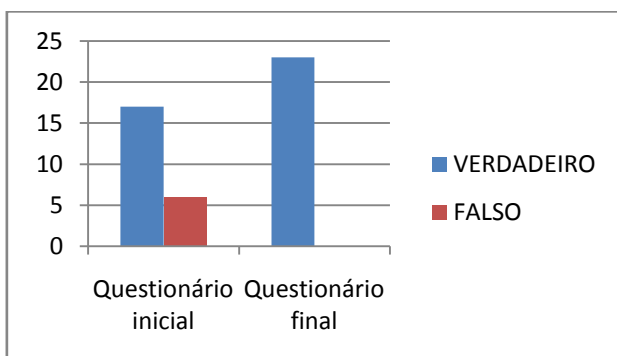


Figura 7: Diagrama de barras referente à Questão nº 7 - **Uma criança com sarampo não deve frequentar a escola até 4 dias após o início do exantema.**

Esta questão é VERDADEIRA, foram identificadas 11 respostas verdadeiras e 12 falsas no questionário inicial e no questionário final 22 verdadeiras e 1 falsas.

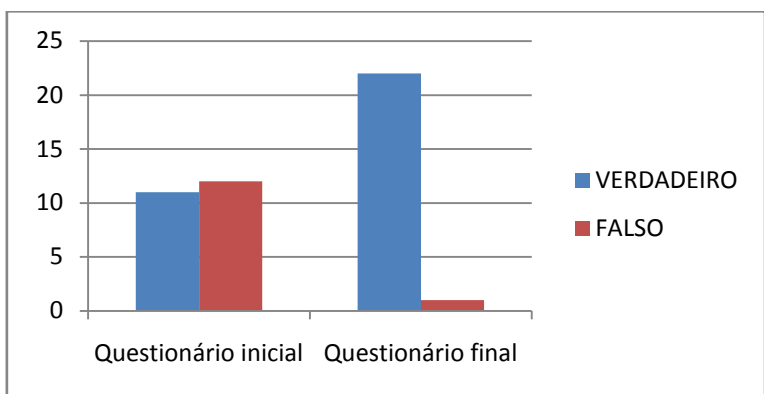


Figura 8: Diagrama de barras referente à Questão nº 8- **Uma criança com varicela pode frequentar a escola.**

Esta questão é FALSA, e no questionário inicial foram identificadas 23 falsas tal como no questionário final.

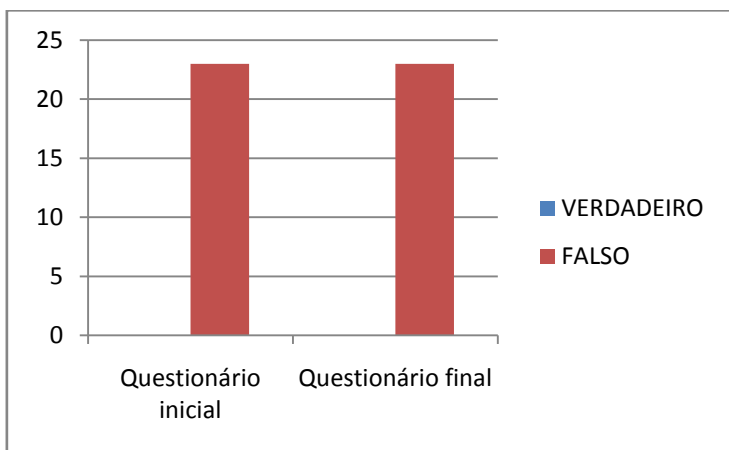


Figura 9: Diagrama de barras referente à Questão nº 9 - **Não está provado cientificamente, mas a farinha maisena ajuda a cicatrizar as vesículas da varicela e diminui o prurido (comichão)**

Esta questão é VERDADEIRA, e foram obtidas 11 respostas verdadeiras e 12 falsas e no questionário final a evolução foi significativa, 22 das respostas foram verdadeiras e 1 falsa.

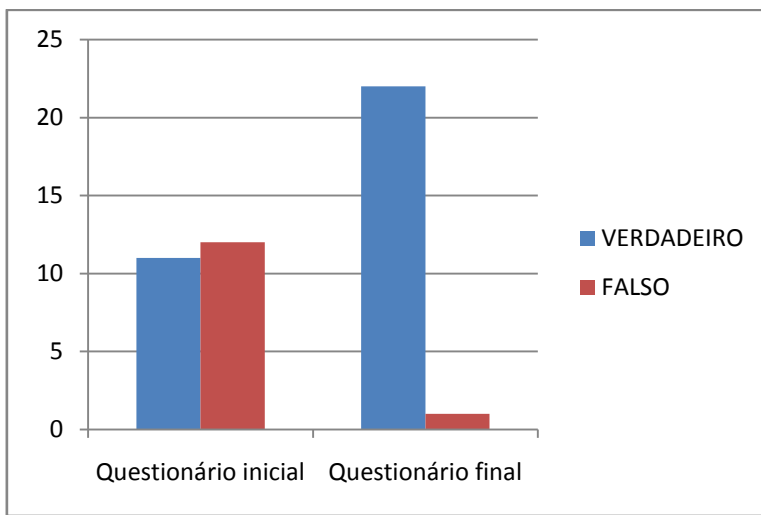


Figura 10: Diagrama de barras referente à Questão nº 10 - **Não há necessidade de avaliar a temperatura a uma criança com escarlatina.**

Esta questão é considerada FALSA e foram identificadas 4 respostas verdadeiras e 19 falsas no questionário inicial, sendo que no questionário final 22 foram falsas e apenas 1 verdadeira.

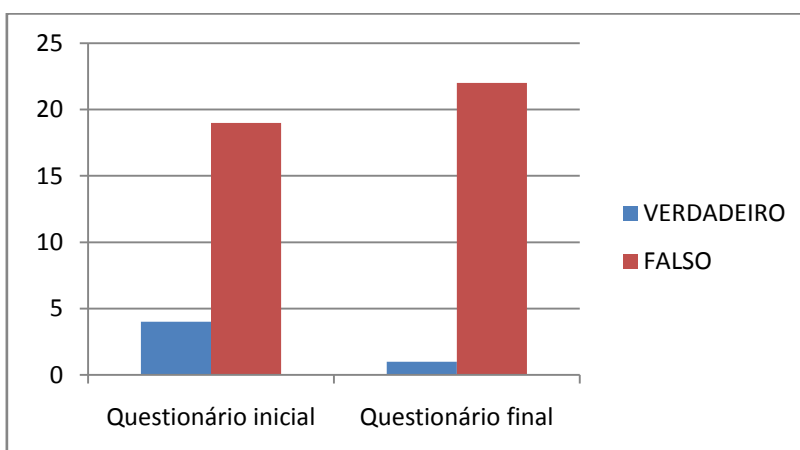


Figura 11: Diagrama de barras referente à Questão nº 11- **A transmissão da escabiose (sarna) é feita através do contacto directo, contacto com roupa pessoal**

Esta questão é VERDADEIRA e no questionário inicial foram identificadas 21 respostas verdadeiras e 2 falsas, no final foram identificadas 23 respostas verdadeiras.

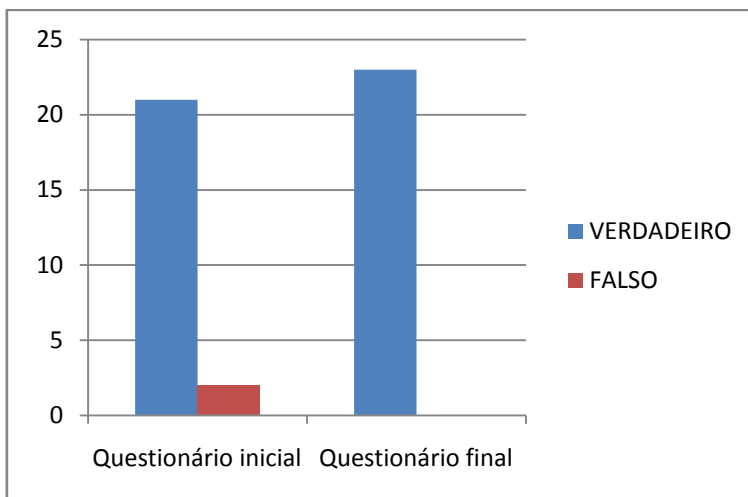


Figura 12: Diagrama de barras referente à Questão nº 12 - **A tinha e a pediculose são afecções do couro cabeludo e as crianças não necessitam de ficar afastadas da escola.**

Sendo esta questão FALSA, foram identificadas 12 respostas falsas e 11 verdadeiras no questionário inicial e no final 3 respostas foram verdadeiras e 20 falsas.

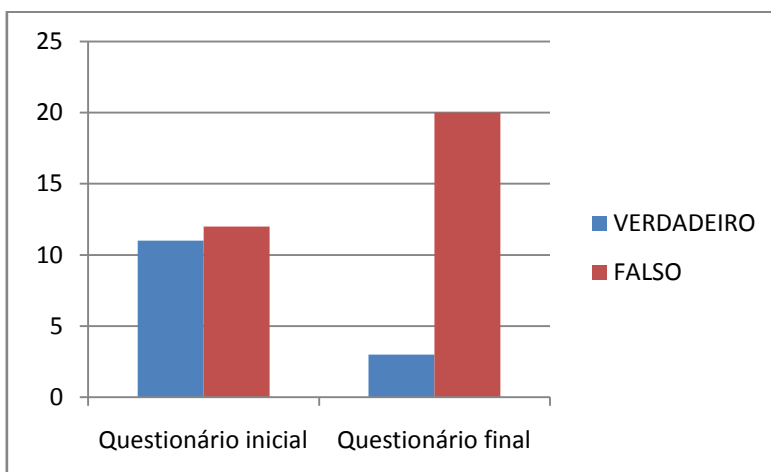


Figura 13: Diagrama de barras referente à Questão nº 13 - **Uma criança com tosse convulsa não necessita que os cuidadores estejam alerta para sinais de dificuldade respiratória.**

Esta questão é FALSA e no questionário inicial 4 das respostas foram verdadeiras e 19 falsas e no questionário final houve um total de 23 respostas falsas.

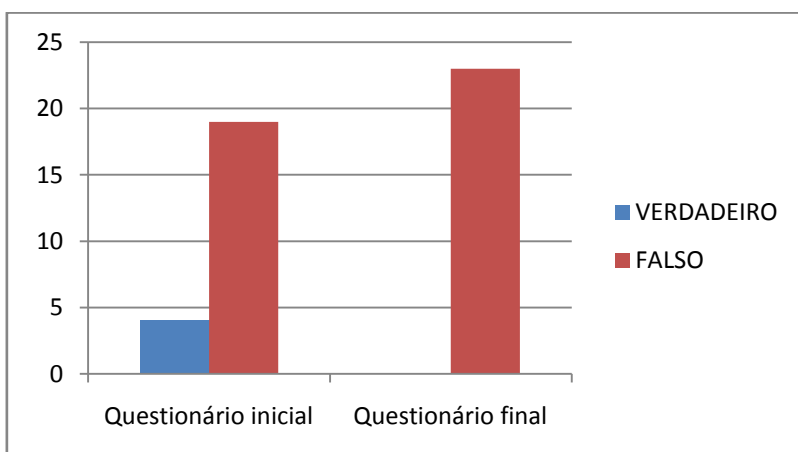


Figura 14: Diagrama de barras referente à Questão nº 14 - **Uma criança com tosse convulsa deve ficar em isolamento e não frequentar a escola até ao 5º dia de antibiótico.**

Esta questão é VERDADEIRA e foram identificadas 4 respostas falsas e 19 verdadeiras na fase de questionário inicial, mas no questionário final houve um total de 23 respostas verdadeiras.

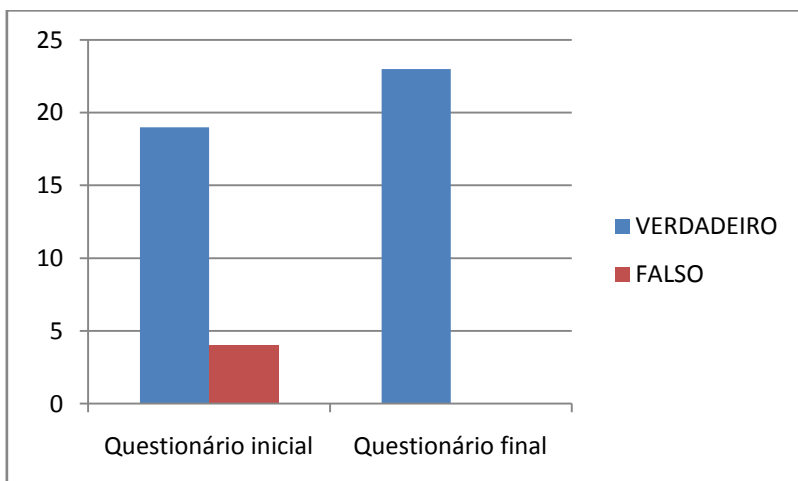


Figura 15: Diagrama de barras referente à Questão nº 15 - **Uma criança com parotidite (papeira) pode deglutir alimentos duros**

Sendo esta questão falsa, foram identificadas no questionário inicial 5 respostas verdadeiras e 18 falsas e no questionário final um total de 23 respostas falsas.

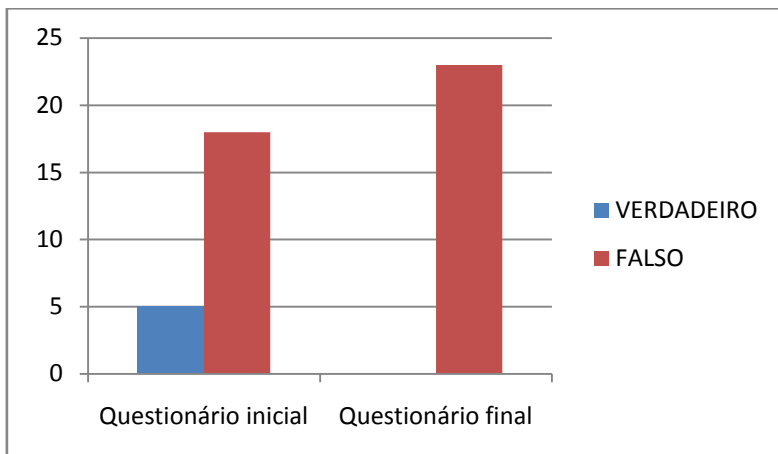
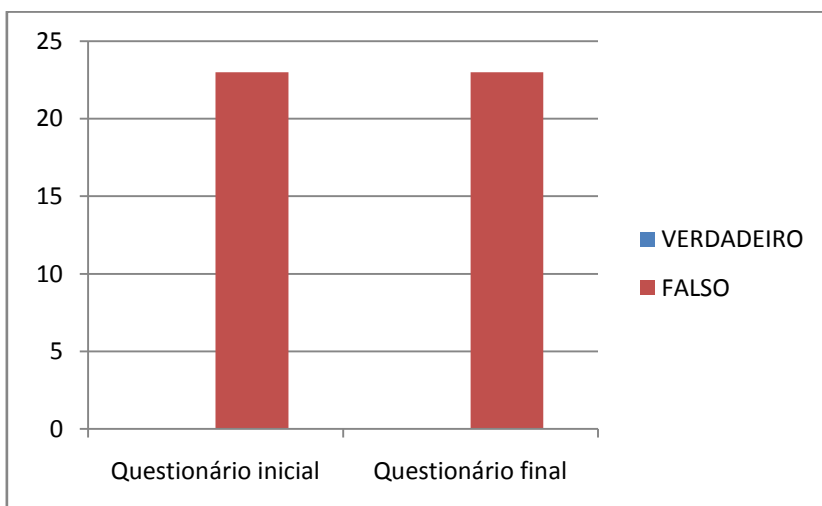
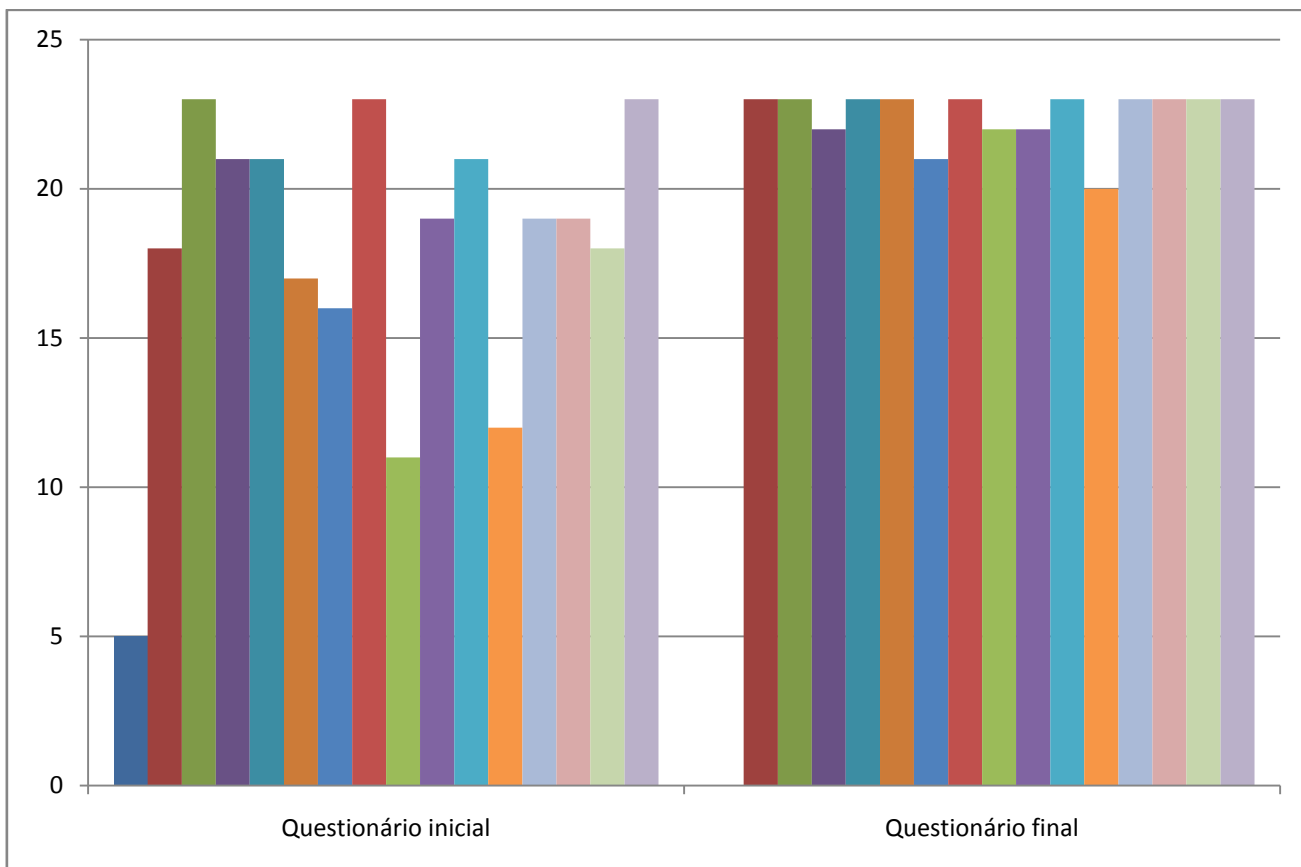


Figura 16: Diagrama de barras referente à Questão nº 16 - **A lavagem das mãos é indiferente na prevenção de doenças.**

Nesta questão não houve evolução entre o pré o questionário final, porque em ambos os casos houve um total de 23 respostas falsas.



CONCLUSÃO



Após a análise do gráfico acima, podemos concluir que existiu uma evolução favorável a nível das respostas correctas do questionário inicial para o questionário final, assim podemos concluir que os objectivos foram atingidos.

APÊNDICE X

Reflexão na e sobre a prática

APÊNDICE X

REFLEXÃO NA E SOBRE A PRÁTICA

LOCAL DA EXPERIÊNCIA: UCSP Sete Rios

Os cuidados de saúde primários são por excelência o local onde a intervenção de enfermagem tem maior relevo a nível da prevenção e promoção da saúde, e estas têm por base a relação entre o enfermeiro e o cliente. Watson citada por Tomey e Alligood (2002, p.168) refere que “(...) a criação de uma relação entre enfermeira e doente é crucial para o cuidar (...) uma relação de confiança promove e aceita a expressão de sentimentos (...) envolve empatia, calor humano, coerência e comunicação eficaz”. O objectivo dos cuidados de saúde passa pela promoção, prevenção e restabelecimento da saúde.

Como refere Hockenberry *et al* (2006) são vários os factores relacionados com os cuidados de saúde que podem provocar ansiedade na criança, podendo destacar-se a permanência num ambiente estranho, a dor, a perda de controlo, o desconhecido, assim como a separação dos pais. No entanto estes factores podem ser atenuados com acções/intervenções dos enfermeiros. A dor está intimamente relacionada com os cuidados de saúde e como tal é provocadora de stress e ansiedade na criança e nos pais. A promoção do conforto da criança/família como forma de prevenir ou minimizar a ansiedade resultante da prestação de cuidados de saúde, deve estar sempre presente em todos os momentos dos cuidados de enfermagem, desde o seu planeamento, até à sua execução através das intervenções implementadas.

Esta constatação de que os próprios profissionais de saúde são responsáveis pela maioria das experiências de dor vividas pela criança durante a prestação de cuidados, torna relevante a implementação de medidas que objectivem a sua prevenção e controlo, de forma que os cuidados prestados contribuam para o seu harmonioso desenvolvimento. Estas considerações foram tecidas com o objectivo de introduzir uma reflexão sobre a prática observada. Fez-se uso da observação participante para integrar esta actividade em contexto formativo. A observação participante é uma técnica de recolha de dados que implica a visualização dos acontecimentos com o respectivo registo, o que dá origem aos dados que posteriormente são analisados. Savage (2000), citado por Diogo (2010, p.99) refere que começa a ser estimulada a investigação em cuidados de saúde e Morse (2003) salienta a importância dos dados colhidos através da observação, defendendo que:

”quando sofremos as emoções dominam as pessoas e a percepção do comportamento está muitas vezes distorcido, de tal modo que falar sobre a sua experiência pode ser difícil (...) A descrição destes estados de comportamento podem ser obtidos com mais sucesso através de métodos de observação, analisando as observações dos comportamentos das pessoas em sofrimento e analisando as observações das práticas dos enfermeiros”.

Na observação participante existe participação física do investigador, assim como um guião de observação. Neste caso o guião de observação teve por base – as características da interação enfermeiro/cliente e a expressão de sentimentos por parte do enfermeiro e do cliente.

Durante a experiência de estágio na UCSP de Sete Rios, e estando a colaborar com a EESIP na consulta de enfermagem foi observada a realização de um teste de Guthrie. Esta não era uma técnica desconhecida, porque apesar de desempenhar funções numa Instituição hospitalar que abrange a faixa etária pediátrica, o contacto com R.N. é habitual assim como a realização do teste de diagnóstico precoce.

Para realizar este procedimento procedeu-se à devida explicação à mãe e à avó da criança de uma forma calma, foi usada uma linguagem simples e adequada, a enfermeira dirigiu o seu olhar para a mãe enquanto lhe explicava a técnica, mas ao se aperceber que a expressão facial da mãe era de receio pela dor que a criança ia sentir, a EESIP teve o cuidado de acariciar o RN enquanto explicava a técnica, transmitindo desta forma confiança, mostrando-se disponível para questões e dúvidas.

A técnica foi realizada com a mãe sentada numa cadeira em frente à EESIP que solicitou que amamentasse a criança durante o procedimento, foi incentivada a permanência da avó durante o procedimento. Foi observado que a criança não manifestou dor durante o procedimento, e no final a mãe e avó mostravam-se mais calmas e mais receptivas às orientações dadas pela EESIP.

Posteriormente esta intervenção deu lugar a um espaço de troca de saberes e reflexão na e sobre a prática sobre o observado e pode constatar-se que a EESIP baseava a sua prática no experienciado. Quando questionada não referiu ter acesso a nenhum tipo de estudo sobre esta área – a intervenção deve-se à experiência.

Esta técnica pertence ao grupo das técnicas não farmacológicas, foi implementado ali naquele momento um ambiente calmo e seguro, através de um posicionamento confortável - colo, com recurso ao toque da pessoa mais significativa – a mãe, tal como é defendido pelo I.A.C. (2006), que define estas intervenções como cuidados

atraumáticos. Uma das metas dos cuidados atraumáticos é evitar ou minimizar a dor corporal, o que neste caso foi notório. De acordo com Hockenberry *et al* (2006, p.11) os cuidados atraumáticos são cuidados prestados por um conjunto de profissionais com base em intervenções que eliminam ou mitigam o sofrimento psicológico ou físico vivenciado pela criança e suas famílias perante os cuidados de saúde. As intervenções dirigidas ao sofrimento psicológico podem traduzir-se na preparação da criança para procedimentos, este sofrimento pode traduzir-se em ansiedade, medo, raiva, decepção, tristeza, vergonha ou culpa. Mas neste caso não foi só prevenido o sofrimento psicológico, mas também o sofrimento físico, uma vez que se tratava de um procedimento doloroso.

A valorização da dor na criança não é uma atitude nova por parte dos profissionais de saúde, em particular por parte dos enfermeiros no entanto, é uma postura recente que deriva dos conhecimentos que se foram adquirindo acerca da neurobiologia do ser - humano ao longo dos tempos. Durante muito tempo os profissionais de saúde menosprezaram a dor da criança, sendo que, só recentemente se passou a reconhecer que a dor está presente desde o momento do nascimento (Barros, 2003).

Após alguma pesquisa bibliográfica e recurso à prática baseada na evidência não foi identificado nenhum estudo que defenda esta prática, mas analisada à luz dos resultados pode afirmar-se que foi eficaz naquele caso, não podemos pois generalizar porque só foi feita uma observação e não houve um estudo exaustivo.

Através da prática profissional numa Unidade de internamento hospitalar onde o recurso a técnicas farmacológicas nomeadamente sacarose a 24% se revelou muito eficaz, pode-se concluir que esta sendo constituída por uma molécula de glicose e frutose tenha um paladar doce e conseqüentemente agradável de ingerir. Parece que podemos extrapolar desta forma, ou seja, também o leite materno é adoçado além de que o momento de amamentação é um momento de prazer para a criança.

De facto, hoje sabemos que o sistema neurobiológico necessário à nocicepção está completamente formado entre a 24^a e 28^a semana de gestação (Gaspardo, Linhares e Martinez, 2005), o que significa que as estruturas nervosas, quer periféricas quer centrais, necessárias à percepção da dor estão presentes e funcionais no nascimento mesmo em bebés pré-termo.

Contudo, e com base na evolução do conhecimento, a dor da criança tende a ser cada vez mais uma área de intervenção o que é um aspecto importante, uma vez que "(...) experiências dolorosas, sobretudo se intensas, prolongadas ou

insuficientemente tratadas têm efeitos negativos sobre a criança, tais como: reacção de stress do organismo (...); interferência na relação da criança com os outros, nomeadamente os pais; desinteresse pelo meio que os rodeia; medo, ansiedade e depressão, que por sua vez potenciam a dor; alteração da alimentação e do sono (...)"(I.A.C., 2006).

Assim sendo, se o conhecimento que hoje temos ao nosso dispor nos revela que a exposição da criança à dor produz efeitos negativos e com implicações no seu equilíbrio, justifica-se que os profissionais de saúde, e em especial os enfermeiros, não só valorizem a dor expressa pela criança, como desenvolvam estratégias que levem à sua prevenção, minimização e controlo. Conforme o descrito na Circular Normativa da Direcção Geral da saúde nº9/DGCG de 14 de Junho de 2003, que dita que é um dever dos profissionais de saúde o controlo eficaz da dor dos utentes de quem cuidam, existindo, actualmente, várias técnicas quer o permitem concretizar.

Uma das competências do EESIP emanadas pela Ordem dos Enfermeiros é E2 – Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, e uma das unidades de competência é fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança optimizando as respostas, o que vai em tudo ao encontro desta intervenção.

Foi muito importante presenciar este momento de cuidados, porque fez emergir a reflexão na e sobre a prática e toda a reflexão é um contributo para a vida profissional, mas neste momento de aprendizagem revela-se ainda mais produtivo. A reflexão, segundo Fish e Twinn (1997), é um potencial meio de facilitação do processo de integração e articulação entre a teoria e a prática. Pode ser entendido como um pensamento sistemático, crítico e criativo com o intuito de compreender as origens da acção.

Num estudo de Diogo (2010) foram identificadas cinco categorias major no uso das emoções nos cuidados de enfermagem em pediatria, uma dessas categorias – nutrir os cuidados com afecto e que se traduz em “dádiva de afecto vinculada a procedimentos como promover o conforto, posicionamento, alimentação e procedimentos dolorosos” (Diogo, 2010, p.137). Esta pode ser reconhecida na atitude descrita, porque o facto de actuar na prevenção da dor revela-se uma intervenção que visa diminuir os factores de ansiedade associados à experiência dolorosa provocada pelos cuidados de saúde, e que pode deixar marcas significativas que irão emergir em momentos futuros. As vivências emocionalmente intensas podem influenciar situações futuras, tal como é defendido por Barros (2003,

p. 85) “A vivência da criança acerca de uma hospitalização, caracterizada por uma emocionalidade negativa intensa, pode conduzir a problemas futuros em situações em que venha a lidar novamente com stressores relacionados com cuidados de saúde”. O objectivo dos cuidados de enfermagem é ser o menos traumático possível, daí que devemos intervir neste sentido.

Num estudo realizado por Oler em 2006 sobre o conhecimento da equipa de enfermagem sobre a criança hospitalizada, as conclusões mostram que o sentimento que o cuidar de crianças hospitalizadas desperta nos enfermeiros são sentimentos de carinho e amor. De acordo com esta estar presente e ser fonte de cuidado significa incluir o cuidado emocional no processo de cuidar. “(...)o processo de cuidar não é linear, não segue só a um raciocínio lógico de resolução de problemas mas exige avaliação e intervenção praticamente simultâneas, que resultam da centração da atenção na vida quotidiana da pessoa/grupo, nas respostas às situações de saúde que estão a viver” (Basto, 2009, p.13). Estas citações espelham a intervenção da EESIP durante a intervenção realizada.

Possivelmente poderiam ter sido usadas tantas outras intervenções na prevenção da dor, mas tendo em conta a não existência de métodos farmacológicos esta revelou-se eficaz, até porque a intervenção do enfermeiro baseia-se muitas vezes na experiência e na criatividade.

Reflectindo sobre a forma como foi explicada à mãe a necessidade de realizar esta técnica é de salientar o tom de voz usado. O tom das palavras usadas na explicação desta intervenção conferiu calma e confiança à mãe do RN. No momento da realização do teste acima referido o som que se ouviu foram apenas as palavras reconfortantes da mãe, o que de acordo com Watson é facilitador do processo em causa. O som é reconhecido pelos profissionais de saúde devido à sua acção relaxante e tranquilizante, reduzindo o stress e atenuando a dor. Watson (2002, p. 203) defende que “a música e os sons actuam como catalisadores para facilitar e aumentar as nossas próprias capacidades de cura e auto-cura; evocam fantasia, imaginação e mesmo transformação.” Assim, a utilização do som deverá ser a adequada ao nível de consciência pretendido, ajustando-se à situação ou momento que a pessoa está a vivenciar.

A enfermeira que presta cuidados tem que inevitavelmente tocar o outro mas este toque pode e deve ser terapêutico e nesta situação foi um toque delicado, porque em contacto com o pé da criança ficou primeiro a mão da mãe e só depois a mão da enfermeira.

A prestação de cuidados exige do enfermeiro competências relacionais bastante desenvolvidas que envolvem a intimidade deste e do outro. O toque é algo que está implícito na prática de enfermagem. Deste modo, assume uma importância extrema na promoção do bem-estar do outro e na relação que desenvolve com este. “O toque é uma das modalidades artísticas do cuidar mais facilmente usadas; pode ajudar a integrar e harmonizar, a dar conforto, totalidade, integridade e dar mesmo um sentido de segurança” (Watson, 2002, p. 212).

Observar esta intervenção a nível de cuidados de enfermagem foi deveras enriquecedor a todos os níveis e por certo será uma prática a seguir sempre que se adapte à situação. Durante a partilha de saberes que emergiu desta intervenção resultaram algumas reflexões importantes que se basearam na elevada experiência da EESIP nesta área e também devido aos contributos que têm surgido da constante reflexão inerente ao momento formativo, foi um momento de partilha muito produtivo e interessante do ponto de vista de aprendizagem.

APÊNDICE XI

**Planeamento da sessão de implementação da actividade "A
caixinha da criança"**

APÊNDICE XI

PLANEAMENTO DA SESSÃO “A CAIXINHA DA CRIANÇA”

CURSO: Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

UNIDADE CURRICULAR: Estágio na UCSP de Sete Rios

TEMA DA SESSÃO: “Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem.”

DESTINATÁRIOS: Crianças em idade escolar e família

PRELECTOR: Carla Carvalho

OBJECTIVOS:

- Facilitar a adaptação da criança/família à doença infecto-contagiosa com necessidade de isolamento hospitalar
- Contribuir para a gestão emocional da criança e família perante uma vivência emocionalmente intensa

MÉTODO PEDAGÓGICO: Expositivo

DURAÇÃO: 35 minutos

DATA/HORA: Nos dias de estágio – sempre que se encontrem presentes crianças na faixa etária seleccionada

LOCAL: Sala de Saúde Infantil da UCSP de Sete Rios

FASES	CONTEUDOS	METDODO PEDAGÓGICO	MEIOS E EQUIPAMENTOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação dos objectivos	Expositivo	"Componentes da caixinha da criança"	5m
DESENVOLVIMENTO	Apresentação da "caixinha da criança" Solicitar-se-á às crianças participantes que manipulem o material e dramatizem uma situação de saúde/doença com os mesmos	Expositivo/interrogativo/Demonstrativo		20m
CONCLUSÃO	Síntese/conclusão/avaliação Entrega de Diploma de participação	Expositivo		10m

APÊNDICE XII

Fotos da actividade "A caixinha da criança"

APÊNDICE XII

Fotos da " Caixinha da Criança "









A caixinha
da
criança

APÊNDICE XIII

Diploma de participação na actividade "A caixinha da criança"

DIPLOMA DE PARTICIPAÇÃO



Certifica-se que o (a) menino(a)

Esteve presente no Centro de Saúde de Sete Rios no dia _____ de Outubro de 2011 e participou numa actividade de manipulação e dramatização de materiais utilizados numa situação de hospitalização com necessidade de isolamento, realizada pela Enfermeira Carla Carvalho.

APÊNDICE XIV

Folheto "A infecção na criança"

A infecção na infância

TOSSE CONVULSA— tosse seca com “guincho”. Transmissão através das gotículas e expectoração até ao 5º dia de antibiótico.



Sinais de alerta— sinais de dificuldade respiratória — respiração rápida e ofegante, gemido, balancear da cabeça. Lábios e unhas azulados—muito grave—**HOSPITAL**.

CUIDADOS— informar os pais acerca de sinais, sintomas e cuidados. **Evicção escolar até ao 5º dia de antibiótico**.

PAROTIDITE— febre e tumefação das glândulas salivares. Transmissão por gotículas de saliva e expectoração desde 6 dias antes do aparecimento da tumefação por um período mínimo de 9 dias depois do seu aparecimento.

CUIDADOS— evitar contacto com saliva e expectoração, repouso, alívio da dor e febre e oferecer alimentos leves e líquidos.



A PRINCIPAL REGRA PARA EVITAR A TRANSMISSÃO DE DOENÇAS INFECCIOSAS É A CONSTANTE LAVAGEM DAS MÃOS!



EM CASO DE DÚVIDA CONTACTAR:

SAÚDE INFANTIL

217211842

SAÚDE 24

808 24 24 24

Trabalho elaborado por:

Carla Carvalho 2º CMEESIP/ESEL 2011/2012



EQUIPA DE SAÚDE ESCOLAR

A infecção na infância



A infecção na infância

CONJUNTIVITE - inflamação da conjuntiva do olho. Contágio por contacto directo através das mãos



CUIDADOS - limpeza ocular, incentivar a criança a não mexer nos olhos. Informar os pais para sinais, sintomas e cuidados.

DIARREIA - aumento do número de dejectões com características líquidas. Um elevado número de dejectões líquidas pode levar a desidratação - olhos encovados, boca e língua secas, sede, diminuição da quantidade de urina, sonolência. Contágio por transmissão fecal-oral.

2 colheres de sopa de arroz cozem em 1 litro de água e reduz até metade, retira-se o arroz e acrescenta-se até perfazer 1 litro.

CUIDADOS - oferecer alimentos leves, cozidos e grelhados, líquidos — água de arroz.

Manter higiene perineal e lavar as mãos antes e depois de prestar este cuidado. Desinfecção de bacias/sanita com lixívia. Informar os pais para alertar para sinais, sintomas e cuidados.



A infecção na infância

CANDIDIASE - lesões brancas na boca- candidiase oral e nos genitais — candidiase genital. Contágio por contacto directo

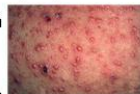
CUIDADOS na candidiase oral — lavagem da boca, esterilização das tetinas, chuchas e talheres

CUIDADOS na candidiase genital—higiene local sem produtos com perfume, manter a zona o mais seca possível, aplicar pomada dermatoprotectora.

SARAMPO — febre, conjuntivite, exantema excepto na palma das mãos e planta dos pés. Deve evitar-se o contacto com saliva e expectoração - meio de transmissão

CUIDADOS — banhos diários, unhas curtas, dieta ligeira, limpeza ocular. **Isolamento e evicção escolar até 4 dias após o início do exantema.** Informar a autoridade de saúde.

VARICELA— febre, exantema papulovesicular. Transmissão — contacto directo, via aérea e contacto com objectos infectados. Doença transmissível nos 10 dias que precedem o aparecimento das lesões até que estejam secas.



CUIDADOS—informar os pais das outras crianças para alertar para sinais, sintomas e cuidados, **evicção escolar—5 dias após a erupção cutânea**, desinfecção dos objectos que contactam com a criança com lixívia.

Banho diário, unhas curtas, colocar panos húmidos diminui a comichão, ensinar a colocar um lenço á frente da boca quando tossir ou espirrar. Oferecer dieta líquida e fria.

A infecção na infância

ESCARLATINA—exantema puntiforme tipo lixa”, febre alta. A transmissão é feita por gotículas e expectoração até perfazer 24 h de antibiótico.

CUIDADOS—Informar os outros pais para sinais, sintomas e cuidados. **Evicção escolar até perfazer 24 h de antibiótico.**

Controle da temperatura, alimentos fáceis de deglutir e repouso.



ESCABIOSE (sarna) - lesões avermelhadas que se localizam nas pregas. A transmissão dá-se por contacto directo ou por contacto com roupa infectada, 15 dias antes de surgir a comichão (prurido)

CUIDADOS— Informar os pais sobre sinais, sintomas e cuidados, banhos diários e lavar a roupa pessoal diariamente a 60° e passar muito bem, manter as unhas curtas. **Evicção escolar até iniciar o tratamento**

TINHA COURO CABELUDO—placas escamosas no couro cabeludo. Transmissão por contacto directo com pessoas, animais infectados ou objectos pessoais. **Evicção escolar até iniciar o tratamento.**

Tratamento local com loções.



APÊNDICE XV
Caracterização da estrutura física e organizacional do Serviço de
Urgência Pediátrica do Hospital de Santa

APÊNDICE XV

Caracterização da estrutura física e organizacional do Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria

Apesar de não ser objectivo deste contexto de estágio conhecer a estrutura física e organizacional do Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do Hospital de Santa Maria, ao longo deste percurso formativo houve necessidade de elaborar o documento em questão por esta ser uma realidade diferente da vivida, em termos de Instituição e realidade de cuidados prestados. Inicialmente fez-se uma breve caracterização e apresentação histórica da Instituição, é apresentado o SUP e posteriormente são descritas as funções do enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria no SUP do HSM.

O HOSPITAL DE SANTA MARIA

O HSM nasceu da necessidade de dotar Lisboa de um novo pólo hospitalar, devido ao aumento populacional na década de 30/40, e à evidente saturação dos Hospitais Civis de Lisboa.

O Governo delegou no Professor Francisco Gentil a criação de um novo Hospital - Faculdade, que substituísse o Hospital de Santa Marta como o mais moderno Centro Médico, de Assistência, Ensino e Investigação. Foi concebido, em 1938, pelo arquitecto alemão Hermann Distel, e a sua construção teve início em 1940, foi oficialmente inaugurado em 1954. Esta obra foi caracterizada como sendo uma das maiores realizações do estado Português de todos os tempos.

Surge numa época que ficou caracterizada por grandes transformações nos conceitos sobre a missão que ao hospital competia desempenhar.

O hospital soube adoptar e manter, desde a sua fundação, uma atitude de preocupação, de ajudar a quem ele ocorre, sem distinção de qualquer natureza ética, religiosa, política, económica ou social, a qualquer hora do dia, e em todos os dias do ano.

Actualmente, uma das características importantes do hospital é a de dispor de todas as especialidades médicas e cirúrgicas, de uma urgência central, **uma urgência pediátrica**, e uma urgência de obstetrícia e ginecologia. Tem um número elevado de camas de cuidados intensivos e intermédios, distribuídas por várias unidades especializadas, das quais se destacam a Unidade de Tratamento Intensivo das

coronárias, a Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia e Hepatologia, a Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios, o Serviço de Medicina Intensiva, a Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria, a Neurocirurgia, a Cirurgia Cardiorácica, e a Unidade de Queimados. Um sector muito importante e em crescente desenvolvimento é o do Diagnóstico, com destaque para a Imagiologia e a Patologia Clínica.

Este hospital é também uma escola de formação médica, de enfermeiros e outros profissionais de saúde. Inicialmente concebido e designado por “Hospital Escolar”, a sua denominação foi mudando ao longo dos tempos, sem que tivesse sido afectada a que é uma das suas maiores vocações: o ensino.

Os serviços de pediatria representam a maior área do HSM. Inaugurado em Dezembro de 1954, o **Serviço de Pediatria** constitui o maior Serviço do Hospital. A vertente assistencial, a nível do internamento e Consulta Externa, desenvolveu-se desde a abertura do serviço. Em 1963 é feita a separação do Banco de Urgências Externas do Banco Central. Desde 1976, no Serviço de Pediatria foi feita a diferenciação em Unidades técnicas e funcionais promovendo assim a resposta diferenciada aos vários grupos de utentes. Na década de 80 foi criado o regime de Hospital Dia com o objectivo de melhorar a qualidade de vida das crianças com patologias que requeriam internamentos frequentes.

Actualmente o Serviço de Pediatria é um Serviço de Assistência a crianças e jovens até aos 18 anos, cujas principais características são:

- Capacidade de internamento de 154 camas distribuídas pelas unidades de internamento (hematologia, metabólicas, neurologia, pluridisciplinar assistencial, nefrologia, pneumologia, gastroenterologia, infecciologia, internamento de curta duração, cirurgia, neonatologia e cuidados intensivos);
- Faculta 33 consultas diferenciadas;
- Dispõe de prevenção diária de cirurgia, nefrologia, neurologia e cardiologia;
- Disponibiliza três urgências permanentes (externa, cuidados intensivos pediátricos e neonatais);
- Está dotado de um sector de técnicas pluridisciplinares (pneumologia, gastroenterologia, cardiologia, neurologia, cirurgia, ortopedia e neonatologia);
- Dispõe de laboratório especializado, que dá resposta às necessidades internas e externas, através da execução de técnicas específicas da idade pediátrica.

O SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O **SUP** do Hospital de Santa Maria iniciou funções no ano de 1961, em instalações provisórias. Apenas desde 1979 utiliza o actual espaço físico. Situado no Piso 2 do HSM, admite crianças até aos 16 anos menos um dia.

Abrange as freguesias do Lumiar, Alvalade, Bucelas, Caneças, Famões, Fanhões, Frielas, Loures, Lousa, Odivelas, Olival de Basto, Pontinha, Póvoa de Santo Adrião, Póvoa de São Julião do Tojal, Santo Antão do Tojal e Santo António dos Cavaleiros. Dá também apoio a hospitais da Zona Centro-Sul, nomeadamente, Caldas da Rainha, Santarém, Torres Novas, Setúbal, Beja, Évora, Faro e Portimão.

A 7 de Dezembro de 2000 terminaram as obras de remodelação e beneficiação do SUP, altura em que inicia funções com a actual estrutura de 3 Unidades:

- Balcão de Urgência (Triagem e Sala de Tratamentos) e Serviço de Observação de Pediatria (SOPed);
- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed);
- Unidade de Técnicas de Pediatria (UTP).

O **Balcão de Urgência** é uma unidade ambulatória destinada ao atendimento da criança/adolescente, em situação de urgência/emergência, proveniente do domicílio ou de outra instituição.

Assim, ao Balcão recorrem crianças gravemente doentes, muitas a necessitar de cuidados imediatos, com patologias várias, desde dificuldade respiratória, crises convulsivas, sépsis, paragem cardiorespiratória, intoxicações, entre outras. Situações traumatológicas, com excepção de traumatismos cranianos, dão entrada pela Urgência de Adultos, de forma a beneficiarem do apoio da Ortopedia, Pequena Cirurgia e Exames Complementares de Diagnostico.

Do Balcão de Urgência fazem parte a Sala de Triagem, Sala de Aerossóis, Sala de Reanimação, Sala de Tratamentos, Sala de Ortopedia e Sala de Pequena Cirurgia. Por falta de recursos humanos, tanto a Sala de Ortopedia como a Sala de Pequena Cirurgia funcionam como salas de observação e vigilância.

A Equipa de Enfermagem é constituída por 43 elementos, distribuídos em equipas de 7 a 8 elementos, sendo que um é responsável pela Triagem, outro pela Sala de Tratamentos, dois pelo SOPed, e três pela UCIPed.

Para além dos enfermeiros, no SUP existem seis equipas médicas (com cinco médicos cada), auxiliares de acção médica, e uma secretária de unidade.

A **Sala de Triage** funciona desde Maio de 1999, sendo aqui que se realiza o primeiro contacto entre técnicos de saúde e crianças/famílias após admissão no serviço. A triagem consiste na observação e avaliação da criança/adolescente, determinação do grau de gravidade da situação, e estabelecimento de prioridades. É efectuada por um enfermeiro, tendo como base os critérios de atendimento; após a triagem, seguem-se um conjunto de primeiras decisões terapêuticas, e posteriormente, é realizado o devido encaminhamento. As situações mais frequentemente detectadas são: Hipertermia, Vômitos e Diarreia, Odinofagia, Otalgia, Deglutição/Introdução de corpo estranho, Convulsões, RN com choro persistente, Erupções dermatológicas, Dificuldade Respiratória, Asma Brônquica, Cefaleias, Dor Abdominal, e Traumatismo Craniano.

A **Sala de Aerossóis** é um pequeno espaço físico com nove rampas de oxigénio e de vácuo. É uma sala polivalente, especialmente destinada à administração de terapêutica inalatória, porém, também usada como sala de acompanhamento e vigilância de crianças, nomeadamente para controlo de hipertermia e de desidratações ligeiras.

Na **Sala de Tratamentos** é possível preparar e administrar terapêutica prescrita, colher produtos biológicos para análise, proceder à avaliação de sinais vitais, administrar oxigénio, preparar, encaminhar ou realizar exames complementares de diagnóstico, aspirar secreções, preparar o internamento, proceder a punções venosas, entre outros.

Na **Sala de Reanimação** dão entrada crianças em risco de vida, o que obriga à actuação imediata e adequada da equipa de saúde, que tem que actuar com rapidez e destreza. Aqui é realizada a reanimação e estabilização da criança/adolescente, procedendo-se posteriormente ao encaminhamento para a unidade ou para um serviço de internamento de pediatria. As situações mais frequentes são as Convulsões, Paragens Cardiorespiratórias, Sépsis, Desidratações Graves, Choques hipovolémicos, Aspiração de Vômito e Intoxicações. Esta sala está equipada com três rampas de oxigénio e de vácuo, Dinamap, Monitor CardioRespiratório, Oxímetro, Ventilador de Transporte, Desfibrilhador, Carro de urgência, entre outros.

O **Serviço de Observação de Pediatria** (SOPed) tem capacidade para seis utentes, sendo aqui que crianças/adolescentes permanecem para estabilização do quadro clínico ou esclarecimento de diagnóstico, em média entre 24 a 48 horas, sendo posteriormente transferidos para um serviço de internamento, se necessário. Os clientes que aqui acedem provêm da Sala de Reanimação, da Sala de tratamentos,

ou directamente de outros serviços ou instituições. Caso o quadro clínico se agudize, a criança/adolescente é transferida para a UCIPed. As situações clínicas mais frequentes são os politraumatismos, os traumatismos craneoencefálicos, pós-operatórios de pequenas cirurgias, intoxicações, bronquiolites, dificuldades respiratórias, gastroenterites, vômitos incoercíveis, desidratações moderadas a graves, convulsões, e vigilância pós exames complementares de diagnóstico. O método de trabalho é o de Enfermeiro Responsável, sendo este encarregue da globalidade dos cuidados prestados à criança/família.

A **Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria (UCIPed)** foi remodelada, funcionando segundo os moldes actuais desde Dezembro de 2000. É uma unidade de alta tecnologia, essencial para o tratamento de grande emergência. Tem capacidade para seis utentes, e tem uma sala de “Directos”. Todas as unidades dos doentes têm computadores próprios, bem como os respectivos monitores, Ventiladores, Monitores CardioRespiratórios e Dinamaps. A unidade tem também um ventilador de transporte, um ventilador de óxido nítrico e um carro de urgência. Desde Setembro de 2004 que integra o sistema informático PICIS. As situações clínicas mais frequentes aqui são os politraumatismos, Insuficiência respiratória, Sépsis, Pneumonia, Transplante renal, Intoxicações, Coma, situações que necessitam de suporte ventilatório, Mal convulsivo, pós-operatório de diversas especialidades, e patologias que requerem diálise peritoneal, hemodiálise ou hemodiafiltração. O método de trabalho é o de Enfermeiro Responsável, com um rácio de um enfermeiro para dois utentes. Faz parte desta unidade a **Unidade de Cuidados Intermédios (UCI)**, actualmente encerrada por falta de recursos humanos.

A **Unidade de Técnicas de Pediatria (UTP)**, é constituída pelas especialidades de gastroenterologia, cardiologia, pneumologia e neurologia. Apenas na especialidade de gastroenterologia existe a colaboração de enfermagem na realização dos seguintes exames: Endoscopia com anestesia, Colonoscopia com anestesia, Phmetria e Teste de intolerância à lactose. Semanalmente é realizada uma consulta de enfermagem para preparação da criança/família para os exames que se efectuam com anestesia.

Funções do Enfermeiro Especialista no SUP

De acordo com o preconizado na carreira de enfermagem no Diário da República, I Série-A, Nº 257 de 8/11/91, capítulo II, artigo 7ª, alínea a) do conteúdo funcional, uma das funções inerentes ao cargo de Enfermeiro Especialista em Pediatria é

”prestar os cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando junto do utente em situação de risco ou crise, no âmbito da especialidade que possui.”

Neste sentido, e pelas particularidades que definem a **Triagem** do SUP, este será o local onde é mais pertinente a permanência de um Enfermeiro Especialista em Pediatria. Na triagem as funções do enfermeiro são:

- Acolher a criança/família em situação de urgência/emergência;
- Observar rapidamente a criança;
- Avaliar as queixas e presença de sinais e sintomas para determinar os cuidados, estabelecendo prioridades de atendimento;
- Colher dados para identificar as necessidades em cuidados de enfermagem à criança/família em situação de urgência/emergência, quando possível;
- Identificar as situações de acordo com o protocolo de serviço e promover o encaminhamento:
 - a. **Situações de emergência** são: Paragem cardiorespiratória, Sépsis, Choque, Convulsão, Intoxicação por organofosforados; estas situações têm o seguinte encaminhamento: Sala de reanimação ou SOPed.
 - b. **Situações de urgência** são: Dificuldade respiratória, Intoxicação, Crianças até 6 meses de idade, Mau estado geral, Politraumatizados/Traumatismos cranianos, Desidratação, Reacção alérgica, Suspeita de abdómen agudo, Febre (se crianças com idade inferior a 3 meses), Rash cutâneo, Abuso sexual e maus-tratos, Referenciados, Situações de risco, Crianças com doença crónica, Crianças deficientes; estas situações têm o seguinte encaminhamento: Médico ou Enfermagem.
 - c. **Situações não urgentes** são: Todos os outros casos; que têm o seguinte encaminhamento: Sala de espera.
- Iniciar medidas de tratamento urgentes, tais como terapêutica;
- Planear, executar, e avaliar cuidados de enfermagem em função dos problemas identificados e dos recursos disponíveis;
- Implicar a família no planeamento/execução e avaliação dos cuidados, através de ensino integrando um processo educativo que promova o auto-cuidado;
- Estabelecer linhas de comunicação para recursos na comunidade, se família com necessidade de intervenção;

- Fazer ensino sobre medidas a tomar face à situação e que recursos utilizar, tais como, medidas a ter em casa se surgir situação idêntica, orientação de recursos de saúde, entre outras;
- Efectuar registos precisos e concisos;

No SUP, o Enfermeiro Especialista em Pediatria presta também **funções de coordenação nomeadamente:**

- **Gestão de recursos humanos** (distribuir enfermeiros pelos sectores do serviço, tendo em vista os cuidados de enfermagem a prestar, quando o enfermeiro chefe de equipa está ausente; adequar os enfermeiros às necessidades existentes; saber lidar com as diferenças individuais; incentivar a criatividade; elaborar o plano de distribuição de auxiliares de acção médica; cooperar para solucionar conflitos; envolver o grupo de profissionais na tomada de decisão; e divulgar informação de interesse para os profissionais.);
- **Gestão de recursos materiais** (adquirir produtos e materiais; armazenar produtos e materiais; controlo de stocks de materiais e medicamentos no serviço; recepção de materiais e medicamentos e conferir em impresso próprio; estar atento à qualidade do material entregue; verificar condições do material e equipamento; promover reparação de equipamentos e material danificados, com impresso próprio; zelar pelo bom funcionamento dos equipamentos; verificar a limpeza dos materiais e equipamentos; elaboração de stock de material e equipamento existente na sala de reanimação; promover a requisição de terapêutica bisemanal do serviço; verificar prazos de validade dos medicamentos nos postos de trabalho, farmácia, carros de urgência, frigorífico; verificar prazos de validade de leites e papas; verificar prazos de validade de material esterilizado; verificar reposição de roupa; requisitar dietas especiais; requisitar leites, papas e outros alimentos quando não for fornecido; orientar os enfermeiros e auxiliares para a correcta utilização de materiais e equipamentos; elaboração da folha de registo de utilização do carro de urgência; e elaboração do livro de registo de ocorrências significativas);
- **Gestão dos cuidados de enfermagem** (estar presente nas reuniões de passagem de turno, para ter perspectiva do planeamento, execução e avaliação dos cuidados; observar o tipo de comunicação utilizada; observar os registos de enfermagem; verificar se a folha de distribuição diária está preenchida; ajudar os enfermeiros mais novos na prestação de cuidados;

realizar conversas informais sobre os cuidados prestados; e elaboração de formação em serviço de acordo com as necessidades sentidas);

- **Prestar funções de apoio à gestão** (colaborar com a Enf.^a Chefe na gestão de recursos humanos; colaborar com a Enf.^a Chefe na gestão de recursos materiais; colaborar com a Enf.^a Chefe na selecção para compra de materiais/equipamentos específicos; integração na elaboração da conferencia de registo de livro de ponto; integração na conferencia do registo do mapa de horas de qualidade; emitir pareceres sobre a organização do serviço; emitir pareceres sobre a instalação de equipamentos)

APÊNDICE XVI

**Reflexão sobre as reacções/vivências mais comuns da
criança/família aquando da notícia de necessidade de isolamento
hospitalar**

APÊNDICE XVI

Reflexão sobre as reacções/vivências mais comuns da criança/família aquando da notícia de necessidade de isolamento hospitalar

Local de estágio: Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria

As reuniões com a Enf^a Chefe, e EESIP, com o intuito de conhecer as reacções/vivências mais comuns da criança/família aquando da informação da necessidade de isolamento hospitalar, e os momentos de partilha de experiências/saberes e reflexões sobre o desempenho do trabalho emocional em enfermagem pediátrica permitiram reunir informação sobre esta problemática o que levou a uma análise reflexiva e ao confronto da experiência com a literatura consultada e evidência científica.

O objectivo era conhecer as reacções/vivências mais comuns da criança/família aquando da necessidade de isolamento, pelo que não foi seleccionada nenhuma faixa etária específica para permitir um conhecimento mais amplo sobre esta temática.

Após a análise dos saberes experienciais foi possível destacar as reacções mais comuns perante a problemática em estudo, que optámos por registar para facilitar a sua análise.

- Inicialmente e perante a suspeita de doença infecto-contagiosa a criança e família apresentam as seguintes reacções:
 - Tendem a negar a doença infecto-contagiosa
 - Recusam a colocação dos dispositivos de protecção individual
 - Recusam a hospitalização
 - Recusam a realização dos meios complementares de diagnóstico
 - Recusam ficar numa sala em isolamento
 - Ignoram as informações dadas pela equipa de enfermagem
 - São geradores de conflitos porque querem ficar acompanhados por vários familiares

- Depois de ter acesso ao diagnóstico a criança e família:

- Mantém a recusa em usar os dispositivos de protecção
- Tendem a aceitar a hospitalização, mas referindo que o diagnóstico está errado
- Tendem a provocar o conflito

Nos momentos de partilha de saberes foram abordadas várias situações relacionadas com conflitos com os familiares da criança a quem é diagnosticada a patologia infecto-contagiosa com necessidade de isolamento. Esta realidade já é sobejamente conhecida, porque também é vivenciado na Unidade de Infeciologia do HDE, mas a que se segue revelou-se interessante levando à sua análise e reflexão.

Num turno da tarde de fim-de-semana deu entrada na triagem do S.U. uma criança de 8 anos com vários sinais e sintomas – febre arrastada, perda de peso, anorexia, tosse produtiva, dor no tórax anterior e posterior e suores nocturnos. Após a triagem pelo enfermeiro a criança foi observada pelo médico que solicitou um rx, o facto de a criança ser de raça cigana e estar à espera do exame, fez com que os familiares recorressem à triagem várias vezes referindo que as outras crianças e família estavam a ter prioridade em relação a eles. O enfermeiro de uma forma pronta agilizou os meios necessários e a criança realizou o exame em menos de 15 minutos. Depois do mesmo realizado e após observação médica, foi dada indicação para a criança ficar em isolamento enquanto aguardava por outro exame – uma tomografia axial computadorizada, uma vez que o primeiro tinha sido inconclusivo.

Foi neste momento que começou o verdadeiro conflito, quando o enfermeiro explicou que teria que aguardar numa sala sem ter contacto com familiares além da mãe ou pai e principalmente sem ter contacto com as outras crianças que estavam na sala de espera.

Os familiares muito revoltados, em tom agressivo e menos correcto diziam ser discriminação por serem ciganos, não iriam ficar numa sala separados das outras crianças e nem iriam usar os dispositivos de protecção que lhes estavam a ser fornecidos. Com um tom de voz calmo e na companhia de outro colega o enfermeiro repetiu toda a informação fornecida mas de uma forma mais clara, mas a atitude dos familiares manteve-se. A criança e familiares não podiam continuar a entrar e sair da sala de espera do S.U. de uma forma leviana pelo risco de transmissão da doença aos presentes. Perante a insistência e perante o número elevado de familiares no corredor do S.U., houve necessidade de apelar a outras estratégias. O enfermeiro optou por pedir a comparência do cigano mais velho - tio, para de uma forma

empática e assertiva se tentou explicar a necessidade da criança permanecer em isolamento. Só assim se conseguiu solucionar o conflito, com recurso à comunicação com o elemento mais velho do grupo, que actuou como mediador. Este percebeu a necessidade da criança permanecer em isolamento e a criança ficou numa sala só com a mãe. Acabou por agradecer ao enfermeiro que em tom de aproximação usou o humor neste momento tão stressante.

- " Que sorte uma sala só para vocês, isso queriam todas as crianças que estão lá fora (...)".

Conseguiu-se assim entrar em acordo através da negociação e os familiares aceitaram as orientações e ficaram mais calmos.

Neste espaço de partilha de saberes partilharam-se também sentimentos e a equipa de enfermagem sente-se muito frustrada nestes momentos, por ser evidente que os clientes não têm consideração pelas orientações dadas pelos enfermeiros. Dadas as especificidades deste contexto de estágio - serviço de urgência faz com que estas situações sejam vivenciadas várias vezes e isto confere à equipa de enfermagem capacidades para lidar com esta realidade. Nesta situação em especial a família percebeu a necessidade de cumprir as orientações fornecidas e o problema foi solucionado, o que transmite segurança à equipa de enfermagem. Os elementos que participaram neste momento de partilha de saberes acabaram por concluir que mais nada havia a fazer além das decisões tomadas no momento, mas as situações diferem umas das outras, o que muitas vezes também está relacionado com a gravidade da patologia. Concordaram que cada situação geradora de conflito traz aprendizagem que pode servir posteriormente para gerir outras situações.

Enquanto participávamos nesta partilha de forma activa dando a conhecer a realidade vivenciada reconhecíamos-nos em cada palavra citada pelas semelhanças das situações, no entanto o facto de não serem vivenciadas com tanta frequência não nos confere tanta confiança na sua resolução. Esta partilha permitiu conhecer outras realidades neste âmbito e outras formas de solucionar a situação, que por certo serão usadas em momento semelhantes. Este momento de partilha foi muito interessante e proporcionou o confronto com a evidência científica o que permitiu a consolidação de conhecimentos sobre esta problemática.

Ferreira *et al* (2001, p.83) define conflito como "o processo de tomar consciência da divergência existente entre as partes, traduzida em algum grau de oposição ou incompatibilidade entre os objectivos das partes, ou da ameaça dos interesses de ambas as partes". Várias são as razões que podem levar ao conflito, entre elas –

uma percepção diferente da realidade, valores diferentes, interesses diferentes, carência de recursos materiais ou humanos, competição, erros de comunicação entre outros. As instituições de saúde por todas as suas características, por estarem repletas de situações de urgência e por se lidar com pessoas faz com que exista uma enorme propensão ao conflito.

O estado emocional dos clientes é muitas vezes influenciado por problemas emocionais anteriores, cabe ao enfermeiro mostrar estratégias para ultrapassar esta situação. O saber experiencial do enfermeiro abona a seu favor nesta problemática, ou seja, este já supõe à partida o tipo de reacção que determinada situação vai provocar. Quando os pais mostram agressividade esta pode estar relacionada com stress, ansiedade, negação da doença, reflexo de exaustão ou até um pedido de ajuda e a experiência leva o enfermeiro a compreender esta atitude. O facto dos enfermeiros também serem pais resulta numa maior compreensão destas reacções. No estudo de Diogo (2010) foram identificados dois tipos de estratégias na gestão emocional dos clientes, gestão emocional de antecipação e gestão de emoções reactivas, e para cada uma são enumeradas algumas acções/interacções facilitadoras deste processo. A postura calma, o mostrar disponibilidade, o fornecer explicações e informações, favorecer a expressão de sentimentos, dar reforço positivo e a distração são exemplos que neste caso específico foram usadas mas com pouco ou nenhum efeito. Perante acções usadas na gestão das emoções reactivas foram identificadas as seguintes: envolver a família nos cuidados, esta mostrou-se a acção com maior efeito perante o conflito em causa, assim como o explicar e esclarecer dúvidas. Estas acções/interacções estão intimamente ligadas ao desempenho do trabalho emocional no acto de cuidar.

Cushine (1988), citado por Riley (2005, p.101), refere que: “o conflito surge quando os indivíduos sustentam ideias incompatíveis ou aparentemente incompatíveis. Contudo, o conflito só ocorre se existir interdependência. Por este motivo, é necessário resolver o conflito e melhorar a relação com os outros assim como ir ao encontro das nossas próprias necessidades”. Na tentativa de resolução do conflito tem que existir assertividade, mas nem sempre esta é suficiente e assim surge inevitavelmente a frustração. O stress é uma constante dos profissionais de saúde, porque têm que dar resposta a um cem número de situações que nem sempre conseguem controlar. “O stress representa a relação que se estabelece entre a “carga” sentida pelo ser humano e a resposta psico-fisiológica que perante a mesma o indivíduo desencadeia”, Lazarus citado por Vaz Serra (1999, p.32).

O burnout que muitas vezes é inevitável na profissão de enfermagem por todas as condicionantes e neste contexto não é exceção por se tratar de uma unidade de urgência em que cada cliente julga a sua situação mais grave do que a do outro. Este fenómeno pode ser descrito como um estado de exaustão física, emocional e mental, Queirós (2005) define burnout (exaustão profissional) como a existência de mudanças pessoais negativas que ocorrem em profissionais de ajuda que tem empregos exigentes ou frustrantes. Isto acontece porque as profissões de ajuda têm que lidar diariamente e constantemente com o sofrimento do outro o que também leva ao sofrimento do profissional. Os enfermeiros por serem “pessoas que cuidam de pessoas” , por estarem 24 horas por dia com o cliente e por serem os confidentes de problemas de saúde e não só acabam por ser quem mais sofre com o cliente, as emoções que sentem fazem parte integrante do cuidar podendo levar ao burnout. Segundo Damásio, as emoções não são conscientes enquanto não se tornam sentimentos, mas o obstáculo entre estes é cada vez menos acentuado. Este autor refere que as emoções são essenciais para o nosso equilíbrio. Neste sentido Mercadier (2004), citada por Diogo (2010) defende que os enfermeiros são pessoas que estão numa posição única para atender às alterações emocionais que os clientes sentem e para isto têm que conseguir superar os transtornos causados pela vivência de situações emocionalmente desgastantes no seu dia-a-dia.

A Ordem dos Enfermeiros que foi criada em 1998, já integra estes conceitos defendendo que a intervenção do enfermeiro centra-se numa relação interpessoal, mas o enfermeiro tem que adoptar estratégias que lhe confirmem algum conforto ao lidar com o sofrimento do outro. Travelbee (1971), citado por Diogo (2010) refere que o enfermeiro tem que investir ao longo do seu percurso profissional no auto-conhecimento para desenvolvimento pessoal e profissional. As emoções não podem ser inteiramente controladas pelo raciocínio e pelo pensamento, mas por outro lado quem sabe lidar com as emoções tem menos tendência a gerar conflitos. Benner (2005) menciona que os enfermeiros peritos têm uma grande sensibilidade para com as emoções – as suas e as do cliente, o distanciamento entre o enfermeiro e o cliente gera muito stress, a distância na relação é uma barreira à comunicação e consequente ao conhecimento do outro. Os enfermeiros peritos devem envolver-se mas também devem saber gerir estas emoções.

Mas também se torna muito importante a adopção de estratégias que contribuam para que os enfermeiros consigam manter a sua "saúde emocional" – “a reflexão na acção”, “partilhar o que sente”, “atenuar positivamente” e “não se deixar afectar”.

A utilização do humor foi notória na intervenção do enfermeiro e esta pode encorajar o estabelecimento de uma relação de confiança e de entreaajuda entre todas as partes apresentando-se como uma importante estratégia na gestão das situações vivenciadas em cada momento que, desta forma, poderão promover níveis mais elevados de bem-estar e qualidade de vida. Robinson citada por José (2002, p.34) refere que o humor “ (...) quebra o gelo e as barreiras sociais; reduz o medo; aumenta a segurança; torna o ambiente familiar; encoraja um sentimento de verdade e de confiança; inicia um sentimento de amizade e de camaradagem; torna possível brincar com procedimentos; (...) serve de caminho para a gestão construtiva de conflitos; reduz o embaraço e o desconforto de profissionais e doentes (...) funciona como uma «avenida» para a facilitação da mudança e para a sobrevivência do sistema social”. O humor e o riso quebram barreiras, aumentam a auto-estima, ajudam a enfrentar as alterações nas situações de saúde, podem ser considerados como modificadores do stress e desempenham um papel importante na manutenção de uma saúde psicológica e fisiológica. São estratégias eficazes para uma maior satisfação profissional e motivação pois, enfermeiro e cliente passam a partilhar muitas vezes, através do humor e boa disposição, sentimentos de bem-estar quando um ajuda e o outro se sente ajudado, beneficiando ambos dos cuidados. Este tipo de estratégia tem mostrado resultados aquando de vivências de conflito na nossa realidade. De acordo com James (1995), citado por José (2002, p.47) o humor surge como “uma ajuda ao paciente para perceber, apreciar e expressar o que é engraçado ou divertido de modo a estabelecer relações, aliviar a tensão, libertar a raiva e facilitar a aprendizagem ou lidar com sentimentos dolorosos”.

Num momento em que os cuidados de saúde se tornam mais exigentes em termos de qualidade e conseqüentemente os seus profissionais mais competitivos, a pressão diária é constante e há necessidade de prevenir o “burnout” nos enfermeiros já referido atrás. Para Robinson, citada por José (2002, p.44), “ (...) a melhor forma para evitar o “burnout” é “rir e brincar.” O humor negro, é muitas vezes a melhor forma dos Enfermeiros lidarem com determinados acontecimentos, acabando por “rir” ou “sorrir” de algumas “desgraças”.

De acordo com Diogo (2006), o “burnout”, pode ser identificado através da perda de satisfação com o trabalho, distanciamento relacional e exaustão emocional com alterações físicas. É contra estas reacções que o enfermeiro perito deve lutar, porque nenhuma delas é benéfica ao desenrolar dos relacionamentos enfermeiro-cliente.

Cabe ao enfermeiro numa situação de gestão de conflitos tentar conhecer o outro e como Watson defende, perceber a forma como o outro está a vivenciar esta situação de saúde, tentar com recurso a estratégias capacitá-lo para estas vivências. A Enfermagem baseia-se no cuidar, um ideal moral que é um processo humano intersubjectivo, onde o enfermeiro é co-participante, e que “consiste em conhecimento, pensamento, valores, filosofia, compromisso e acção, com algum grau de paixão” (Watson, 2002, p.47).

APÊNDICE XVII

Poster " O meu filho está em isolamento"

O MEU FILHO ESTÁ EM ISOLAMENTO

ISOLAMENTO

- Medida de protecção eficaz que impede a propagação de doenças
- O objectivo é impedir ou conter a propagação da doença da criança aos outros ou protegê-la de infecções.

Isolamento de contenção – existe a suspeita de uma doença contagiosa, este isolamento evita a transmissão a outras pessoas

Isolamento protector – quando a criança tem as suas defesas diminuídas e necessita ser protegida de infecções

Como se transmite a infecção?

Contacto

- A criança toca na pele ou objectos contaminados.

Gotículas

- Gotículas com microrganismos são lançadas no ar (gotas, saliva, tosse e fala) e alojam-se na mucosa oral, nasal ou na pele da criança sem doença

Via aérea

- A criança inala as partículas onde se encontram os microrganismos suspensos no ar

Quais os meios de protecção?



Saiba que:

- Se **Lavar as mãos** com frequência evita a propagação de doenças
- A sua colaboração é fundamental

APÊNDICE XVIII

Planeamento da sessão de apresentação da actividade "A caixinha da criança"

APÊNDICE XVIII

PLANEAMENTO DA SESSÃO “A CAIXINHA DA CRIANÇA”

CURSO: Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

UNIDADE CURRICULAR: Estágio no Serviço de Urgência de Santa Maria

TEMA DA SESSÃO: Apresentação da actividade “A caixinha da criança” inserida no Projecto de Estágio - “Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem.”

DESTINATÁRIOS: Equipa de Enfermagem

PRELECTOR: Carla Carvalho

OBJECTIVOS:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para estratégias que facilitem a adesão da criança em idade escolar e família aos dispositivos usados em situação de isolamento hospitalar
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do desempenho do trabalho emocional na prática de enfermagem na gestão da emocionalidade da criança e família em situação de isolamento hospitalar.

MÉTODO PEDAGÓGICO: Expositivo

DURAÇÃO: 15 minutos

DATA/HORA: Nos dias de estágio até que todos os elementos da equipa tenham conhecimento

LOCAL: Gabinete de Enfermagem do Serviço de Observação do Serviço de Urgência de Santa Maria

FASES	CONTEUDOS	METDODO PEDAGÓGICO	MEIOS E EQUIPAMENTOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação dos objectivos	Expositivo	"Componentes da caixinha da criança"	5m
DESENVOLVIMENTO	Apresentação da "caixinha da criança"			5m
CONCLUSÃO	Síntese/conclusão/avaliação Entrega de uma caixinha protótipo			5m

APÊNDICE XIX

**Email enviado para patrocínio do material necessário para a
actividade "A caixinha da criança"**



Carla Carvalho <cmtomecarvalho@gmail.com>

PEDIDO DE APOIO – FORNECIMENTO DE MATERIAL

1 message

Carla Carvalho <cmtomecarvalho@gmail.com>

Dec, Tue 20, 2011 at

10:00 AM

To: lullyfarma@lullyfarma.pt

Ex.mos/as. Srs/as.,
Os meus cumprimentos.

O meu nome é Carla Carvalho e sou enfermeira no Hospital Dona Estefânia. Neste momento encontro-me a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Neste âmbito, encontro-me a desenvolver um projecto subordinado ao tema – “*Vivências da Criança com Necessidade de Isolamento Hospitalar e sua Família: Trabalho Emocional no Acto de Cuidar de Enfermagem*”.

Neste sentido um dos objectivos a atingir é a Implementação de medidas que promovam a adesão aos dispositivos necessários em situação de isolamento hospitalar de contenção (máscara, luvas, touca).

Para o atingir foi instituída uma actividade que consiste em apresentar á criança uma caixa com material vário usado em caso de isolamento hospitalar.

Sou da opinião de que se todos contribuirmos, uns com trabalho, outros com equipamentos, poderemos ajudar estas crianças a terem uma melhor protecção e uma mais rápida melhoria.

Assim sendo e por este meio, venho solicitar o apoio em relação ao fornecimento das referidas caixas e respectivo material, uma vez que estando as crianças em isolamento cada caixa deverá pertencer só e a só uma criança, não se podendo a mesma ser reutilizada.

Desta forma o meu pedido vai no sentido de solicitar o vosso apoio através do fornecimento do seguinte material - **Luvas, Batas, Máscaras Cirúrgicas e P1** (por terem aspectos diferentes), **Toucas, Ligaduras, Pacotes de Compressas, Seringas Várias, Sistemas de Aerossol.**

Agradecendo desde já o tempo dispensado para com o presente email,
Fico a aguardar as vossas prezadas notícias.

Sem outro assunto
Atentamente
Enf.ª Carla Carvalho
(96 530 33 22)



Carla Carvalho <cmtomecarvalho@gmail.com>

PEDIDO DE APOIO – FORNECIMENTO DE MATERIAL

1 message

Carla Carvalho <cmtomecarvalho@gmail.com>

Dec, Tue 20, 2011 at

10:15 AM

To: geral@hospitex.pt

Ex.mos/as. Srs/as.,
Os meus cumprimentos.

O meu nome é Carla Carvalho e sou enfermeira no Hospital Dona Estefânia. Neste momento encontro-me a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Neste âmbito, encontro-me a desenvolver um projecto subordinado ao tema – “*Vivências da Criança com Necessidade de Isolamento Hospitalar e sua Família: Trabalho Emocional no Acto de Cuidar de Enfermagem*”.

Neste sentido um dos objectivos a atingir é a Implementação de medidas que promovam a adesão aos dispositivos necessários em situação de isolamento hospitalar de contenção (máscara, luvas, touca).

Para o atingir foi instituída uma actividade que consiste em apresentar á criança uma caixa com material vário usado em caso de isolamento hospitalar.

Sou da opinião de que se todos contribuirmos, uns com trabalho, outros com equipamentos, poderemos ajudar estas crianças a terem uma melhor protecção e uma mais rápida melhoria.

Assim sendo e por este meio, venho solicitar o apoio em relação ao fornecimento das referidas caixas e respectivo material, uma vez que estando as crianças em isolamento cada caixa deverá pertencer só e a só uma criança, não se podendo a mesma ser reutilizada.

Desta forma o meu pedido vai no sentido de solicitar o vosso apoio através do fornecimento do seguinte material - **Luvas, Batas, Máscaras Cirúrgicas e P1** (por terem aspectos diferentes), **Toucas, Ligaduras, Pacotes de Compressas, Seringas Várias, Sistemas de Aerossol.**

Agradecendo desde já o tempo dispensado para com o presente email,
Fico a aguardar as vossas prezadas notícias.

Sem outro assunto
Atentamente
Enf.^a Carla Carvalho
(96 530 33 22)



Carla Carvalho <cmtomecarvalho@gmail.com>

PEDIDO DE APOIO – FORNECIMENTO DE MATERIAL

1 message

Carla Carvalho <cmtomecarvalho@gmail.com>

Dec, Tue 20, 2011 at

10:30 AM

To: hospwork.geral@sapo.pt

Ex.mos/as. Srs/as.,
Os meus cumprimentos.

O meu nome é Carla Carvalho e sou enfermeira no Hospital Dona Estefânia. Neste momento encontro-me a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Neste âmbito, encontro-me a desenvolver um projecto subordinado ao tema – “*Vivências da Criança com Necessidade de Isolamento Hospitalar e sua Família: Trabalho Emocional no Acto de Cuidar de Enfermagem*”.

Neste sentido um dos objectivos a atingir é a Implementação de medidas que promovam a adesão aos dispositivos necessários em situação de isolamento hospitalar de contenção (máscara, luvas, touca).

Para o atingir foi instituída uma actividade que consiste em apresentar á criança uma caixa com material vário usado em caso de isolamento hospitalar.

Sou da opinião de que se todos contribuirmos, uns com trabalho, outros com equipamentos, poderemos ajudar estas crianças a terem uma melhor protecção e uma mais rápida melhoria.

Assim sendo e por este meio, venho solicitar o apoio em relação ao fornecimento das referidas caixas e respectivo material, uma vez que estando as crianças em isolamento cada caixa deverá pertencer só e a só uma criança, não se podendo a mesma ser reutilizada.

Desta forma o meu pedido vai no sentido de solicitar o vosso apoio através do fornecimento do seguinte material - **Luvas, Batas, Máscaras Cirúrgicas e P1** (por terem aspectos diferentes), **Toucas, Ligaduras, Pacotes de Compressas, Seringas Várias, Sistemas de Aerossol.**

Agradecendo desde já o tempo dispensado para com o presente email,
Fico a aguardar as vossas prezadas notícias.

Sem outro assunto
Atentamente
Enf.ª Carla Carvalho
(96 530 33 22)



Carla Carvalho <cmtomecarvalho@gmail.com>

PEDIDO DE APOIO – FORNECIMENTO DE MATERIAL

1 message

Carla Carvalho <cmtomecarvalho@gmail.com>

Dec, Tue 20, 2011 at

10:45 AM

To: info@miminhosaoavos.com

Ex.mos/as. Srs/as.,
Os meus cumprimentos.

O meu nome é Carla Carvalho e sou enfermeira no Hospital Dona Estefânia. Neste momento encontro-me a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Neste âmbito, encontro-me a desenvolver um projecto subordinado ao tema – “*Vivências da Criança com Necessidade de Isolamento Hospitalar e sua Família: Trabalho Emocional no Acto de Cuidar de Enfermagem*”.

Neste sentido um dos objectivos a atingir é a Implementação de medidas que promovam a adesão aos dispositivos necessários em situação de isolamento hospitalar de contenção (máscara, luvas, touca).

Para o atingir foi instituída uma actividade que consiste em apresentar á criança uma caixa com material vário usado em caso de isolamento hospitalar.

Sou da opinião de que se todos contribuirmos, uns com trabalho, outros com equipamentos, poderemos ajudar estas crianças a terem uma melhor protecção e uma mais rápida melhoria.

Assim sendo e por este meio, venho solicitar o apoio em relação ao fornecimento das referidas caixas e respectivo material, uma vez que estando as crianças em isolamento cada caixa deverá pertencer só e a só uma criança, não se podendo a mesma ser reutilizada.

Desta forma o meu pedido vai no sentido de solicitar o vosso apoio através do fornecimento do seguinte material - **Luvas, Batas, Máscaras Cirúrgicas e P1** (por terem aspectos diferentes), **Toucas, Ligaduras, Pacotes de Compressas, Seringas Várias, Sistemas de Aerossol.**

Agradecendo desde já o tempo dispensado para com o presente email,
Fico a aguardar as vossas prezadas notícias.

Sem outro assunto
Atentamente
Enf.ª Carla Carvalho
(96 530 33 22)

APÊNDICE XX

Dossier Temático - “A gestão da emocionalidade enquanto instrumento terapêutico em enfermagem pediátrica”



**2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**Unidade Curricular Estágio - SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA –
HOSPITAL SANTA MARIA**

DOSSIER TEMÁTICO

*“A gestão da emocionalidade
enquanto instrumento terapêutico em
enfermagem pediátrica”*

No âmbito do Projecto:

*“Vivências da criança com necessidade de
isolamento hospitalar e sua família: trabalho
emocional no acto de cuidar de enfermagem”*

Trabalho Realizado por: Carla Carvalho e Barbosa nº 3622

Estágio Orientado por: Enfª Patrícia Lisboa

Trabalho Orientado por: Profª Drª Paula Diogo

NOVEMBRO, 2011

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	2
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
2.1 Justificação da temática... ..	4
2.2 Cuidar da Criança/família sujeita a hospitalização	4
2.3 A criança/família em situação de isolamento hospitalar.....	6
2.4 Intervenções de enfermagem na gestão da emocionalidade da criança/família em isolamento hospitalar	8
2.5 Teoria de enfermagem de suporte – Jean Watson	10
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	12
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	13
5. BIBLIOGRAFIA DO DOSSIER TEMÁTICO.....	19

1. INTRODUÇÃO

O presente dossier temático surge no âmbito do Projecto de Estágio, cujo tema é **“Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem”**, inserido no segundo semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Foram delineados objectivos e actividades específicas para cada contexto de estágio e neste nomeadamente – Serviço de Urgência, o presente dossier temático constituiu uma dessas actividades. A reflexividade enquanto estratégia norteadora deste Dossier é um potencial meio de facilitação do processo de integração e articulação entre a teoria e a prática Fish e Twinn (1997). Pode ser entendido como um pensamento sistemático, crítico e criativo com o intuito de compreender as origens da acção.

A finalidade que se pretende dar a este Dossier insere-se no âmbito do desempenho do trabalho emocional na prática de enfermagem na gestão da emocionalidade da criança e família em situação de isolamento hospitalar.

O facto de ser num Serviço de Urgência que a criança e sua família têm o primeiro contacto com a hospitalização com necessidade de isolamento faz com que este Dossier adquira relevo neste contexto de estágio. Uma equipa de enfermagem desperta para o desempenho do trabalho emocional poderá por certo desenvolver estratégias que facilitem a vivência das crianças e sua família sujeitas a hospitalização com necessidade de isolamento. A literatura consultada permite concluir que a relação enfermeiro/cliente origina o cuidar baseado nas emoções, tal como Watson defende (1999).

A hospitalização por si só já é geradora de múltiplos sentimentos angustiantes para a criança e família, pelo que se torna crucial compreender em que medida o enfermeiro pode intervir para minimizar os efeitos impostos por esta situação, à qual podemos dar o nome de crise (Jorge, 2004). Ao enfermeiro cabe implementar um ambiente acolhedor onde a criança se sinta segura e confiante.

A necessidade de isolamento é uma realidade que algumas crianças e suas famílias vivenciam, este está identificado na CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) como isolamento social e é definido como status comprometido (CIPE, 2010). Alcântara (2007) relaciona o isolamento com o facto de ter que existir o mínimo de contacto com o mundo externo. O conhecimento da criança/família e consequentemente das suas necessidades vai permitir adequar o cuidar a uma

parceria de cuidados entre a tríade e o enfermeiro, contribuindo para que as vivências da hospitalização/isolamento sejam o menos traumatizantes possível e para ganhos em saúde. Além das suas necessidades importa também que expressem os seus sentimentos.

Benner (2001) defende que a enfermeira perita está consciente das vantagens de estar junto do doente, insiste na importância do toque, assim como das relações entre a enfermeira e o cliente. A enfermeira perita fala da importância de permitir que o doente expresse os seus sentimentos. Citando Diogo (2010, p.34) “ (...) o uso das emoções enquanto instrumento terapêutico é de máxima importância, e é mesmo necessário e imprescindível que se identifiquem instrumentos terapêuticos na/para a prática de cuidados de enfermagem. É até urgente pois a finalidade da prática de enfermagem é ser terapêutica.”

O conceito trabalho emocional surge perante o uso das emoções enquanto instrumento terapêutico, como referido em cima. Smith (1988,1991,1992) foi a pioneira dos estudos sobre esta dimensão da enfermagem e defende que este se direcciona para os profissionais e para os clientes dos cuidados de saúde. O estudo de Smith (1992) sobre a aprendizagem de estudantes sugere que as competências relacionadas com o trabalho emocional são aprendidas no local de trabalho de uma forma informal, ou seja, os estudantes aprendem a gerir as emoções adoptando uma abordagem orientada pela tarefa no seu cuidado. A autora citada defende que o trabalho emocional é especializado, tem que ser aprendido da mesma forma que as competências de prestação de cuidados físicos. Nesta linha de pensamento Diogo (2012) defende que o trabalho emocional agrega acções/interacções inseridas no processo de cuidados, de dimensão afectivo - emocional, que têm como objectivo transformar de forma positiva as vivências intensas dos clientes, mas também as dos próprios enfermeiros, com a intenção final de promover o bem-estar dos intervenientes.

Este Dossier encontra-se organizado em capítulos, na introdução é apresentado o propósito do mesmo, de seguida são abordados os vários sub-temas relacionados com a temática, por fim são tecidas algumas considerações finais, são apresentadas as referências bibliográficas usadas para o enquadramento teórico e a bibliografia que compõe o Dossier. Como metodologia para a realização deste documento recorreu-se à pesquisa bibliográfica no Centro de Documentação e Informação da ESEL (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa), recursos informáticos como

pesquisa na Internet, recurso às Sessões lectivas de todas as unidades curriculares e á reflexão sobre a prática clínica diária.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Justificação da área temática

O desenvolvimento actual e as constantes descobertas na área da saúde fazem com que se dê um declínio acentuado a nível das doenças infecto - contagiosas, mas estas não chegam a ser erradicadas. Em Portugal no ano de 2008 ocorreram 26 casos de tuberculose pulmonar em indivíduos de idade pediátrica, por cada 100000 habitantes, em Lisboa ocorreram 34, 8 casos no mesmo ano. (DGS, 2008).

Esta problemática tem evidência a nível legal, o Decreto de Lei 229/94 de 13 de Setembro, visa manter uma protecção adequada de professores e alunos, ou seja, este define que quem contrair umas das doenças enumeradas neste Decreto deve ficar afastado da actividade, de forma a evitar um maior número de contágios – evicção escolar.

O Plano Nacional de Saúde de 2004-2010, defende que a gestão da doença seja ela infecciosa ou crónico degenerativa é uma das áreas de maior actividade do sector da saúde.

2.2. Cuidar da Criança/família sujeita a hospitalização

A visão da criança como um adulto em miniatura foi evoluindo e na altura do cristianismo passou a proteger-se as crianças e os fracos, os doentes e os órfãos, surgiram os primeiros hospitais, sendo que em 1802 foi criado o primeiro hospital pediátrico em Paris. Com a evolução do conhecimento os profissionais de saúde sentiram necessidade de especificar os cuidados à criança e surge assim a especialidade que no âmbito da enfermagem é criada pela portaria 260/73, em 11 de Abril de 1973 – Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica. Esta evolução da visão sobre a criança contribuiu para melhorar os cuidados à mesma.

Para Basto (2009) o cuidar é baseado no princípio que é uma prática que se constrói sobre a interacção enfermeiro - cliente com o objectivo de contribuir para o bem-estar ou diminuir o sofrimento do cliente. Defende ainda que “ (...) o processo de cuidar não é linear, não segue só a um raciocínio lógico de resolução de problemas

mas exige avaliação e intervenção praticamente simultâneas, que resultam da concentração da atenção na vida quotidiana da pessoa/grupo, nas respostas às situações de saúde que estão a viver” (Basto, 2009, p. 13). Hesbeen (2004) afirma que a profissão de cuidar é facilmente considerada como altruísta, ou seja, centrada nos outros, para o bem dos outros, cuidar neste mundo significa debruçar-se sobre a vida, dar atenção à vida e identificar as dificuldades para tentar encontrar soluções. Tal como Wanda Horta defende – enfermagem é gente que cuida de gente.

Num estudo realizado por Oler em 2006 sobre o conhecimento da equipa de enfermagem sobre a criança hospitalizada, as conclusões mostram o cuidar da criança desperta sentimentos de carinho e mesmo amor. De acordo com esta estar presente e ser fonte de cuidado significa incluir o cuidado emocional no processo de cuidar. Ser um elemento terapêutico no cuidar implica ter conhecimento das necessidades, desejos, comportamentos, emoções e sentimentos do cliente – neste caso da criança/família. Os pais experienciam sentimentos angustiantes perante a hospitalização de um filho, sentimentos como negação, raiva e culpa são alguns exemplos entre outros (Diogo, 2000).

É de extrema importância a inclusão dos pais nas decisões para que estes se sintam mais seguros e para que transmitam esta segurança aos seus filhos. São assim necessários programas voltados para os clientes pediátricos que incluam os pais, dando a conhecer procedimentos que ajudem a enfrentar este momento de crise. Quintana (2007, p.414) defende que a atitude emocional dos pais tem um papel preponderante nas reacções da criança sujeita a hospitalização, assim como a criança também os pais necessitam de apoio emocional. Estes facilitam a relação da criança com a equipa de enfermagem, porque funcionam como mediadores, é alguém em quem a criança confia e sente que a protege. A mesma autora defende que quando um filho adocece, por mais estruturada que seja a família todos adoecem.

Segundo Powers (2006) e Fortin (2006) citados por Basto (2009) o significado que é dado a necessidades é de deficit humano, falta de algo que pode ser superado pelos cuidados prestados por enfermeiros. Esta ideia vai em tudo ligada à área temática em estudo, qualquer criança/família hospitalizada tem necessidades específicas mas em isolamento estas tornam-se ainda mais especifica porque estão afastados do seu quotidiano, estão privados dos que mais amam, ficam confinados a um espaço físico do qual não podem sair, o contacto com outras pessoas além do pai/ mãe e profissionais é muito reduzido.

Os cuidados de saúde pediátricos visam, entre outras finalidades minimizar o sofrimento associado à experiência de hospitalização, e prevenir sequelas derivadas desta experiência. Mas a interrupção das rotinas diárias, a exposição a tratamento dolorosos, a necessidade de realizar meios de diagnóstico, o contacto com pessoas estranhas e o facto de não ter controlo sobre as situações contribui para que a hospitalização comporte inevitavelmente uma experiência emocionalmente negativa. Porém a vivência emocional da criança/família em situação de hospitalização pode ser transformada numa experiência menos negativa com a ajuda de acções/interacções terapêuticas por parte dos enfermeiros, o que pode ter repercussões noutras experiências posteriores.

Brodsky (1989) citado por Brez (2002) refere que quando hospitalizadas as crianças têm que fazer um ajuste emocional à doença. A hospitalização pode afectar uma criança a nível emocional, interferindo com o seu desenvolvimento, este autor refere que em estudos realizados cerca de 30% das crianças hospitalizadas apresentam alterações emocionais quer sejam a curto ou longo prazo.

2.3 A criança/família em situação de isolamento hospitalar

De acordo com o Boletim Informativo N^o 44/05 do Hospital D. Estefânia (2006), define-se isolamento como a separação de pessoas infectadas com determinado agente infeccioso, sob condições que permitam a sua transmissão directa a outros indivíduos, durante o período de doença activa, ou a protecção de doentes imunodeprimidos sob condições que lhes previnam a transmissão de agentes infecciosos. Ainda segundo o mesmo, podem referir-se dois tipos de isolamento: protector e de contenção. Em ambos os casos é necessário recorrer ao uso de quartos individuais.

Isolamento significa “(...) proteger o paciente em si e dos outros pacientes internados, ter o mínimo de contacto com o mundo externo. A criança fica em situação de abandono, de limitação de actividades e estimulação ao extremo e de intensificação do seu sofrimento” (...) é preciso oferecer actividades que a ajudem a manter a percepção da realidade, minimizando os efeitos negativos da hospitalização prolongada” (Alcântara, 2007, p.48). Na mesma linha de pensamento, outra autora defende que os isolamentos criam uma barreira física e social entre a criança e o mundo externo. (Cardim, 2008)

As unidades de isolamento geram um elevado nível de ansiedade, quer às crianças quer aos seus acompanhantes, pela limitação de estímulos exteriores. Esta noção vai ao encontro Hockenberry *et al* (2006) defende ou seja, o facto da criança ficar em isolamento faz com que fique mais triste do que as que estão hospitalizadas em enfermarias, porque em isolamento a separação é dos que ama e dos seus contactos sociais. A preparação é essencial para que a criança se sinta com algum controle sobre a situação.

Cardim (2008, p.33) refere que os contactos que a criança tem são reduzidos por isso a “ (...) a equipa de enfermagem assume um papel de destaque neste cenário, pois além de ter que lidar com os seus medos e anseios, tem que lidar com as reacções e necessidades especiais da criança e sua família (...) são necessárias algumas estratégias de cuidado para manejar e minimizar o stress da criança, da família e da própria equipa de enfermagem (...) os cuidados à criança têm que envolver comunicação, respeito, compromisso, afecto, compaixão, apreço, sensibilidade e toque.” (Cardim, 2008, p.33).

O saber experiencial puramente empírica e observacional na Unidade de Infeciologia permite afirmar que algumas crianças reagem ao isolamento de forma menos exuberante que outras. Por outro lado, enquanto que alguns não exteriorizam as suas emoções e não verbalizam o efeito que o isolamento tem sobre a forma como vivem o seu quotidiano forçosamente solitário, outros há que não só explicitam o seu descontentamento com as restrições sociais e ambientais, como assumem posturas por vezes agressivas para com os profissionais. Hospitalizações em regime de isolamento são, habitualmente, de duração prolongada, verificando-se, nestes casos, uma reorganização da rotina da criança em torno das rotinas hospitalares, o que provoca uma perda de importância e centralidade das ligações que esta apresentava com a escola, o grupo de pares e o próprio lar (Pires, 1998). Outro factor ansiogénico que é possível identificar nas crianças com necessidade de isolamento hospitalar, é a utilização de meios de protecção pessoal por parte dos profissionais. Normalmente consistem em máscara, touca, bata, luvas e botas protectoras, o uso destes meios reveste-se de todo um aparato que todos aqueles com quem os profissionais contactam nestas condições referem como assustador. Em várias situações de isolamento, também os pais têm que usar estes dispositivos de protecção o que não é bem aceite pelas crianças, estas passam a ver os pais com “apetrechos” estranhos.

2.4 Intervenções de enfermagem na gestão da emocionalidade da criança/família em isolamento hospitalar

Honoré (2004) defende as pequenas coisas na prática de cuidados pois estas são actos que fazem com que o cliente se sinta considerado e valorizado enquanto pessoa que vive uma experiência. As acções/intervenções tendem a desenvolver mecanismos que auxiliam o cliente a ultrapassar situações causadoras de ansiedade através do empowerment, da informação e do conforto. Estas estratégias de intervenção têm por base o trabalho emocional, ou seja, a capacidade que o enfermeiro apresenta para ajudar o cliente a lidar com as suas emoções.

Smith (1992), estudou o trabalho emocional aplicado à ciência e prática de enfermagem e identifica as componentes deste como sendo dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, usar o humor, ter paciência, aliviar o sofrimento, conhecer o cliente e ajudar a resolver os seus problemas. O trabalho emocional do enfermeiro visa ajudar o cliente a lidar com as emoções que sente em determinada situação emocionalmente intensa, tal como defende Diogo (2012), o enfermeiro para promover o bem-estar e alívio do sofrimento do cliente deve usar as emoções enquanto instrumento terapêutico. Já Lopes (2006) defende que o enfermeiro ajuda o cliente a gerir as suas emoções usando, duas estratégias: dar espaço ao cliente, e apoiando a expressão de sentimentos ou regulando a expressão de sentimentos. " Em enfermagem pediátrica o papel do enfermeiro incide numa ajuda emocional à criança ou jovem e família através de práticas terapêuticas" (Diogo, 2012).

No estudo de Diogo foram identificadas várias estratégias e instrumentos terapêuticos que promovem a gestão emocional dos clientes são elas promover um ambiente seguro e afectuoso, o facto de os cuidados serem nutridos com afecto, a gestão de vivências emocionalmente intensas, a construção da estabilidade na relação e a disposição emocional para cuidar dos enfermeiros. Estas levam à modificação de estados emocionais mais perturbadores em estados emocionais mais tranquilos e de bem-estar. As estratégias de gestão das emoções dos clientes identificadas foram categorizadas em 2 grupos: gestão emocional de antecipação e gestão das emoções reactivas. A primeira visa disponibilizar informação de

antecipação e a segunda visa gerir episódios de emocionalidade excessiva. A nível da gestão emocional de antecipação destaca-se a - postura calma e carinhosa, mostrar disponibilidade, preparação para os procedimentos, fornecer explicações/informações, favorecer a expressão de sentimentos, dar reforço positivo e a distracção. As estratégias identificadas a nível da gestão de emoções reactivas são: envolver a família nos cuidados, explicar e esclarecer dúvidas, fazer pausas, fomentar a esperança, colocar-se ao lado, dar carinho, diferenciar os momentos, desviar o foco de atenção e encorajar e restringir.

Uma das actividades que a criança desempenha com prazer é brincar, a criança saudável brinca porém se a criança que está hospitalizada tiver condições porquê não brincar?

Tal como Oliveira et al (2008) defende uma criança não precisa de motivos ou razões para brincar”. O brincar representa um recurso para a criança perceber o mundo que a rodeia. Vários autores defendem que o brinquedo facilita a expressão de sentimentos, porque estes são transferidos para as personagens da brincadeira. Diogo (2010), na revisão da literatura identificou várias práticas de enfermagem que ilustram a actuação do enfermeiro perante o cliente pediátrico na gestão do seu estado emocional: o brincar, actividades com música, espaços de expressão emocional, informação/explicação, humor, dádiva de afecto e esperança, presença, postura afectiva e amigável, ambiente calmo e seguro na hospitalização, estas possibilitam a satisfação das necessidades emocionais dos clientes. Muitas destas acções/interacções não são consideradas terapêuticas, mas é crucial salientar a importância das mesmas na gestão das vivências emocionais da criança/família hospitalizadas inscritas nos cuidados de enfermagem pediátricos.

O brincar pode ser usado com fins terapêuticos como refere Oler (2006) ao referir que jogos e brincadeiras terapêuticas são usados para reduzir o trauma da doença e da hospitalização e para preparar as crianças para procedimentos terapêuticos. A escolha dos brinquedos é muito importante e depende do objectivo que se tem com esta actividade, pode ser lúdica ou pode pretender prepara a criança para determinados procedimentos. Tal como Motta (2004) refere que ao oferecer materiais hospitalares em forma de brinquedo, a criança enquanto os manipula expressa os seus temores e ansiedade. São várias as estratégias que a criança usa para lidar com a ansiedade resultante da hospitalização, mas o brincar é das mais usadas e com melhores resultados. Vários são os autores (Mitre (2002), Motta (2007), Enumo (2004), Oliveira (2004), citados por Mussa (2008) que apontam que o

brincar é uma estratégia que permite a expressão de sentimentos, preferências, medos, hábitos. Brez (2002) chega mesmo a defender a musicoterapia como benefício para crianças que estão hospitalizadas com necessidade de isolamento. Hockenberry *et al* (2006) destaca que a brincadeira proporciona uma das melhores formas para estimular a criança a nível da expressão emocional, minimizando traumas, e fornecendo subsídios aos enfermeiros desta área a nível da prestação de cuidados, ou seja, tornamo-nos mais próximos da criança.

De acordo com Barros (2003), outra forma de prevenir os efeitos da hospitalização é recorrer a programas de preparação para a hospitalização de urgência e programada, dirigidos às crianças ou aos pais. Esta defende que os programas dirigidos à criança saudável são os mais lógicos na prevenção da ansiedade relacionada com hospitalizações de urgência. Nos programas para a hospitalização não planeada, em que a ansiedade é superior pelo factor surpresa, não é possível uma preparação antecipada é necessário que algum profissional se disponha a preparar a criança/família, explicitando as regras, condições e os procedimentos aos quais a criança vai ser submetida.

Importa salientar que “ (...) os enfermeiros fornecem ferramentas de confronto aos clientes para estes fazerem face ao seu sofrimento, conseguindo sentir maior controlo e fazendo uma eficaz gestão das suas emoções, aliviam o sofrimento associado à vivência da doença e hospitalização” (Diogo, 2010, p.175).

2.5 Teoria de enfermagem de suporte á intervenção de enfermagem

- Jean Watson

A prática da enfermagem assenta em teorias beneficiando assim, o cliente ao fornecer uma perspectiva sistemática e inteligente do que é o exercício profissional do enfermeiro. A teoria de enfermagem ajuda o enfermeiro a organizar, compreender e analisar os dados do cliente, tomar decisões sobre intervenções de enfermagem, planear o tratamento do doente, prever os resultados desse tratamento e avaliar os resultados do doente (Alligood e Tomey, 2004).

Com o objectivo de enfatizar o desempenho do trabalho emocional dos enfermeiros na gestão da emocionalidade da criança e família em situação de isolamento hospitalar, considerou-se pertinente adoptar a Teoria do Cuidar de Watson, também conhecida como a Escola do Caring.

A escola do Cuidar situa-se no Paradigma da transformação, ou seja, num contexto de abertura para o mundo, caracteriza-se por ser dinâmico e disponível para as mudanças, representa a abertura das ciências de enfermagem para o mundo. Watson (2002) refere que o processo de cuidar é mediado pela relação entre o enfermeiro e o cliente. É defensora de que cuidar implica envolvimento pessoal e a partilha de emoções. A função de enfermagem é cuidar da totalidade da personalidade da pessoa, valorizando as experiências únicas e globais, o cuidar não é apenas uma emoção, é o ideal moral da enfermagem, o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Envolve valores, vontade, conhecimentos, acções carinhosas e suas consequências. Todo o cuidar está relacionado com respostas humanas intersubjectivas às condições saúde – doença. Quem cuida tem como características o facto de compreender o outro como ser único, compreender os seus sentimentos e distingui-los. Cada pessoa traz para o momento presente o seu próprio e único passado causal (o que acontece com as crianças, as reacções à hospitalização e isolamento dependem de experiências anteriores).

Sendo o objecto de estudo o desempenho do trabalho emocional na prática de enfermagem na gestão da emocionalidade da criança e família, não podem deixar de ser citados outros autores que estão intimamente ligados a esta temática. Aristóteles referiu-se às emoções como estando ligadas à acção derivando daquilo em que acreditamos. Mais tarde Descartes define seis emoções fundamentais – espanto, desejo, alegria, amor, ódio e a tristeza. Para Darwin as emoções estão ligadas a algo que considera primitivo. Freud defendeu que as emoções nem sempre são claras, tornam-se mais claras quando falamos e reflectimos sobre elas. Collière (2003) defende que aprender a perceber emoções e sentimentos, tanto dos prestadores de cuidados como das pessoas cuidadas é muito importante. Daniel Goleman ao falar de inteligência emocional refere a auto - consciência como o reconhecer de um sentimento quando este ocorre. É importante reconhecer as emoções dos outros, mas só reconhecendo as nossas é que podemos reconhecer as do outro.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dimensão emocional está presente em todos os cuidados prestados, mas é essencial na área da enfermagem pediátrica na sua vertente terapêutica. As emoções estão na base das relações interpessoais, logo são a base da relação enfermeiro/cliente. O enfermeiro oferece então trabalho das emoções numa perspectiva de ajudar o cliente a lidar com estas.

Só é possível cuidar em enfermagem, ou seja, ajudar a criança/família a alcançar o seu máximo potencial de bem-estar, ao conseguir transpor para a prática conhecimentos teóricos adquiridos, mobilizar saberes da experiência, fazer uma reflexão crítica e auto-formativa do desempenho, de forma a promover o crescimento e desenvolvimento como profissionais. Só dessa forma, se poderá contribuir para a excelência dos cuidados de enfermagem prestados, à criança, família e comunidade obtendo ganhos em saúde.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldridge, M. (1994). Unlimited liability? Emotional labour in nursing and social work. *Journal of Advanced Nursing*, 20(4), 722-728. Retrieved from EBSCOhost.
- Alcantara, E.B. (2007). Criança hospitalizada.o impacto do ambiente hospitalar no seu equilíbrio emocional. *Rev. Virtual Psic. Hospitalar e da Saúde*, 3(6),38-55
- Alves, M. (2004). Etapas da Metodologia de Projecto. *Revista O Professor*, 5, 30-33
- Azevedo, M. (2009). *Teses relatórios e trabalhos escolares (7ªed.)* Lisboa: Universidade Católica
- Azevedo, C.A.M.; Azevedo, A.G.(2008). *Metodologia Científica - contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos (9ªed.)*. Lisboa: Universidade Católica
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi.
- Barros, L. (1998). As consequências psicológicas da hospitalização infantil: prevenção e controlo. *Análise Psicológica*, 1, 36-47
- Basto, M.L. (2009). Investigação sobre o cuidar em enfermagem e a construção da disciplina. *Pensar enfermagem*,13 (2), 11-19
- Basto, M.L., Rosa, J.C. (2009a). Necessidade e necessidades. *Pensar enfermagem*,13 (1), 13-23
- Benner, P.(2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2000). The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nursing Philosophy*, 1(1), 5-19. Retrieved from EBSCOhost.
- Bessa, Eliana (2007) – Criança hospitalizada: o impacto do ambiente hospitalar no seu equilíbrio emocional. *Psicopio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 3 (6)
- *Boletim Informativo Nº 44/05*. (2006). Lisboa:Hospital D. Estefânia.

- Brez, Courtney (2002) .Review of literature: effects of hospitalization. *Journal of Advanced nursing*, 37 (6), 10-15. Retrived from EBSCO host
- Botelho, J. (1996). O trabalho de projecto na prática do enfermeiro. *Enfermagem em Foco – SEP*, 23, 43- 46.
- Bradberry, T.; Greaves, J. (2008). *Guia Prático da Inteligência Emocional*. Lisboa: Bertrand Editora
- Brazelton, T.B; GREENSPAN, S. (2006). *A criança e o seu mundo* (6ª ed). Lisboa: Editorial Presença.
- Cardim, M.G. *et al* (2008) . Crianças em isolamento hospitalar: relações e vivências com a equipe de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 16 (1), 32-8
- Colliere, M. (1999). *Cuidar...a primeira arte da vida* (2ªed.). Loures: Lusociência
- Comissão de Controlo de infecção hospitalar (2001). *Precauções na Prevenção de Transmissão de Microorganismos (Isolamentos)*. Hospital D. Estefânia – Manual da Qualidade. Lisboa
- Conferência Internacional para a Promoção da Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Canadá: OMS
- Conselho Internacional de Enfermeiras (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP) Versão 2*. Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Damásio, A. (1995) .*O Erro de Descartes, Emoção, Razão e Cérebro Humano* (9ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa América
- Davies, H.; Rees, J. (2000).Psychological effects of isolation nursing (1): mood disturbance. *Nursing Standard*, 14(28),35-38.
- Diogo, P. M. J. (2000). Necessidades de apoio dos familiares da criança com doença oncológica no 1º internamento. *Pensar Enfermagem*, 4(1),12-24
- Diogo, P. M. J. (2010). *Metamorfose da experiência no acto de Cuidar: o processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Tese de Mestrado
- Diogo, P. M. J. (2000). Uma orientação para cuidar....a criança. *Servir* 49(1),17-21
- Diogo, P. M. J. (2006). *A vida emocional do Enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau

- Diogo, P.M.J. (2010a) – Gestão emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da actividade de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14 1(1), 24-38
- Decreto-Lei nº 229/94, de 13 de Setembro
- Fernandes, M.T. (2009). Metodologia de projecto. *Servir*. 47(5), 233 – 236.
- Figueiredo, R., & Turato, E. (2001). Needs for assistance and emotional aspects of caregiving reported by AIDS patient caregivers in a day-care unit in Brazil. *Issues In Mental Health Nursing*, 22(6), 633-643. Retrieved from EBSCOhost.
- Fish; Twinn (1997). *Quality Clinical Supervision in the Health Care Professions: Principled Approaches to Practice*. Oxford: Butterworth Heinemann
- Gray, B.(2009) .The emotional labour in nursing 1: exploring the concept. *Nursing Time*,.105(8), 26–29
- Gray, B.; Smith, M. (2009). Emotional labor and the clinical settings of nursing care: the perspective of nurses in East London. *Nurse education in Practice*. 9, 253-261
- Goleman, D.(2005). *Trabalhar com inteligência Emocional (3ª ed.)*. Lisboa: Temas e Debates
- Goleman, D.)2009). *Inteligência Emocional(13ª ed.)*. Lisboa: Temas e Debates
- Henderson, A. (2001). Emotional labor and nursing: an under-appreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry*, 8 (2), 130-138. Retrieved from EBSCOhost.
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência
- Huynh, T., Alderson, M., & Thompson, M. (2008). Emotional labour underlying caring: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 64(2), 195-208. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04780.x
- Instituto de apoio á criança (2002). *Legislação - Criança, Adolescente e Saúde. Humanização dos serviços de atendimento à criança*. Lisboa: IAC
- Instituto de apoio á criança (1998). *Legislação –bCarta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: IAC

- Jorge, A.M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança. (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência
- Junqueira, M. F.(2003). A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiência. *Estudos de Psicologia*, 8, 193-197
- Lima, R.A.G., S.M.M.Scochi (1999). Assistência á criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*, 17(2), p.33-39
- Lopes, M.J. (2006). A relação enfermeiro doente como intervenção terapêutica. Coimbra:Formasau.
- Machado. M.P.M.; Martins D.G.(2002). A criança hospitalizada. Espaço potencial e o palhaço. *Boletim Iniciação Científica em Psicologia*, 3(1), 34-52
- Maunder, E.Z. (2008). Emotions management in children`s palliative care nursing. *Indian J palliative Care*, 14(1), 45-50
- Mazhindu, D. (2009). Ideal nurses and the emotional labour of nursing. *Nurse Researcher*, 16(2), 91-94. Retrieved from EBSCOhost.
- Monteiro, M. (s.d). A metodologia de trabalho de projecto. Recuperado em 2011, Julho 10, de <http://www.cienciahoje.pt/35123>
- Motta, A., Enumo, S. R. (2004). Brincar no hospital: uma estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Revista Psicologia em Estudo*,9(1),19-28
- Mussa, C.; Malerbi, F.E.(2008). O impacto da actividade lúdica sobre o bem estar de crianças hospitalizadas. *Psicologia: teoria e Prática*, 10(2),83-93 Retrieved from EBSCOhost.
- Oler, F., Vieira, M.R.(2006). O conhecimento da equipe de enfermagem sobre a criança hospitalizada. *Arq ciências Saude* ,13(4), 191-197
- Oliveira, L.D.B. *et al* – Brincar como agente promotor de saúde no desenvolvimento infantil. *Revista Ciência Humanas*. 42. (1 e 2), 193-215
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. Cadernos Temáticos – Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional – Caderno temático*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico de Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Pearson, A.; Vaughan, B.(1992). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Lisboa: ACEPS.
- Pereira, Sandra; *et al* (2002) .Humanização do atendimento da criança no serviço de urgência. *Informar*, 29, 30-33
- Pires, A.(1998). Psicologia pediátrica: História, actualidade e formação. *Análise Psicológica: Psicologia Pediátrica*, 1, 5-26.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. (6ª ed.). Philadelphia: Lippincott
- Portugal Direcção Geral de Saúde (2002). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação (Orientações Técnicas;12)*. (2ªed.). Lisboa: D.G.S.
- Portugal. Direcção Geral da Saúde (2008). *Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Divisão de Estatísticas de Saúde Elementos Estatísticos: Informação Geral*. Lisboa: D.G.S.
- Phaneuf (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lisboa: Lusociência
- Quintana, A.M. [*et al*] (2007). A vivência hospitalar no olhar da criança internada. *Ciência Cuidado e Saúde*, 16(4), 415-423
- Reid, B. (1993) But we're doing it already! Exploring a response to the concept of reflective practice in order to improve its facilitation. *Nurse Education Today* ,13(4), 305-309.
- Rees, J. *et al* (2000). Psychological effects of source isolation nursing (2): patient satisfaction. *Nursing Standard*, 14(29),32-36
- Roob, S. (2000).The effect of therapeutic music interventions on the behavior of hospitalized children in isolation: developing a contextual support model of music therapy. *Jornal of Music Therapy* , (2), 118-146
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa*. (2ªed.). Lisboa: Moraes Editores
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *The journal of consulting Psychology* ,(21),95-103

- Rose, J., & Glass, N. (2010). An Australian investigation of emotional work, emotional well-being and professional practice: an emancipatory inquiry. *Journal of Clinical Nursing*, 19(9-10), 1405-1414. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02997.x
- Smith, M. (1999). Caring and the science of unitary human beings. *Advances in Nursing Science*, 21(4), 14-28. Retrieved from EBSCOhost.
- Shimamya, T., Nobuyoki, T., Yoshimitsu, H., Sonoe, W., Hirotake, K., & Motohiko, M. (2004). Effects of 10-day confinement on the immune system and psychological aspects in humans. *Journal of Applied Physiology*, 97(3), 920-924. Retrieved from EBSCOhost.
- Stayt, L. (2009). Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(9), 1267-1275. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02712.x
- Swanson, K.M. (1993). Nursing as informed caring for the caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4),352-357
- Tattam, A. (1994). What heals the healers?... how do you cope with the emotional labour of nursing?. *Australian Nursing Journal*, 1(11), 3. Retrieved from EBSCOhost
- Tomey, A.M., Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, uma teoria de Enfermagem*; Loures: Lusociência
- Watson, J. (2003). Love and caring. Ethics of face and hand – an invitation to return to the heart and soul of nursing and our deep humanity. *Nur Adsm*,27(3),197-202
- Watson, J., & Smith, M. (2002a). Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), 452-461. Retrieved from EBSCOhost.
- Wijstra, J. (1992). The emotional labour of nursing (book). *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 12-68. Retrieved from EBSCOhost.
- Whaley, L. Wong, D.(1999). *Enfermagem Pediátrica – Elementos essenciais à intervenção efectiva*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

5. BIBLIOGRAFIA DO DOSSIER TEMÁTICO

- Avers, I. (2007). Music therapy in pediatrics. *Clinical Pediatrics*, 46(7), 575-579
- Agostinho, L.M.C.F. (2010). Competência emocional em enfermeiros um estudo em hospitais públicos
<http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2008001353>
- Barros, L. (1998). As consequências psicológicas da hospitalização infantil: prevenção e controlo. *Análise Psicológica*, 1, 11-28
- Benner, P. (2000). The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nursing Philosophy*, 1(1), 5-19. Retrieved from EBSCOhost.
- Berto, C.E.O. (2009). A importância do brincar no contexto hospitalar percepção e compreensão da equipe de enfermagem. *Revista de psicologia da UNESP*, 8(2), 154-57
- Cardim, M.G. *et al* (2008) . Crianças em isolamento hospitalar: relações e vivências com a equipe de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 16 (1), 32-8
- Coutinho, Maria Teresa (2004). Apoio á família e formação parental. *Análise psicológica*, 1 (XXII), 55-64
- Diogo, P.M.J. (2010a) – Gestão emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da actividade de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14 1(1), 24-38
- Ferro, F.O; Amorim, V.C.O. (2010). The emotions in the children`s hospital.
<http://www.pesquisapsicologica.pro.br/pub01/fabricya.htm#ref19AS>
EMOÇÕES
- Gray, B.; Smith, M. (2009). Emotional labor and the clinical settings of nursing care: the perspective of nurses in East London. *Nurse education in Practice*. 9, 253-261
- Haiat, Hana *et al*. (2003). The world of the child. A world of play even in the hospital. *Journal of advanced Nursing*, 18(3), 209-214
- Hall, C. (2000). Enhancing the state of play in children`s nursing. *Journal of child health care*, 4(2), 49-54

- Henderson, A. (2001). Emotional labor and nursing: an under-appreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry*, 8 (2), 130-138. Retrieved from EBSCOhost.
- Holmes, A. (2004). Na emotional roller coaster. A parent`s perspective of ICU. *Paediatric Nursing*, 16(1), 40-43
- Junqueira, M. F.(2003). A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiência. *Estudos de Psicologia*, 8, 193-197
- Quintana, A.M. et al. (2007). A vivência hospitalar no olhar da criança internada. *Ciência Cuidado e Saúde*, 16(4), 415-423
- Levy, K.Z. (2006). Nursing the child who is alone in the hospital. *Paediatric Nursing*,32(3), 226-237
- Lopes, M.J. (2005).Os clientes e os enfermeiros. Construção de uma relação. *Rev.Esc.Enf.USP*,39(2), 220-228
- Maunder, E.Z. (2008). Emotions management in children`s palliative care nursing. *Indian J palliative Care*, 14(1), 45-50
- Mitre, R.M.A. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência e saúde colectiva*.9(1), 147-154
- Mitre, R.M.A. (2007). A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais”.*Ciência e Saúde Colectiva*.12(5), 1277-1284
- Mussa, C.; Malerbi, F.E.(2008). O impacto da actividade lúdica sobre o bem estar de crianças hospitalizadas. *Psicologia: teoria e Prática*, 10(2),83-93 Retrieved from EBSCOhost.
- Payne, J.S (2003). Emotional support and the role of clinical nurse spacialists in palliative care. *Journal of advanced nursing*, 43(5), 521-530
- Oliveira, L.D.B. et al. (2008).Brincar como agente promotor de saúde no desenvolvimento infantil. *Revista Ciência Humanas*. 42. (1 e 2), 193-215
- Silva, R.C.C., et al. (2010). Sentimentos das mães durante a hospitalização dos filhos:estudo qualitativo, *Rev. Soc. Enf. Ped*.10(1), 23-30
- Sharon, C. B. (2000). Who cares? Ofering emotion work as a gift in the nursing labour process. *Journal of advanced Nursing*, 32(3), 580-586
- Shields, L. (2002). The parent-staff interaction model of pediatric care. *Journal of Pediatrics Nursing*, 17(6), 442-449

- Warner, Helen (2006). Living with disability:part2. The child/family/nurse relationship. *Paediatric Nursing*.18(2),38-43
- Watson, Jean (2003). Love and caring. Ethics of face and hand – An invitation to return to the heart and soul of nursing and our deep humanity. *Nurs. Admin.* 27(3), 197-202

APÊNDICE XXI

**Caracterização da estrutura física e organizacional da Unidade de
Gastroenterologia/Infeciologia do Hospital de Santa Maria**

APÊNDICE XXI

Caracterização da estrutura física e organizacional da Unidade de Gastreenterologia/Infecçiology do Hospital de Santa Maria

As Unidades coexistem no mesmo espaço, e 2 quartos estão destinados à Unidade de Gastreenterologia com uma lotação de 4 camas e na Unidade de Infecçiology a lotação é de 10 camas, 4 destes quartos de isolamento comportam duas camas, e dois destes dois quartos de isolamento, são de pressão negativa.

Todos os quartos dispõem de uma casa de banho privativa, com duche, para os pais poderem realizar a sua higiene pessoal tal como os seus filhos com privacidade. Cada unidade do utente, dispõe de uma rampa de oxigénio, O2 comprimido e rampa de aspiração, mesas de apoio, campainhas para os pais ou crianças, poderem chamar os profissionais de saúde e um sofá para os acompanhantes das crianças, poderem estar confortáveis e descansarem durante a noite. Em todas as unidades existem ainda maquinas perfusoras para cada utente. Foi ainda concebido um quarto que funciona como Hospital Dia, para as crianças que precisam de cuidados mas em ambulatório. Fazem ainda parte do serviço as salas de arrumos, farmácia, copa, sala de actividades para as crianças, zonas limpas e intermédias e ainda zonas para lixos e roupas sujas.

Para os funcionários, existe uma copa.

Na Unidade de Gastreenterologia, as patologias mais frequentes, são:

- Gastroenterites, Insuficiências Hepáticas, Colestases, Hepatites, Desidratações, Mal nutrição, Alergias alimentares, Refluxo Gastro-Esofágico, Hemorragias Digestivas, Colites Ulcerosas, Anorexia Nervosa

Na Unidade de Infecçiology, as patologias mais frequentes, são:

- Meningites virais e bacterianas, Sepsis, Bacteriemia Oculta, Abscessos cerebrais, Encefalites, Varicela, Celulites, Otomastoidites, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Tuberculose.

RECURSOS HUMANOS

A equipa de enfermagem, é constituída actualmente por dezassete elementos, 11 de 42 horas, 5 de 40 horas e uma de 35 horas semanais. O serviço é assegurado no mínimo por três elementos de enfermagem e uma auxiliar de acção médica, durante

os turnos da tarde, noite, feriados e fins-de-semana, ficando um elemento de enfermagem na Unidade de Gastreenterologia e dois elementos na Unidade de Infeciologia, e a auxiliar de acção médica dá apoio a ambas as unidades. Fazem ainda parte do serviço, uma secretária de unidade, uma educadora de infância, uma professora, dietista e assistente social. A unidade conta, também com o apoio de outros técnicos de saúde sempre que necessário (psicólogos, pedopsiquiatras, fisiatras, fisioterapeutas, entre outros).

MISSÃO E VALORES

E como valores referencia “Os Valores Centrais partilhados pelos profissionais do Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. são:

- Princípios Éticos, de respeito pela dignidade humana e responsabilidade social;
- Excelência dos serviços prestados à Comunidade;
- Competências científicas e técnicas;

APÊNDICE XXII

**Reflexão sobre momentos de partilha de vivências com as mães
das crianças hospitalizadas com necessidade de isolamento**

APÊNDICE XXII

Reflexão sobre momentos de partilha de vivências com as mães das crianças hospitalizadas com necessidade de isolamento

Local de estágio: Unidade de Gastreenterologia/Infecciologia do Hospital de Santa Maria

Foram instituídos momentos de partilha de vivências e ventilação de sentimentos com 2 mães de crianças em situação de isolamento hospitalar (não se conseguiu um maior número de experiências neste âmbito devido às circunstâncias envolventes). Desta partilha foi possível perceber que esta foi a primeira hospitalização com doença infecto-contagiosa – varicela (hospitalizada há 15 dias) e tuberculose pulmonar (hospitalizada há 2 meses). Com o desenrolar desta intervenção proporcionou-se um espaço de expressão emocional muito enriquecedor e ambas as mães acabaram por chorar. Tendo em conta o objectivo traçado considerou-se interessante realizar uma síntese destes momentos.

Foi possível perceber que cada família tem as suas necessidades específicas, daí que reconhecer a individualidade das famílias é muito importante face à necessidade de hospitalização. Estes momentos não podem generalizar uma realidade porque apenas espelham as vivências/emoções/necessidades de duas mães de crianças hospitalizadas com necessidade de isolamento.

Procedeu-se ao registo das vivências partilhadas (sic):

- Uma das crianças com diagnóstico de varicela referiu que gostava de estar num quarto com mais crianças para poder brincar.
- Ambas referiram desagrado em ter que permanecer com os dispositivos de protecção individual.
- Achavam os quartos muito pequenos, sem bonecos, sem cor, sem actividades às quais estavam habituados. O ambiente é escuro, os quartos apesar de aquecidos são frios. A mãe de uma criança questionou sobre a possibilidade de poder ter no quarto lápis de cor e tintas, porque o filho gostava muito de desenhar e ficava muito calmo. Outra mãe questionou o facto de poder ter algo onde ouvir música, porque o filho estava muito habituado e isto acalmava ambos.
- As mães referiram preocupações relacionadas com os outros filhos que tinham, com a organização da casa, com a falta de actividades.

- Mostraram alguma necessidade em ter computador e internet para se manter em contacto com os outros filhos, família mais próxima e com o trabalho.
- Foi identificada alguma ansiedade no discurso relacionada com o tempo da hospitalização e com o tempo de necessidade de permanecer em isolamento.
- Uma das mães referiu dificuldade em manter os dispositivos de protecção individual, nomeadamente a máscara por apresentar uma patologia de base. Referiu ainda receio em aumentar de peso pela patologia de base e diminuição de actividade.
- Ambas as mães se mostraram ansiosas com a alimentação dos filhos (o facto de não poderem ter alimentos dentro do quarto)
- As mães referiram que se estavam a sentir sozinhas, tinham momentos de grande ansiedade e depressão, sentiam raiva, medo e até desespero por estarem ali fechadas, isoladas a ver os filhos a sofrer e sem poder fazer nada.
- Referiram necessidade de prestar os cuidados aos filhos como faziam até agora, mas precisavam de mais informação em relação à situação de saúde.
- A equipa de enfermagem é muito presente, mas referem que o reduzido número de profissionais e elevado número de crianças hospitalizadas não permite que estejam mais tempo junto da criança e da mãe. No entanto salientaram que a equipa era muito disponível - mostraram sempre preocupação em relação à alimentação da criança e da mãe, em relação ao repouso das mães, à noite davam um lençol para se taparem, e que apesar de não terem toalhas para o banho das mães estas acabavam por ser fornecidas quando necessário. Sempre
- Uma das mães referiu que entrava quase em pânico quando via entrar a enfermeira, porque isto significava sofrimento para o filho.
- Uma mãe referiu sentir-se culpada da doença do filho, e que sentia vergonha de contar aos familiares mais próximos que não podiam receber visitas porque o filho tinha uma doença infecto-contagiosa e estavam em isolamento.
- As mães referiram insónias no período nocturno e sono excessivo no período diurno, sentiam uma desorganização hormonal estranha.
- Ambas as mães referiram querer estar no lugar dos filhos, queriam sofrer elas o que eles estavam a sofrer, causava-lhes muita ansiedade ver o sofrimento dos filhos.
- Ambas as mães referiram que o facto de rezarem e se "apegarem" com Deus as ajudava de alguma forma a enfrentar a situação.

- As mães referiram ainda que em muitas ocasiões não reconheciam o comportamento dos filhos, achavam que tinham comportamentos diferentes do habitual, mais agressivos, mais exigentes.
- As mães mostraram-se ansiosas acerca do momento da alta, uma das questões que levantaram foi sobre o facto da criança poder ou não frequentar logo a escola, e o que iriam pensar os amigos ao saberem deste tipo de doença.

Após a análise destes espaços de partilha houve necessidade do seu confronto com as principais concepções de enfermagem e evidência científica actualizadas.

A permanência dos pais junto dos filhos durante a hospitalização levou a mudanças inevitáveis que contribuíram para a reflexão por parte dos enfermeiros sobre a organização dos cuidados de forma a dar resposta às necessidades da criança e sua família. Ao pensar na criança hospitalizada temos que ter em conta que esta está inserida numa família que por sua vez está inserida numa comunidade, assim ao falar de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica falamos inevitavelmente nos cuidados à criança e sua família. Cuidar da criança é também cuidar dos pais/família, o que implica um conhecimento que permita a identificação das suas necessidades promovendo uma melhor adaptação à doença. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), define a família com base nas suas características, é um grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A família tem um papel relevante na saúde e na doença de cada um dos seus constituintes. Bowlby (1993), citado por Oliveira e Collet (1999) defendia que o amor materno, na infância e na juventude, é tão importante para a saúde mental quanto as vitaminas e proteínas são para a saúde física.

A hospitalização infantil tem repercussões na vida da criança, mas também altera a dinâmica familiar e leva a sentimentos ambíguos pela perda de controlo na dinâmica familiar, da insegurança quanto à capacidade de retomar o equilíbrio e ainda devido às dúvidas relacionadas com a doença do filho hospitalizado. Cada família apresenta necessidades diferentes perante a hospitalização de um filho, porque cada família é única, daí que a abordagem tem que ser realizada de forma individual sem se poder generalizar. Silva *et al* (2010) realizou um estudo qualitativo cujo objectivo foi conhecer os sentimentos das mães no quotidiano da hospitalização dos

seus filhos e os resultados mostram sentimentos de tristeza, sofrimento, cansaço, vontade de estar no lugar dos filhos. " A hospitalização representa a perda da normalidade, de alteração financeira no orçamento doméstico, de dor pelo sofrimento do filho" (Silva *et al*, 2010, p.26).

Nas doenças de início súbito, as mudanças comportamentais e afectivas requerem dos pais e família uma rápida mobilização das suas competências para se adaptarem a uma nova realidade, enquanto que nas doenças de aparecimento prolongado existe um período de maior adaptação (Jorge, 2004). Os pais sentem a necessidade de fazer perguntas frequentemente e é o enfermeiro o elemento da equipa de saúde que se encontra mais presente, logo mais acessível para responder a estas dúvidas. Torna-se importante conhecer os medos e anseios demonstrados pelos pais das crianças hospitalizadas, para poder actuar de forma a minimizá-los. No trabalho de investigação que Jorge (2004) desenvolveu sobre a família e hospitalização da criança, concluiu que a hospitalização súbita não se consegue prever pelo que pode conduzir a uma crise familiar que exige adaptação no sentido da redefinição da dinâmica familiar. Em concordância Silva *et al* (2010) refere que quando a criança adoece, toda a família se envolve neste processo e dependendo da doença, existe a necessidade de ajuste na dinâmica do modo de viver da família com vista ao novo equilíbrio.

O partilhado ao longo dos momentos de partilha e ventilação de sentimentos está em tudo em consonância com estes autores e foram referidas algumas necessidades pelas mães. Patterson (1988) citado por Reis (2007, p.41), classificou as necessidades dos pais em 4 áreas: necessidades cognitivas, emocionais, comportamentais e conjugais. Em relação às necessidades cognitivas o autor defende que os pais têm necessidade de ter acesso a informação acerca da doença do filho, esta necessidade de informação dá à família capacidade de adaptação e algum controle sobre a doença. As necessidades emocionais estão relacionadas com os sentimentos que os pais experimentam durante esta fase de crise. As necessidades comportamentais estão inteiramente ligadas ao facto dos pais deixarem para segundo plano a vida pessoal, profissional e mesmo outros filhos. Por fim as necessidades conjugais mas não menos importantes, porque estão relacionadas com conflitos internos entre o casal, falta de consenso na forma como lidar com a criança, o facto dos pais estarem menos tempo juntos também é um factor agravante.

Vários estudos têm sido feitos neste âmbito, Reis (2007) cita um estudo qualitativo de Kristjánsdóttir (1991,1995), onde foram identificadas 43 necessidades que agrupou em seis categorias: necessidades dos pais confiarem nos enfermeiros e nos médicos; necessidades dos pais sentirem que confiam neles; necessidades dos pais de terem informação; necessidades dos pais de terem apoio e orientação; necessidades dos pais de recursos físicos e humanos; necessidades relativas à criança doente e aos outros membros da família. Outros autores: Bragadottir (1999), na Islândia; (Shields *et al*, 2003; Shields & Kristensson-Hallstrom,(2004), na Suécia; (Shields *et al*, 2004), em Inglaterra e (Kyritsi *et al*, 2005), na Grécia. Hallström & Runeson (2001), estudaram as necessidades dos pais e agruparam-nas em 9 categorias: as necessidades de segurança, a necessidade de segurança em relação à própria criança, a necessidade de comunicação, a necessidade de controlo, a necessidade de uma equipa multidisciplinar “agradável” ou amável, a necessidade de existir um pai/mãe competente, a necessidade da família, a necessidade de apoio e a necessidade de satisfação personalizada dessas necessidades.

No estudo de Reis (2007) concluiu-se que os pais dão maior importância à necessidade de informação, o que está relacionado com os factores que preocupavam as mães que foram sujeitas à entrevista.

O saber experiencial permite afirmar que as consequências de uma hospitalização de uma criança pode levar a consequências a nível financeiro, social, somático e comportamental na família. "É importante os profissionais de enfermagem identificarem estas diferenças nos pais ou corre-se o risco destas necessidades serem esquecidas ou desvalorizadas, afectando os cuidados que as crianças recebem (Reis, 2007, p.43)".

A desorganização funcional manifesta-se em momentos de ansiedade vivenciados pelos pais das crianças, e as estratégias usadas para fazer face a esta ansiedade é a procura de informação acerca da doença (através da internet ou amigos), o apoio de familiares e o recurso à religião.

Embora o estudo qualitativo de Gomes *et al* (2009) ser na área da hospitalização de crianças numa unidade de cuidados intensivos, os objectivos revelaram-se interessantes para a análise desta experiência de partilha de vivências. O estudo referido teve como objectivos perceber as reacções e sentimentos dos pais face ao internamento de um filho numa unidade de cuidados intensivos, conhecer as estratégias que os pais adoptam para ultrapassar as dificuldades e conhecer a

percepção dos pais sobre o acompanhamento do filho durante o internamento. Os achados em relação às reacções dos pais numa situação de hospitalização permitiram identificar sentimentos de culpa, medo, revolta, tristeza, sensação de perda. As estratégias usadas para ultrapassar as dificuldades foram a procura de apoio nos cônjuges, nos enfermeiros e amigos mais próximos. Gomes *et al* (2009, p.112) defende que " os enfermeiros são os profissionais que deverão estar melhor preparados para identificar os sentimentos vividos por estes pais e intervir de forma a ajudá-los e lidar com estes sentimentos". Apesar de se tratar de uma unidade de cuidados intensivos existem semelhanças com uma unidade de infecciologia o que é evidente quando é referido no estudo que " referindo no entanto terem sentido alguma falta de apoio familiar e de amigos, o que consideram ter a ver com o facto do seu filho estar internado numa unidade fechada com restrição de visitas" (Gomes, 2009, p.112).

Num outro estudo qualitativo realizado por Oliveira e Collet (1999), cujo objectivo foi conhecer a percepção das mães sobre a importância de permanecer ao lado do filho durante a hospitalização, as conclusões mostraram que: quando há necessidade de hospitalização nem a criança nem a família estão preparadas para lidar com essa realidade, para a criança significa medo do desconhecido, sofrimento físico com os procedimentos, e sofrimento psicológico relacionado com todos os sentimentos novos que passa a vivenciar. Para a família significa a perda de normalidade, de insegurança na função dos progenitores, alteração financeira no orçamento doméstico e dor pelo sofrimento do filho. A mudança de vida para a família e nomeadamente para a mãe que acumula a actividade de educadora, dona de casa, e muitas vezes com emprego fora de casa, faz com que estas tenham que lidar com estes aspectos acrescido do stress vivenciado e relacionado com a doença do filho. A mãe que permanece com o seu filho no hospital necessita de acompanhamento, este que fica normalmente a cargo da equipa de enfermagem, porque o seu estado psicológico também está abalado em função da doença do filho. As conclusões levam a afirmar que normalmente a atenção da equipa de enfermagem recai na criança, as necessidades e problemas da família são esquecidos ou têm uma atenção secundária. "Trabalhar com crianças significa trabalhar também com os seus pais, especialmente com sentimentos e atitudes" (Oliveira e Collet, 1999, p.101).

Durante estes momentos de partilha houve palavras que fizeram reavivar sentimentos semelhantes que se devem a uma experiência de hospitalização de um

filho durante algum tempo, foi positivo porque permitiu perceber que existem outro tipo de necessidades para as quais teremos que estar atentos enquanto profissionais. Posteriormente, poderá investir-se mais neste âmbito e poderão ser incorporados estes conhecimentos no exercício profissional com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, traduzindo-se em ganhos de saúde.

APÊNDICE XXIII

Reflexão sobre uma situação de cuidados

APÊNDICE XXIII

Reflexão sobre uma situação de cuidados

Local de estágio: Unidade de Gastreenterologia e Infecçiology do Hospital de Santa Maria

No decorrer desta experiência de estágio pôde observar-se uma técnica terapêutica na intervenção de enfermagem que teve resultados positivos para a criança e família e sobre a qual houve necessidade de reflectir e analisar.

Após ser anunciada a entrada de uma criança para a Unidade, a enfermeira responsável agilizou alguns preparativos para o acolhimento da criança, como o guia de acolhimento, cartões de identificação e a preparação da unidade da criança. No momento em que a criança dá entrada, a enfermeira procedeu ao acolhimento explicando todas as particularidades da Unidade e mostrando-se disponível para novas explicações.

A criança com 4 anos tinha indicação para ser puncionada para colocação de um cateter endovenoso, esta não foi uma técnica fácil porque após a explicação à criança e pais instalou-se o medo, era a primeira vez que a criança estava hospitalizada e a primeira vez que teria que ser submetida a tal técnica dolorosa. A criança trazia com ela uma boneca – a Kitty. A abordagem começou pela boneca, qual o enfermeiro que desempenha funções em pediatria que não conhece estas figuras? Possivelmente nenhum. Foi então que a enfermeira que ia puncionar a criança optou por colocar um cateter na boneca, no mesmo local onde a criança iria ter o seu e com um penso idêntico. Também a Kitty estava doente, comentou a enfermeira. Após a explicação devida procedeu-se à técnica com choro por parte da criança e dos pais, durante a mesma os empurrões e encontrões por parte da criança, assim como queixas de dor abdominal e até necessidade de urinar, foram constantes. Depois desta, a enfermeira ficou um pouco na presença da criança e dos pais e pode perceber quais os seus receios, estes estavam em tudo relacionados com a doença e com a permanência num local estranho – o hospital.

A evolução desta criança foi muito favorável e em menos de uma semana a criança teve alta, e o que se tornou positivo foi o facto de ter alta com a mesma equipa que a recebeu. No momento da despedida a criança estava muito sorridente, satisfeita e faladora, assim como os pais que agradeceram á equipa de enfermagem pelos cuidados prestados. Fizeram questão de tirar uma fotografia com a equipa de

enfermagem presente no momento do acolhimento que por coincidência era a mesma da alta.

Quando a criança se encontra em idade pré-escolar, apesar de se tratar de uma idade com evoluções muito rápidas em termos de aquisição de capacidades, por vezes assiste-se à regressão para necessidades típicas da etapa de desenvolvimento do toddler. Por serem mais seguros a nível de relação interpessoal, estas crianças toleram períodos mais prolongados de ausência dos pais, sendo também capazes de desenvolverem interações com confiança com outros adultos. Contudo, o momento de crise que o internamento hospitalar despoleta, pode traduzir-se numa menor capacidade de lidar com a separação, manifestando, frequentemente, comportamentos sugestivos de ansiedade. Embora mais subtis que na etapa de desenvolvimento anterior, estas crianças podem assumir comportamentos de tentativa de controlo como recusar-se a comer ou em colaborar em actividades/procedimentos em que anteriormente o faziam, ou então de agressividade, danificando os seus próprios brinquedos; podem ainda apresentar alterações do padrão de sono ou questionar incessantemente quando terão a companhia dos pais (Hockenberry *et al*, 2006).

A perda do controlo nestas idades é de facto um factor de stress importante durante o internamento, o pensamento mágico e egocêntrico que caracteriza a criança em idade pré-escolar limita a sua capacidade de compreensão de eventos que se vão sucedendo, pelo que tendem a fantasiar e exagerar nas expectativas face ao desconhecido de forma assustadora e maioritariamente fora da realidade. É portanto, de vital importância uma preparação adequada para a realização de procedimentos. Por outro lado, nestas idades a percepção da doença ou da hospitalização é com base na recompensa e castigo, sendo uma fantasia habitual a ideia de que ambas as situações são resultado de algum erro cometido e pelo qual estão a ser castigados

Por outro lado, Hockenberry *et al* (2006) refere que os conflitos psico-sexuais que ocorrem nesta faixa etária e o facto de ainda não apresentarem o conceito de integridade física bem desenvolvido também tornam estas crianças mais vulneráveis às ameaças de lesão corporal, ou seja, qualquer procedimento (doloroso ou não) representa uma ameaça. Importa ainda referir em relação a crianças desta faixa etária que é neste momento que começam também a aperceber-se dos ganhos que poderão ter enquanto no papel de doentes, sendo por isso frequente o surgir da dor psicossomática mais verbalizada como dor abdominal. As reacções dos pré-

escolares à dor e ao medo são habitualmente do foro da agressão, embora mais direccionada para um objectivo que nos *toddlers*; mais orientada para a luta ou para a fuga, esta reacção pode manifestar-se por empurrões à pessoa que de momento os aborda ou simplesmente por insistir em manipular equipamento ou materiais que sabem ser-lhes vedado o acesso. A capacidade de expressão verbal mais elaborada, é também um recurso muito utilizado quando querem expressar o seu descontentamento ou quando se sentem invadidos.

No hospital a criança encontra-se afastada do ambiente que lhe é familiar e dos seus objectos pessoais, o que leva a que perca a maioria das suas referências, tornando o ambiente hospitalar potencialmente stressante e, por isso, influente negativamente no estado psicológico da criança (Carvalho e Begnis, 2006). Estes autores defendem ainda que o contexto hospitalar tem vindo a ser objecto de uma preocupação crescente com os efeitos do contexto ambiental sobre o desenvolvimento infantil.

As acções/interacções realizadas pelos enfermeiros apresentam grande relevo no processo de hospitalização da criança/família e inúmeras vezes os profissionais fazem-se valer do que está ao seu alcance e que caracteriza tão bem a criança - a brincadeira. Nesta intervenção citada a enfermeira recorreu a um boneco que a criança trazia numa tentativa de aproximação e de início de relação esta apresentava-se como técnica de modelagem (Hockenberry *et al*, 2006).

Brincar é reconhecido como o 7º princípio defendido pela Declaração Universal dos Direitos da Criança, só durante o século XX é que esta actividade começou a ser reconhecida. Segundo Hockenberry *et al* (2006) este é o trabalho da criança, quando brinca está a representar a sua vida, a comunicar e alcançar relacionamentos satisfatórios com outras pessoas. Também Watson corrobora dos benefícios do brincar ao defender na sua teoria do cuidar humano que: a modalidade do cuidar está intimamente relacionada com o próprio pensamento e com a sua utilização na realização de terapias cognitivas e de práticas que envolvam a contemplação e a meditação, como sejam as visualizações formais, a imaginação, o diálogo, o humor e a actividade lúdica, permitindo ao cliente uma descentração relativamente à sua doença.

Dick, citado por Marralheiro (1997), refere que a criança através da brincadeira adquire e desenvolve certas capacidades, conhece, experimenta os adultos e as coisas, armazena dados na memória, estuda a relação causa-efeito, soluciona problemas e aprende a controlar emoções.

“Uma criança não precisa de motivos ou razões para brincar. Ela tem motivação interna que a impulsiona para a brincadeira. É o brincar pelo brincar, sem necessidade da existência de um objectivo final a ser alcançado” (Oliveira et al, 2008,p.195). “O termo brincar é usado para definir um conjunto de actividades que se assemelham entre si pelo seu carácter lúdico. A actividade lúdica infantil, para Fridmann (1996), fornece informações elementares a respeito de uma criança, por meio delas podemos observar suas emoções (...) já que o jogo, o brinquedo, ou a actividade lúdica envolve emoções, afectividade, estabelecimento e ruptura de vínculos, e desta forma pode-se compreender também a dinâmica interna infantil” (Machado e Martins, 2002, p.51).

Oliveira *et al* (2008) defende que a brincadeira facilita a elaboração de sentimentos e emoções, como a raiva, medo, alegria e tristeza, através desta conseguem encontrar estratégias de enfrentamento e conhecimentos dos seus limites. A manipulação de material lúdico facilita a verbalização de comportamentos menos visíveis, como pensamentos e sentimentos relacionados com as suas vivências.

Hochenberry *et al* (2006) apresenta várias funções para a brincadeira, tais como o desenvolvimento sensório-motor, desenvolvimento intelectual, socialização, criatividade, auto consciencialização, valor moral e valor terapêutico. Estas funções são apresentadas para crianças saudáveis, mas muitos são os estudos e mesmo o experienciado até então que mostram que esta actividade é também muito importante no período de hospitalização. Tal como defendem Hockenberry *et al*, Faleiros, Sdala e Rocha que apontam as finalidades da brincadeira durante a hospitalização: proporcionar diversão e relaxamento, ajudar a criança a sentir-se mais segura, minimizar a ansiedade da separação de casa, aliviar tensões e exprimir sentimentos, estimular a interacção com os outros, actuar como meio de atingir metas terapêuticas, aceitar os cuidados de enfermagem e colocar a criança em posição activa, dando-lhe a possibilidade de fazer escolhas. É interessante observar a brincadeira de uma criança no hospital porque através desta a criança expressa os seus sentimentos, quando a criança se sente doente também o seu boneco de referência está doente. MacCarthy, citado por Tavares (2008, p.48), salienta a importância da brincadeira em contexto de hospitalização, afirmando que “ logo a seguir à presença constante da mãe ou de uma figura de apoio, a brincadeira poderá ser um factor importante na diminuição dos efeitos nocivos do stress nas crianças hospitalizadas”.

Se uma actividade lúdica tem interesse para a criança também o tem para os pais que a acompanham, o saber experiencial permite afirmar que os pais ficam mais tranquilos quando vêm os seus filhos a brincar. A pertinência da avaliação das actividades por parte dos pais é importante porque, em concomitância com os efeitos exercidos sobre a criança, a actividade lúdica também tem efeitos terapêuticos sobre os pais (Carvalho e Begnis, 2006). Quando os pais vêm os seus filhos hospitalizados a brincar, também eles conseguem ganhar forças extra pois percebem que os seus filhos já estão melhor e até já se estão a conseguir adaptar a esta realidade tão angustiante, que é apoiada por (Oliveira et al, 2008, p.201) “(...) os pais sentem-se confortados quando veem as suas crianças doentes a participar numa brincadeira e a esquecer por um tempo os efeitos negativos da hospitalização”. Por esse motivo, ao proporcionar experiências lúdicas à criança, o hospital possibilita também uma melhor interacção entre pais e filhos diante de uma situação adversa que enfrentam naquele momento (Carvalho e Begnis, 2006).

O experienciado leva a afirmar que o material hospitalar provoca na criança e família alguma ansiedade que se relaciona com o facto de ser desconhecido. Pereira *et al* (2010) apoia-se em vários autores como Diogo, Valeriano, Hockenberry *et al*, Wilson e Winkelstein, para defender que o material hospitalar quando é desconhecido para a criança representa uma fonte de stress para a mesma, pelo que é essencial encorajar a manipular o material utilizado nos procedimentos. Esta manipulação permite que a criança se aperceba que pode controlar o material e altere a imagem ameaçadora que tem do mesmo. Na mesma linha de pensamento Tavares (2008) defende ainda que o uso do brinquedo terapêutico pode ser implementado por qualquer enfermeiro, possibilitando a identificação das necessidades e sentimentos da criança, podem ser usados brinquedos que abordem temas hospitalares. Hockenberry *et al* (2006) defende que através da dramatização a criança representa os seus medos e fantasias provocados pela hospitalização, através do uso de materiais hospitalares os enfermeiros podem fazer as devidas explicações para procedimentos, assim podem ser usados bonecos vestidos como as pessoas com quem a criança contacta durante a hospitalização. Marralheiro, Furriel e Jorge & Ferreira citados por Tavares (2008, p.56) defendem que “poderão também ser usadas bonecas com suturas, cateteres endovenosos ou sondas nasogástricas colocadas, para poderem ser manipulados pela criança sendo mais vantajoso quanto mais semelhante ao estado da criança for”. Na perspectiva de Watson (2002), o cuidar é facilitador da libertação de energia e força interior, ajudando a

adquirir um sentido de harmonia nas experiências. Assim o brinquedo terapêutico funciona como um meio para que a criança expresse as suas emoções e assim liberte os seus sentimentos perturbadores relacionados com a vivência da hospitalização com necessidade de isolamento.

A possibilidade de fantasiar as suas actividades lúdicas, permite à criança lidar com maior facilidade com situações adversas, mantendo assim, a sua sensação de controlo em relação ao ambiente que a rodeia, pelo que, quando o enfermeiro estimula essa actividade estimula também o desenvolvimento da criança, logo, confere qualidade aos cuidados que presta (Azevedo *et al*, 2008).

Mas nesta experiência foi possível perceber a importância do acolhimento da criança/família no processo de hospitalização o que é corroborado por Diogo (2010) que no seu estudo analisou o processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica e identificou várias categorias major na prática de cuidados dos enfermeiros, sendo uma delas o promover um ambiente seguro e afectuoso, encontra-se em tudo relacionada com a situação descrita. Para o promover os enfermeiros desenvolvem determinadas actividades sobre as quais é importante reflectir. O acolhimento é uma fase muito importante deste processo que é a hospitalização e esta actividade foi identificada no estudo com relevância para manter o ambiente seguro e afectuoso. De acordo com Tavares (2008), acolher tem o intuito de atender às necessidades físicas e psicológicas da criança e família, para que se sintam integrados na equipa, para que se sintam preparados para os actos terapêuticos necessários. Hesbeen citado por Tavares (2008), refere que ser acolhido envolve entre outros aspectos como ser recebido com um sorriso que ajude a conquistar calor humano, beneficiar de calor humano, beneficiar de um cuidado personalizado em que o cliente seja chamado pelo nome, de forma a que se sinta á vontade para exprimir as suas expectativas, os seus receios e dificuldades.

Ainda durante esta experiência de estágio foi possível observar a actuação de um grupo musical que se desloca semanalmente à unidade, assim como a actuação de um grupo de palhaços que ajudam as crianças e família a ter alguns momentos de descontração.

Um estudo de Mussa e Maberli (2008) realizado a crianças com o objectivo de avaliar a actividade lúdica de contadores de histórias permitiu concluir que ocorrem alterações positivas na maioria das crianças depois da actividade lúdica, através do aumento de interacção com outras crianças, pais e prtofissionais, com um estado emocional mais alegre e calmo.

O saber experienciado permite afirmar que, o facto da criança se conseguir adaptar à situação que está a viver, promove o estabelecimento de uma relação de confiança com o enfermeiro. Esta quando construída com base na actividade de brincar permite a expressão de sentimentos e emoções, o que leva à identificação de necessidades que de outra forma não seria possível. Assim torna-se premente que todas as instituições que prestam cuidados de saúde à criança enquanto indivíduo que se encontra em desenvolvimento e que é vulnerável à agressividade do ambiente hospitalar, devido aos seus equipamentos e às regras rigorosas do seu funcionamento, permitam integrar o brincar no seu dia-a-dia hospitalar.

Consideramos que esta experiência foi muito enriquecedora porque permitiu reflectir acerca de uma temática que apesar de ser tão importante julgamos ser merecedora de maior atenção, o que nem sempre acontece devido ao meio envolvente - o ambiente hospitalar.

APÊNDICE XXIV

Análise de momentos de partilha de saberes

APÊNDICE XXIV

Análise de momentos de partilha de saberes

Local de Estágio: Unidade de Gastreenterologia/Infecciologia do Hospital de Santa Maria

Nesta experiência de estágio foi possível implementar momentos de partilha de saberes e reflexão, mas dadas as circunstâncias estes só foram realizáveis com 3 enfermeiros da equipa (que pertenciam à equipa que a autora integrou), estes momentos reflexivos foram tidos com base no estudo de Diogo (2012), onde são identificadas 5 categorias de estratégias/resultados terapêuticos – promover um ambiente seguro e afectuoso, nutrir os cuidados com afecto, gerir as emoções dos clientes, construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional para cuidar e que enformam o uso das emoções na prática de cuidados dos enfermeiros. Apelou-se também à reflexão sobre a temática em estudo - “Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem”.

Considerámos pertinente a síntese do partilhado (sic):

- Uma das enfermeiras referiu não perceber muito bem as categorias identificadas no estudo de Diogo(2010), mas depois de começar a "pensar alto" como foi referido reflectiu que achava importante o investimento académico na área das emoções. Sentia que a equipa de enfermagem estava sujeita a lidar com um grande sofrimento e muitas vezes até ameaças de agressões por parte dos familiares e das crianças que ficam em isolamento. Referiu que esta é uma situação muito complicada e que a "deixava muito em baixo". Comentou que a sua função era cuidar de crianças e não de "pais chateados", mas quando isso acontecia evitava entrar no quarto. Verbalizou receios em relação a ser contagiada com as doenças infecto-contagiosas das crianças. Comentou que só entrava no quarto quando tinha que prestar cuidados à criança, não queria ficar com a sensação de não poder fazer nada por aquela criança/família.

A enfermeira referiu ainda que o seu objectivo era que ficassem estáveis rapidamente e assim tivessem alta, nem sempre são tidas em linha de conta as suas vivências emocionais (o termo suas é relativo á profissional em questão).

Referiu ainda que todos os cuidados prestados são com base no carinho e no facto de gostar muito de trabalhar em pediatria, costuma ter por hábito cumprimentar os pais das crianças e as crianças no início do turno e se os encontrasse fora da Unidade também o fazia. Os anos de serviço, já não lhe permitiam falar com a calma necessária assim como o tom de voz adequado no momento em que as crianças choram porque se vai realizar algum procedimento. Referiu ter noção disto mas não conseguir ultrapassar esta dificuldade. Referiu que não se sentia muito à vontade quando tinha que “pegar as crianças ao colo”, não gostava, pois antigamente isto não se fazia, porque não havia tempo e também não gostava de beijinhos no momento da alta.

A enfermeira admite que não sorri muito, mas não tem explicação para tal, apesar de habitualmente até ser uma pessoa bem-disposta. Terminou referindo que achava que devia ter sido mãe na altura certa e que agora o tempo já se tinha esgotado.

Optou-se por agrupar dois dos momentos porque o partilhado foi muito semelhante.

- As enfermeiras começaram por referir que assim que a criança é hospitalizada é muito importante fazer um "bom acolhimento" para que não sintam o impacto do isolamento. Usavam muitas vezes a brincadeira para “chegar (quebrar o gelo) à criança”, e para cativar os pais, elogiavam a forma de ser, ou de estar da criança, “ - às vezes o facto de dizer que têm os olhos lindos já é um início positivo e as pessoas esquecem-se onde estão e o que vai acontecer a seguir”.

Se a criança trazer um boneco na mão, usam-no para explicar os procedimentos, mas adaptando à etapa de desenvolvimento da criança. O facto da maioria das televisões estarem sintonizadas num canal infantil permite que conheçam quase todos os personagens infantis, o que facilita a abordagem à criança.

Tinham o cuidado de usar fardas coloridas para minimizar o impacto dos procedimentos.

Tinham solicitado à Enf^a Chefe um quadro onde faziam questão de colocar as fotos das crianças que à saída gostavam de tirar fotografias com os enfermeiros, e já eram algumas.

Quando os pais se ausentavam para jantar, costumavam levar as crianças que podiam sair dos quartos para o gabinete de enfermagem, as que estavam em isolamento e no caso de estarem presentes o pai e a mãe propunham irem jantar em

separado para que a criança não ficasse sozinha, porque os enfermeiros não eram em número suficiente para ficarem no quarto com todas as crianças.

Referiram que em determinadas situações não tinham vontade de sorrir por motivos pessoais, - mas tentavam “manter um ar alegre”.

Às vezes era preciso pegar ao colo as crianças mais pequenas: - “o simples facto de fazer uma massagem abdominal que é uma técnica não invasiva era tido como um momento importante para tocar naquela criança”.

Em várias situações na passagem de turno usavam termos diminutivos sem se aperceberem, porque o hábito já estava instalado.

Em situações pontuais tinham sido confrontadas com situações conflituosas por parte das crianças e dos pais.

Comentaram uma situação em que a criança não queria ficar hospitalizada, e muito menos em isolamento e assim recusava colocar as medidas de protecção no percurso do serviço de urgência até ao quarto, e posteriormente os pais também se recusavam a usar estas mesmas medidas dentro do quarto. A situação teve que ser gerida com calma. Compreendiam que a família estava numa fase de negação da doença além da ansiedade. Referiram que após estas situações de conflito ficavam tão esgotadas que no gabinete de enfermagem acabavam por comer doces, ou rir um pouco, para descontraírem. Referem não se poder afectar por estas situações.

Quando percebem que há uma mãe que precisa de falar, usam um local mais discreto para poderem estar um pouco com a senhora sem ser no quarto à frente da criança.

O facto de as crianças necessitarem de cuidados que na sua maioria são dolorosos faz com que tenham que usar técnicas de distração. Lamentam não existirem desenhos nas paredes, nem posters, mas por o Hospital se encontrar numa fase de acreditação isto não era possível, e muitas vezes acabavam por cantar uma música conhecida para a criança e assim o procedimento era mais tolerável.

Concluíram dizendo que o facto de terem terminado à relativamente pouco tempo o CMEESIP tinha sido muito interessante a este nível, porque haviam reflectido sobre este tema, assim como serem mães há pouco tempo.

Após a análise do partilhado houve necessidade do seu confronto com as principais concepções de enfermagem e evidência científica actualizadas.

O facto de uma das enfermeiras referir que não estava a perceber bem a temática reforça a evidência científica que revela que ainda não é dada a relevância necessária a esta temática do desempenho do trabalho emocional no acto de cuidar. Ao referir a gestão da emocionalidade a resposta foi imediatamente dirigida para situações de conflito com os clientes, o que nos mostra que as emoções e sentimentos dos enfermeiros ainda são pouco valorizados pelos próprios enfermeiros.

No estudo de Diogo (2010) é referenciado um outro de Hopia *et al* (2005) que explora na perspectiva da família modos de promover a saúde desta desenvolvidos pelos enfermeiros, e foram identificados 5 domínios na prática de enfermagem que envolve a gestão emocional da família – reforçando o papel dos pais que de acordo com o partilhado pode ser comparado ao facto das enfermeiras falarem com as mães quando acham que elas precisam, garantindo o bem-estar das crianças que se pode equiparar ao simples facto de durante a realização de uma massagem abdominal ser muito importante o toque. Outro domínio encontrado foi o facto de ser compartilhado o desgaste emocional o que se reflecte quando em situação de conflito com os clientes a equipa acabar por desabafar entre ela, dando suporte na gestão dos problemas do dia-a-dia.

O afecto que é significativamente importante no processo do uso terapêutico das emoções está presente quando as enfermeiras referem que seguram ao colo a criança e a levam para o seu gabinete quando estas não estão em isolamento. Já na primeira partilha de saberes isto não se identificou porque a dádiva de afecto nos achados de Diogo (2010), está ligada ao sorriso, voz embalada, e suave, olhar meigo, carinho, colo, linguagem amimada. Watson defende que o cuidar está ligado a acções carinhosas, sentimentos aprazíveis e afectos. Os pressupostos desta teórica estão muito presentes nas intervenções das duas enfermeiras com quem se deu a partilha de saberes.

O estudo de Lopes (2006) revela que o enfermeiro gere sentimentos do cliente e demonstra como esta gestão faz parte da sua intervenção terapêutica.

Quando as duas enfermeiras falam que o momento em que se faz o acolhimento da criança e família à unidade é muito importante, este facto está relacionado com os achados do estudo de Diogo (2010), onde este está identificado como promoção de um ambiente de segurança.

Cardim *et al* (2008) realizou um estudo descritivo de abordagem qualitativa com o objectivo de conhecer as vivências e relações dos clientes e da equipa de enfermagem frente à hospitalização de crianças em isolamento. De acordo com este estudo o contacto das crianças e sua família em isolamento com os profissionais de saúde é muito reduzido, ou seja, o contacto com a equipa de enfermagem é muitas vezes única e simplesmente para administrar terapêutica. Nos quartos de isolamento a equipa de saúde não entra tantas vezes como nos outros, onde por vezes até entra só para brincar com as crianças. No estudo desta autora isto deve-se à falta de tempo por parte dos enfermeiros, assim como o receio de contágio. A equipa de enfermagem tem que lidar com a ansiedade dos pais das crianças hospitalizadas em isolamento, mas também com os pais das outras crianças que referem medo e curiosidade em relação à criança que não pode sair do quarto.

A primeira enfermeira afirma – ter receio de contrair alguma das patologias infecto-contagiosas o que corrobora com os achados de Cardim *et al* (2008, p.38) “também é necessário dizer que não existem muitas produções na enfermagem para pesquisar o cuidado a esses clientes, principalmente quando os sujeitos a ser investigados são crianças, tudo o que existe está ligado a uma prática que envolve a doença e a prevenção da transmissão e não o sujeito “.

A enfermeira comentou que entrava no quarto quando era necessário prestar cuidados o que vai ao encontro do que Cardim *et al* (2008, p.35) identifica no seu estudo, “(...) infelizmente observa-se que os profissionais que lidam com crianças hospitalizadas privilegiam intervenções no aspecto biológico para a melhoria/cura da sua enfermidade, ficando em segundo plano intervenções na área emocional e social”. Isto acontece porque enquanto alunos não somos ensinados sendo algo que se aprende e desenvolve na prática e com a prática. Oler (2006), no seu estudo descritivo exploratório sobre o conhecimento da equipa de enfermagem sobre a criança hospitalizada, conclui que o enfoque da assistência está nos aspectos técnicos da profissão dificultando a construção da humanização e da assistência.

No estudo de Cardim *et al* (2008), conclui-se ainda que a equipa de enfermagem executou um maior número de actividades instrumentais, cerca de 67,4% em detrimento das expressivas que representaram cerca de 32, 55%. Mas na nossa opinião podemos concluir que dos valores apresentados a discrepância é de cerca de metade. Neste artigo são referidos outros estudos onde o objectivo é perceber as expectativas que o cliente tem em relação à enfermagem e 17,5% referem que esperavam conversa, carinho, apoio, atenção, paciência, já noutro estudo 15 % dos

inquiridos esperavam atenção, delicadeza e carinho. Parece-nos que as necessidades expressas são menores do que os cuidados de enfermagem prestados a nível emocional, se cruzarmos os dois estudos.

Ainda no estudo de Cardim *et al* (2008, p.36), conclui-se que no hospital os clientes estão sujeitos a grande stress e os profissionais também são directamente afectados por esses aspectos, " nesse sentido, é possível perceber como a doença contagiosa e a unidade de isolamento são cercadas de emoção, não só por parte do ser que é cuidado, mas por parte do ser que cuida também " .

Tal como foi referido na primeira partilha o receio de sofrer por se sentir impotente perante a necessidade de isolamento, parece-nos poder concluir que tal como a evidência científica mostra este tipo de hospitalização provoca danos emocionais ao enfermeiro. Mas outras situações são despoletadas pela hospitalização e com o facto de as crianças terem que permanecer em isolamento, entre elas as ameaças aos profissionais – o que provoca conflitos. Situações de conflito com os clientes levam a situações de burnout no caso de os profissionais não encontrarem estratégias para lidar com esta realidade. Esta realidade levar-nos-ia a uma reflexão que já teve lugar ao longo deste percurso (APÊNDICE XVI).

No estudo de Oler (2006) os achados permitem dizer que para 90,3% dos enfermeiros inquiridos falam em carinho no cuidado prestado à criança, o que está de acordo com os comentários identificados nas partilhas de saberes. Ainda de acordo com esta autora estar presente e ser fonte de cuidados é incluir o cuidado emocional/psicológico em todo o processo de cuidar concomitantemente com a realização dos procedimentos técnicos.

A prática de enfermagem propicia aos cuidadores mais sensíveis a descoberta de sentimentos e atitudes no cuidar. Ser um elemento terapêutico no cuidar do cliente implica estar atento às suas próprias necessidades, desejos, comportamentos, emoções, ansiedades e sentimentos e à forma de os expressar.

Estes momentos de partilha de saberes foram muito produtivos e enriquecedores por permitirem perceber que existem muitas semelhanças no experienciado e o seu confronto com a evidência científica permitiu o conhecimento sobre outras realidades. Estas serão posteriormente integradas no cuidar da criança/família em situação de isolamento hospitalar.

APÊNDICE XXV

Folheto - O meu filho está em isolamento - informação para pais e acompanhantes



SAIBA QUE:

- As medidas de isolamento são aplicadas em situação de suspeita de infecção
- Se cumprir estas medidas evita a propagação de doenças
- Sempre que tiver dúvidas, fale com a equipa de saúde, faremos tudo para que se sinta seguro
- A sua colaboração é fundamental

Realizado por Enf^a Carla Carvalho e Barbosa, 2^o CMEESIP, ESEL 2011



O MEU FILHO ESTÁ EM ISOLAMENTO

INFORMAÇÃO PARA PAIS E ACOMPANHANTES

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
PulidoValente

UNIDADE DE GASTROENTEROLOGIA / INFECCIOLOGIA

Este folheto explica porque é necessário permanecer em isolamento, e orienta nas medidas a seguir. Como se transmite a infecção – tipos de transmissão, medidas de isolamento por contacto.

O isolamento é uma medida de protecção eficaz para impedir a propagação de doenças.

O objectivo é impedir ou conter a propagação da doença da criança aos outros ou protegê-la de infecções.

Tipos de isolamento:

- **Isolamento de contenção** - existe a suspeita de uma doença contagiosa, este isolamento evita a transmissão a outras pessoas

- **Isolamento protector** - quando a criança tem as suas defesas diminuídas e necessita ser protegida de infecções

Como se transmite a infecção?

Transmissão por contacto, por gotículas, pelo ar (aérea)

- **Transmissão por contacto** – acontece quando toca na pele da pessoa infectada ou em objectos (pulseira, balança, copo...) contaminados.

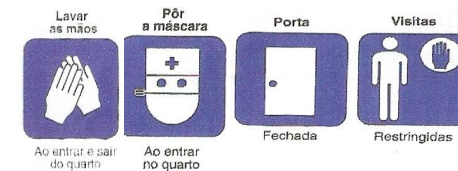
Quais as medidas de isolamento de contenção por contacto?



LAVAR AS MÃOS É UMA DAS MEDIDAS MAIS EFICAZES PARA PREVENIR INFECÇÕES

- **Transmissão por gotículas** – acontece quando gotículas com microrganismos são lançadas no ar (gotas de saliva, tosse, fala...) e alojam-se na mucosa oral, nasal ou na pele da pessoa sem doença, com perigo desta última contrair doença.

Quais as medidas de isolamento de contenção por gotículas?



- **Transmissão aérea** – acontece quando as partículas evaporadas onde estão os microrganismos se mantêm suspensas no ar, com perigo de ser inalado por uma pessoa saudável.

Quais as medidas de isolamento de contenção por via aérea?



Quais as medidas de isolamento de Protecção?



Quando sair do quarto não se esqueça de:

- Tirar primeiro a bata descartável e colocar num saco branco
- Tirar a máscara e depois as luvas e colocar num saco branco

LAVAR AS MÃOS

APÊNDICE XXVI

**Proposta de Norma - PROCEDIMENTOS PARA LAVAGEM E DESINFECÇÃO
DAS MÃOS**

PEDIATRIA 9		
UNIDADE DE INFECCIOLOGIA/UNIDADE DE GASTROENTEROLOGIA		
111 PROCEDIMENTOS PARA LAVAGEM E DESINFECÇÃO DAS MÃOS	LOCALIZAÇÃO MANUAL DE ENFERMAGEM	Elaborado a
		Autora:
		Aprovado em /...../.....
		Enf^a Chefe: _____

OBJECTIVO: Diminuir o risco de infecção de todos os utilizadores do Hospital. Prevenir a infecção cruzada.

INTRODUÇÃO:

As mãos são o principal veículo de transmissão dos microrganismos de um indivíduo para outro. Assim sendo, **a lavagem das mãos é a principal medida de controlo da infecção nosocomial.**

A pele das mãos tem dois tipos de flora microbiana:

- I - Flora transitória
- II - Flora residente

I

A flora transitória fica localizada na superfície da pele e é formada por microrganismos que adquirimos no contacto com o ambiente quer seja animado ou inanimado. Qualquer tipo de microrganismo pode ser encontrado transitoriamente nas mãos, apesar de ser mais comum encontrar bacilos Gram negativo (p.ex. Escherichia coli e Pseudomonas) e cocos Gram positivo (p.ex. Staphylococcus) – os agentes bacterianos mais frequentemente causadores de infecção hospitalar.

Têm um curto tempo de sobrevivência, um elevado potencial patogénico e são facilmente transmitidos por contacto. A lavagem das mãos com sabão simples remove-os com facilidade.

II

A flora residente existe normalmente na epiderme onde se multiplica, tendo funções importantes de prevenção da colonização com a flora transitória. Aquela flora é constituída principalmente por bacilos e cocos Gram positivo e anaeróbios. Raramente causa doença a não ser quando introduzida traumáticamente nos tecidos ultrapassando as barreiras naturais, pelo que tem pouco significado nos procedimentos clínicos de rotina. Estes microrganismos não são facilmente removidos pela acção mecânica da lavagem das mãos sendo necessário recorrer à acção química de um anti-séptico associado ou não ao agente de lavagem.

1. Lavagem das mãos

A lavagem das mãos é considerada uma das medidas de eficácia comprovada na prevenção e controlo da infecção hospitalar, visto as mãos serem o principal veículo de transmissão exógena da infecção hospitalar. É a remoção da sujidade e da maior parte da flora transitória das mãos reduzindo-a a níveis baixos que não constituam risco de transmissão.

Quando se devem lavar as mãos?

De um modo geral as mãos devem ser lavadas antes e após contacto com os doentes ou após contacto com materiais contaminados. Há no entanto situações, em que, devido aos elevados riscos de adquirir ou transmitir microrganismos patogénicos, a lavagem das mãos se torna imprescindível:

- ⇒ Antes de prestar cuidados a doentes cujas barreiras naturais contra a infecção estejam comprometidas (p. ex. doentes com drenos, catéteres, etc.)
- ⇒ Antes de prestar cuidados a doentes particularmente debilitados.
- ⇒ Antes de manipular alimentos, medicamentos ou material esterilizado.
- ⇒ Após ocorrer contaminação das mãos com fluidos orgânicos.
- ⇒ Após manipular roupa suja ou materiais contaminados.
- ⇒ Após utilizar os sanitários.
- ⇒ Após remover as luvas - as mãos são muitas vezes contaminadas ao retirá-las e são frequentes as perfurações imperceptíveis.

Como se devem lavar as mãos?

- ⇒ Utilizar sabão líquido com pH idêntico ao da pele, de preferência sem adição de perfumes (o sabão sólido é difícil de manter livre de contaminação em ambiente hospitalar) ;
- ⇒ Molhar as mãos e aplicar o sabão (ver quadro 1) de modo a obter espuma;
- ⇒ Friccionar durante 10 a 15 segundos tendo o cuidado de abranger todas as áreas das mãos
- ⇒ Passar por água até retirar toda a espuma;
- ⇒ Secar bem em toalhetes de utilização única. Se a torneira for accionada manualmente deve utilizar-se o toalhete com que se limpou as mãos para a fechar, evitando assim a recontaminação destas. Devem lavar-se os doseadores do sabão líquido entre cada mudança de frasco e mantê-los secos se não forem para uso imediato.



1.1. Alternativa à lavagem das mãos

Em situações em que as **mãos** se encontrem **visivelmente limpas** pode optar-se pela utilização de um soluto alcoólico (ver quadro 1) em vez de água e sabão. Foi comprovado que os solutos alcoólicos com emolientes apropriados são melhor tolerados pela pele do que as lavagens frequentes das mãos. A eficácia na redução da flora transitória é idêntica ou superior.

Modo de proceder:

- Aplicar nas **mãos secas** 2 a 3 ml de soluto e friccionar todas as áreas das mãos (fig. 1) durante 15 segundos.
- Deixar secar.

2. Desinfecção das mãos

É a remoção da flora transitória e grande parte da flora residente das mãos.

Quando se desinfectam as mãos?

- ⇒ Antes da execução de procedimentos invasivos.
- ⇒ Antes do contacto com doentes com imunossupressão grave.
- ⇒ Depois do contacto com doentes colonizados ou infectados por microrganismos multiresistentes .

Como se devem desinfectar as mãos?

Pode proceder-se de dois modos:

- Como o descrito para a lavagem das mãos utilizando um anti-séptico associado ao agente de lavagem como por exemplo clorohexidina a 4% (ver quadro 1).
- Utilizando um soluto alcoólico durante 30 segundos nas mãos limpas ou após lavagem com sabão líquido simples.

É utilizado um sabão com anti-septico, e o método utilizado em relação á fricção mecânica vigorosa das mãos, deve compreender os mesmos movimentos da lavagem das mãos, durante cerca de 30 segundos. No final da lavagem deve secar bem as mãos com toalhete de papel, e se a torneira for manual deve ser fechada utilizando um toalhete de modo a não voltar a contaminar as mãos.

3. Desinfecção cirúrgica das mãos

É também uma remoção da flora transitória e redução da residente tendo em conta que nesta situação as áreas abrangidas são as **mãos e antebraços até aos cotovelos**.

A lavagem e desinfecção das unhas é um passo essencial podendo ser feita com uma **escova esterilizada** mas **apenas na primeira desinfecção das mãos** antes do programa operatório. O uso frequente de escova leva a excessiva descamação da pele, que além de a danificar, traz para a superfície os microrganismos residentes.

Como se faz uma desinfecção cirúrgica das mãos?

Tal como na desinfecção das mãos utiliza-se um anti-séptico associado ao agente de lavagem, **ou** sabão líquido seguido de um soluto alcoólico .

⇒ No primeiro caso devem-se friccionar as mãos e antebraços durante 1,5 minutos e repetir a operação durante 1,5 minutos. Seca-se depois com toalhetes esterilizados.

⇒ No segundo caso devem lavar-se as mãos e antebraços com sabão líquido, secar com toalhete (não necessita ser estéril) e aplicar soluto alcoólico, friccionando em todas as áreas das mãos e antebraços durante pelo menos 3 minutos e deixar secar. Dar especial atenção à aplicação do soluto nas zonas sub-ungueais.

Uma eficaz lavagem e desinfecção das mãos implica:

⇒ Unhas curtas e sem verniz.

⇒ Ausência de anéis, pulseiras e relógios de pulso.

⇒ A utilização de uma técnica que abranja toda a superfície das mãos (fig.1).

Quadro 1 – Produtos disponíveis no HSM para a lavagem e desinfecção das mãos

APLICAÇÃO	CARACTERISTICAS/COMPOSIÇÃO	NOME COMERCIAL E APRESENTAÇÃO
Lavagem das mãos	Sabão líquido com ph 5.5, sem adição de perfumes	Baktolin ®5,5, bem. 500ml
Desinfecção das mãos	Clorhexidina a 4%, solução aquosa	Manuscrub®bem.500ml
Alternativa á lavagem das mãos/desinfecção das mãos	Soluto alcoólico com emoliente	Sterilium ®, bem.500ml

REFERÊNCIAS:

- Despacho da DGS nº 246 de 23.10.96
- Norma nº 3/2002 da Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar do Hospital de Santa Maria

APÊNDICE XXVII

PROPOSTA DE NORMA - POLITICA DE PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO DE MICROORGANISMOS

PEDIATRIA 9		
UNIDADE DE INFECCIOLOGIA/UNIDADE DE GASTROENTEROLOGIA		
POLITICA DE PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO DE MICROORGANISMOS	LOCALIZAÇÃO MANUAL DE ENFERMAGEM	Elaborado a
		Autora:
		Aprovado em/...../.....
		Enfª Chefe: _____

OBJECTIVO: Prevenir a transmissão de infecções e protecção dos profissionais de saúde.

Prevenção de transmissão de microrganismos:

- A lavagem correcta das mãos e/ou a sua desinfeção (consoante os procedimentos a realizar) é a precaução fundamental
- Usar luvas quando se manipulam fluidos orgânicos (excepto suor), materiais contaminado, ou tocar em mucosas ou pele não intacta e lavar as mãos
- Usar máscara adequada ao tipo de risco durante procedimentos que possam provocar aerossóis ou gotículas de fluidos orgânicos. Além da máscara, usar protecção ocular quando se preveja a ocorrência de salpicos.
- Usar bata ou avental para proteger a pele e a roupa sempre que se preveja a sua contaminação com fluidos orgânicos.
- Manipular a roupa suja de modo a prevenir a contaminação do pessoal que a manipula e do ambiente.
- Proteger com pensos impermeáveis a pele do pessoal que se apresente com soluções de continuidade.
- Manipular os objectos cortantes e perfurantes de forma a prevenir acidentes:
 - Não recapsular agulhas
 - As agulhas não devem ser retiradas das seringas de forma manualmente, nem dobradas ou partidas.

- Os materiais cortantes e perfurantes usados devem ser colocados em contentores apropriados, localizados o mais perto possível da área de utilização, devendo ser inutilizados logo que se encontrem preenchidos até $\frac{3}{4}$. Devem ficar afastados dos locais onde circulem crianças e indivíduos com perturbações de comportamento.
- Remover os derramamentos de fluidos orgânicos o mais rapidamente possível e limpar a superfície com água e detergente. Em caso de derramamento de sangue, deve usar-se de preferência, grânulos de dicloroisocianurato de sódio (NaDCC), ou em alternativa, desinfectar com hipoclorito de sódio. Ter em atenção que se houver vidros ou outros cortantes, estes terão que ser retirados previamente com uma pinça e colocados nos recipientes para cortantes e perfurantes. Devem usar-se luvas durante todo o procedimento e os resíduos devem ser colocados em saco apropriado para lixo contaminado.
- Colocar em quartos individuais, sempre que possível, os doentes com alterações de comportamento que torne difícil a manutenção dos níveis mínimos de higiene.

Referências:

- Norma 2/2002 da Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar do Hospital de Santa Maria
- Despacho da DGS no DR 246 de 23/10/1996

APÊNDICE XXVIII

**PROPOSTA DE NORMA - PRECAUÇÕES NA PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO DE
MICROORGANISMOS -ISOLAMENTOS**

PEDIATRIA 9		
UNIDADE DE INFECCIOLOGIA/UNIDADE DE GASTROENTEROLOGIA		
PRECAUÇÕES NA PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO DE MICROORGANISMOS - <u>ISOLAMENTOS</u>	LOCALIZAÇÃO MANUAL DE ENFERMAGEM	Elaborado a
		Autora:
		Aprovado em/...../.....
		Enf^a Chefe: _____

OBJECTIVO:

Fornecer recomendações relacionadas com a prevenção da transmissão de agentes infecciosos.

DEFINIÇÃO:

Entende-se por isolamento o estabelecimento de barreiras físicas de modo a reduzir a transmissão dos microrganismos de um indivíduo para outro. O cumprimento das recomendações de isolamento é uma necessidade incontornável e insubstituível.

Tipos de isolamento:

Protector - Tal como o nome indica, este isolamento é estabelecido para proteger das infecções um indivíduo imunocomprometido.

De contenção - Quando o que se pretende é a prevenção da transmissão dos agentes infecciosos de um indivíduo para os outros.

A prevenção da transmissão cruzada baseia-se em 3 princípios:

- **Prevenção na fonte:** identificação precoce dos casos, tratamento precoce da infecção, contenção na fonte através da separação em quarto individual ou enfermarias vocacionadas para determinada patologia infecciosa, educação do doente.
- **Prevenção na via de transmissão:** bloqueio das vias de transmissão de acordo com as fontes, podendo incluir medidas de barreira ou quartos de pressão negativa(isolamento de contenção) ou positiva (isolamento protector)
- **Prevenção do hospedeiro susceptível:** pelo uso de barreiras protectoras adequadas (luvas, avental impermeável, protecção facial), rastreio de profissionais, formação/informação .

CONSIDERAÇÕES GERAIS

- 1 - A principal medida de isolamento é a lavagem e/ou desinfecção correcta das mãos de acordo com os procedimentos a realizar.
- 2 - A correcta prescrição de qualquer tipo de isolamento pressupõe:
 - 2.1 - O conhecimento tão precoce quanto possível do agente, da via de transmissão, do período de contágio (sua evolução natural ou sob terapêutica eficaz) e do período de incubação.
 - 2.2 - O conhecimento das características da doença e dos seus eventuais contactos: Imunização natural/vacinação; quimioprofilaxia ou administração profiláctica de imunoglobulina; imunossupressão; comportamento.
- 3 - O tipo de isolamento aplicável a cada doente deve fazer parte da prescrição terapêutica e essa informação deve ser fornecida aos profissionais que prestam serviço normal ou pontualmente na unidade.
- 4 - O isolamento deve ser mantido apenas no período estritamente necessário. As precauções básicas têm que ser sempre mantidas.
- 5 - As barreiras de protecção disponíveis tais como: máscaras, aventais, luvas, óculos e outras, devem ser usadas criteriosamente para evitar falsas seguranças e custos desnecessários.
- 6 - É essencial manter entre as camas um espaço mínimo de 1m que permita a normal prestação de cuidados e evite a transmissão de gotículas de um doente para o outro.

7 - As manipulações dos doentes e as entradas no quarto devem ser restringidas ao estritamente necessário. O doente mais problemático deve ser o último a ser observado.

As "unidades" de apoio aos doentes devem sempre que possível ser individualizadas.

8 - A circulação dos indivíduos com doenças transmissíveis deve efectuar-se de forma

a minimizar os riscos. Deve ser feito ensino ao doente e pessoal que o acompanha e ser alertado o serviço ou departamento que o irá atender.

9 - As visitas devem ser informadas das medidas de prevenção que devem adoptar.

10- Esta recomendação deve ser facilmente consultável por todo o pessoal de saúde.

PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO – PRECAUÇÕES BÁSICAS

1 - Usar luvas quando se manipulam fluidos orgânicos (excepto o suor) ou material contaminado e ao tocar em mucosas e pele não intacta.

2 - Lavar as mãos:

- Antes e depois de contactar com os utentes;
- Após contacto com fluidos orgânicos ou materiais contaminados;
- Após retirar as luvas.

3 - Usar máscara e óculos de protecção nos procedimentos que possam causar salpicos ou pulverizações de fluidos orgânicos.

4 - Mudar imediatamente uma bata suja. Usar avental quando se prevê contaminação com fluidos orgânicos.

5 - Remover os derramamentos de fluidos orgânicos o mais rapidamente possível e limpar a superfície com água e detergente. Em caso de derramamento de sangue, deve usar-se de preferência, grânulos de dicloroisocianurato de sódio (NaDCC), ou em alternativa, desinfectar com hipoclorito de sódio.

É necessário garantir a informação e formação de todos os utilizadores do Hospital e não somente dos profissionais e utentes quanto à obrigatoriedade do uso de precauções padrão e a sua responsabilidade em aplicá-los.

Categorias de isolamento de Contenção

Precauções Básicas	É aplicável em todas as situações.
Contacto	Quando a transmissão das infecções se faz por contacto directo – implica contacto entre a pessoa colonizada ou infectada e outra susceptível ou indirecto – implica a participação de um objecto contaminado (instrumentos, equipamentos, brinquedos, alimentos)
Gotículas	Quando a transmissão se faz através de gotículas respiratórias expelidas a curta distância (< 1 m) pela tosse, espirro, fala e procedimentos como aspiração de secreções e broncoscopia. Não permanecem suspensas no ar.
Via aérea	Quando a transmissão se faz por pequenas partículas ($\leq 5\mu\text{m}$) que permanecem suspensas no ar durante períodos longos e podem ser disseminadas à distância através de correntes de ar.

Nota: Um microrganismo pode ter mais do que uma via de transmissão, requerendo mais do que um tipo de isolamento.

TIPO DE ISOLAMENTO

(para além das precauções básicas)

	CONTACTO (C)	GOTICULAS (G)	VIA AÉREA (A)
Individual desejável, mas não obrigatório	+	+	
Quarto individual obrigatório, com ventilação e pressão negativa			+(2)
Máscara		+(1)	+(1)
Bata	+		
Luvas	+		

1 - O doente deve usar máscara quando tiver que sair do quarto.

2 - O quarto pode ser partilhado por doentes com a mesma patologia em caso de varicela ou sarampo mas não no caso de tuberculose pulmonar.

PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO POR AGENTE INFECCIOSO

Agente/infecção	Tipo de isolamento	Duração
Adenovirus	B+G+C	Enquanto durar a doença
Agentes multiresistentes	B+C	
Aspergilose	B	
Botulismo	B	
Brucelose	B	
Chlamydia trachomatis	B	
Citamegalovirus	B	
Criptococose	B	
Diarreia de origem infecciosa	B	Se o doente for incontinente ou usar fralda, enquanto durar a doença
Difteria	B+G	Até ter culturas negativas
Estafilococos S. Aureus Cutâneo sem drenagem Cutâneo com drenagem não contida no penso Pneumonia S. pele escaldada S. choque tóxico	B B+C B B B	Enquanto durar a doença
Estreptococo grupo A Cutâneo sem drenagem Cutâneo com drenagem Faringite/Pneumonia	B B+C B+G	Até 24 horas de terapêutica
Febre tifóide	B B+C	Até 3 culturas – após terminar o tratamento Se o doente for incontinente ou usar fralda, enquanto

		durar a doença
Gangrena gasosa	B	
Gonorreia	B	
Gripe	B+G+C	Enquanto durar a doença
Infecções respiratórias virais de etiologia desconhecida	B+C+G	Enquanto durar a doença
Listeriose	B	Enquanto durar a doença
Rinovirus	B+C	Enquanto durar a doença
Vírus de epstein barr	B	
Vírus respiratório sincicial	B+C	Enquanto durar a doença
Febre Q	B	
Hepatite A	B	Se o doente for incontinente ou usar fralda – 1 semana
Hepatite B	B+C	
Hepatite C	B	
Hepatite C	B	
Herpes simplex		Enquanto durar a doença Até as lesões ficarem em crosta
Neonatal	B+C	
Mucocutaneo grave	B+C	
Mucocutaneo recorrente	B	
Encefalite	B	
Herpes zóster localizado	B+C	
Herpes zóster disseminado	B+A	
Lepra	B	
Meningite		Até 24 horas de terapêutica
Asséptica	B	
N meningitidis	B+G	
H influenza	B+G	
S pneumoniae	B	
Micobacterias atípicas	B	

Micoplasma pneumoniae	B+G	Até 24 horas de terapêutica
Parotidite epidémica	B+G	9 dias após o aparecimento
Rubéola congénita	B+C	1 ano de culturas de urina e nasofaringe – após os 3 meses de idade
Outra	B+G	7 dias após o exantema
Sarampo	B+A	4 dias após o aparecimento do exantema, durante toda a doença no imunocomprometido
Sarna	B+C	24 horas após o início da terapêutica
Sífilis	B	
Tosse convulsa	B+G	Até 5 dias de terapêutica
Tuberculose Pulmonar/laríngea Extrapulmonar Viragem tuberculínica	B+A B B	Até 3 exames de expectoração negativos. Sob terapêutica e com melhoria clínica
Varicela	B+C+A	Até as lesões ficarem em fase de crosta
VIH	B	

CHAVE:

- B - Precauções Básicas
- C - Contacto
- G - Gotículas
- A - Via Aérea

Referências:

- Bennet Brechmann – Hospital Infections, Little Brown, 3ª Ed 1992
- Despacho de DGS, DR nº 246 de 23710/96
- Fernandes, António Tadeu et al – infecção hospitalar e suas interfaces na área da Saúde- Athneu 2000
- G. Glen may hall – Hospital epidemiology and Infections Control
- Recomendação nº 1/2002 da Comissão de Controlo da infecção hospitalar do Hospital de Santa Maria

APÊNDICE XXIX

**Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do
HDE**

ANEXO XXIX

Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do HDE

Para dar resposta ao primeiro objectivo traçado para a UCIN, considerou-se pertinente elaborar um documento que descrevesse as características desta Unidade.

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e a Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais pertencem a uma só Unidade denominada Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

A UCIN situa-se no 1º piso do Hospital Dona Estefânia e pertence ao Departamento de Urgência/Emergência, a par com a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e com o Serviço de Urgência Pediátrica.

Os recém-nascidos admitidos na UCIN pertencem à Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Zona Sul do País, Açores e Madeira. A entrada na Unidade era realizada por transferência do bloco de partos, atualmente, devido ao encerramento da maternidade são transferidos de outras unidades Hospitalares transportados pelo INEM ou vindos pelo Serviço de Urgência ou consulta externa.

A sua Missão consiste em prestar cuidados de saúde hospitalares pediátricos, médicos e cirúrgicos à criança e família, no respeito pela dignidade da criança doente, e utilizar de forma eficiente os recursos disponíveis, formar profissionais de elevada qualidade e desenvolver investigação em saúde.

Relativamente à estrutura física tem a lotação de 16 vagas: 8 incubadoras na UCIN e 8 incubadoras ou berços na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (conforme as necessidades do bebé). A Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais está dividida em 2 salas com 4 vagas cada. Existe uma sala onde existem incubadoras ou berços suplentes.

Na Unidade existe uma sala de uso exclusivo dos pais dos bebés, a chamada sala de pais, onde se encontram 16 cacifos para uso pessoal dos pais e um cadeirão.

Recursos Humanos

A equipa de profissionais do Serviço de Pediatria é uma equipa multidisciplinar:

Equipa Médica

A equipe médica é constituída por 13 Neonatologistas.

Equipa de enfermagem

A equipa de Enfermagem é constituída por 41 Enfermeiros, incluindo a Enfermeira Chefe e o 2º elemento da equipa de enfermagem. Tem 12 EESIP, 22 Enfermeiros Generalistas e 5 estão a frequentar a Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria.

A prestação de cuidados de Enfermagem é assegurada nas 24 horas. No turno da manhã estão na prestação de cuidados, 7 Enfermeiros (5 na UCIN e 2 Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais), os turnos da tarde e da noite por 6 Enfermeiros (4 na UCIN e 2 Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais). O método de trabalho é o de Enfermeiro responsável. O processo de Enfermagem utilizado pela instituição é o Modelo de Enfermagem de Nancy Roper.

Antes de iniciar o turno, durante a semana a Enfermeira Chefe define a distribuição dos bebés pelas Enfermeiras. No fim-de-semana é realizada pelo Chefe de equipa. A atribuição de recém-nascidos internados a cada enfermeiro escalado no horário de trabalho, é efectuada de acordo com a complexidade de cuidados e a sua experiência profissional. A Carga horária é de 35 horas semanais. O planeamento de férias é efectuada é concluído até 31 de Março do ano corrente.

Equipa de Assistentes Operacionais

A equipa é constituída por 8 Assistentes Operacionais. O turno da manhã é assegurado por 3 assistentes e o turno da tarde e da noite por uma.

Administrativos

Desta equipa faz parte 1 secretária de unidade.

Outros Elementos da Equipa

- 1 Fisiatra;
- 1 Fisioterapeuta;

- 1 Assistente Social;
- 1 Psicóloga

Articulação e Serviços de Apoio

Outros Serviços Complementares dão apoio à UCIN:

- ❖ Meios auxiliares de diagnóstico (Imagiologia, Radiologia, Electrocardiografia, Electroencefalografia e Laboratório);
- ❖ Reposição de Stock (Farmácia e Aprovisionamento);
- ❖ Serviço de Sangue;
- ❖ Copa de leites;
- ❖ Serviço de Medicina Física e Reabilitação;
- ❖ Serviço de Psicologia;
- ❖ Serviço Social;
- ❖ Serviços Religiosos;
- ❖ Serviço de Instalações e Equipamentos.

Recursos Materiais e Equipamentos

A UCIN encontra-se dotada com equipamento adequado às necessidades dos recém-nascidos admitidos. Todas as vagas, entendidas como unidades, são individuais, equipadas com monitores, bombas ou seringas infusoras, rampas de oxigénio e vácuo. Está equipada com diversos tipos de ventiladores adequados à situação de cada recém-nascido (ventilação convencional, alta frequência, óxido nítrico e ventilação não invasiva).

A terapêutica de *stock* é resposta diariamente no turno da tarde pela Farmácia. Caso seja prescrita terapêutica que não pertence ao *stock* da Unidade, a mesma é pedida em impresso próprio. Os *stocks* de terapêutica são verificados pelo Enfermeiro Responsável. À Segunda, Quarta e Sexta-feira verificam-se os prazos de validade de todos os xaropes e pede-se a sua substituição. Os soros são pedidos, também, à Segunda-Feira.

O material é repostado, no armazém, diariamente pelo Serviço de Aprovisionamento. As Assistentes Operacionais são responsáveis por repor o mesmo nas salas de cuidados intensivos e intermédios. Em caso de avaria de algum equipamento, o

Enfermeiro Responsável envia o pedido de reparação ao Serviço de Instalações e Equipamentos e a Assistente Operacional é responsável pela sua recepção.

Circuito de Atendimento

Como unidade polivalente (médico-cirúrgica) presta assistência a recém-nascidos de acordo com os critérios de internamento, apesar de actualmente receberem mais cirúrgicos devido ao encerramento da maternidade. Em relação aos diagnósticos mais frequentes destacam-se: patologias Infeciosas (bronquiolites, SDR, pneumonias, sépsis); malformações congénitas (hérnia diafragmática, atresia do esófago, onfalocelo, gastrosquisis, atresias intestinais, mielomeningocelo); prematuridade; síndromes poli-malformativos e malformações cardíacas.

A criança internada na UCIN pode ser admitida:

- Pelo bloco operatório;
- Por outro hospital através do INEM transporte de recém-nascidos.

Critérios de internamento na UCIN

- Recém-nascido de muito baixo peso(<1500gr) e baixo peso (>1500gr);
- Recém-nascido com necessidade de monitorização continua;
- Recém-nascido com necessidade de ventilação;
- Recém-nascido com necessidade de intervenção cirúrgica;
- Recém-nascido portador de anomalia congénita.

O pai e a mãe possuem cartões individuais de acesso. Não são consideradas visitas e podem permanecer sem restrições de horário, não sendo permitida a entrada e saída de visitas entre as 23 e as 07 horas (e só são permitidas visitas na presença dos pais).

As visitas são limitadas a 2 pessoas por dia. Não devem permanecer mais do que duas pessoas junto do (s) bebé(s) e a gestão de entradas e saídas compete aos pais. O regime de visitas está sempre sujeito a alterações em função do Serviço.

O Enfermeiro acolhe o recém-nascido: avalia e monitoriza sinais vitais, peso, realiza colheitas, aquece adequando a temperatura na incubadora ou vestindo, posiciona com ninhos, rolos ou outro material, presta cuidados de acordo com a situação clínica e faz registos.

Posteriormente, acolhe a família da seguinte forma: explica normas de funcionamento da Unidade, entrega o livro de acolhimento, acompanha os pais junto do recém-nascido, informa sobre a situação do bebé, os procedimentos executados, esclarece dúvidas e receios e estimula visitas. No caso de a mãe não poder se deslocar até à Unidade, o pai fotografa o bebé e leva à mãe para ela o poder ver.

Registos de Enfermagem

Através destes registos, os enfermeiros assumem, no desempenho das suas funções, a responsabilização profissional. São, de facto, um elemento indispensável e de extrema importância uma vez que:

- Asseguram a continuidade de cuidados;
- Permitem a avaliação da qualidade dos cuidados;
- Documentam a assistência em enfermagem;
- Permitem avaliar as necessidades de formação;
- Permitem quantificar a informação em termos estatísticos;
- Têm carácter legal.

Na UCIN existem vários instrumentos de registo, dos quais se destacam:

- Folha de cuidados de enfermagem;
- Carta de transferência/ alta;
- *check list* de ensinos;
- Folha do Telefonema pós alta;
- Livro de ocorrências.

A **folha de cuidados de enfermagem** é um impresso onde o enfermeiro responsável pelo recém-nascido regista, de forma sistematizada, os cuidados referentes ao mesmo, em cada turno, durante todo o período de internamento. É uma folha partilhada com a equipa médica, pois é nesta que são feitas todas as prescrições relativas ao bebé.

A **carta de transferência/ alta de enfermagem** é elaborada no momento do planeamento da transferência ou da alta.

O **livro de ocorrências** é o instrumento de registo utilizado pelos enfermeiros chefes de equipa, responsáveis ou chefes de serviço para anotação de ocorrências que interferem com a funcionalidade do serviço. Reportam-se a pessoal, criança/família, equipamento, material e acontecimentos diversos.

Existem diferentes projectos que recorrem a diferentes estratégias, numa diversidade de recursos que se tornam complementares, valorizando as necessidades dos bebés e das famílias em termos de competências parentais. Estes apresentam como objectivo final tornar esta experiência o menos traumatizante possível: o Projecto Acolhimento na UCIN, o Projecto de Promoção e Protecção do Aleitamento Materno em Recém-nascidos doentes e prematuros, o Projecto massagem Neonatal, o Projeto de Método Canguru, o Projecto de preparação para a alta, projecto de sessões de partilha de experiencias entre pais. No que se refere ao projecto das “Sessões de partilha de experiências entre pais”, tendo como objectivo a partilha de sentimentos e dificuldades entre famílias, são efectuadas na Unidade, com uma regularidade variável, sessões de partilha de experiências, sendo uma enfermeira especialista de SIP a dinamizadora do projecto. Além dos projectos Hospitalares como é o caso da implementação da CIPE, avaliação e tratamento de úlceras de pressão e prevenção de quedas em ambiente Hospitalar.

O Método Canguru que consiste no contacto pele a pele precoce e prolongado, entre a mãe/pai e o recém-nascido. Este método visivelmente promove o desenvolvimento do bebé e a humanização dos cuidados prestados à família, pois verificava-se a estabilização dos sinais vitais e a tranquilidade do bebé, e ao mesmo tempo a satisfação dos pais embora inicialmente com muito receio relacionado com a fragilidade do bebé.

APÊNDICE XXX

Reflexão sobre o desempenho dos cuidados prestados numa UCI

APÊNDICE XXX

Reflexão sobre o desempenho dos cuidados prestados numa UCIN

Local de Estágio: UCIN do HDE

A neonatologia surge às mãos de Pierre Budin (obstetra), as primeiras incubadoras são construídas no final do Século XIX, início do Século XX, em 1992 é criada a primeira unidade para prematuros em Chicago, e as décadas de 30 e 40 foram marcadas por avanços tecnológicos de tal forma que actualmente é uma área em grande desenvolvimento o que se comprova pelo decréscimo a nível de óbitos.

O nascimento de um bebé é habitualmente um momento de grande felicidade para os pais e encontra-se envolto em grandes fantasias acerca não só da aparência do RN, mas também de como decorrerá o parto e de como serão as primeiras horas e dias de convivência. Embora a maioria dos bebés não necessite de cuidados a nível de uma UCIN, muitos há que deles precisam, o que provoca uma alteração brusca na dinâmica familiar esta deve-se inicialmente à desconstrução da fantasia inicial, quando os pais são confrontados com um bebé que não é o que sonharam.

Riani-Llano (2007) refere que os factores de stress dos pais podem estar relacionados com a doença materna, a separação entre o RN e os pais, o ambiente da UCIN, o pessoal desconhecido, os termos médicos complicados e a insuficiência da informação fornecida.

Inicialmente os pais ainda se encontram numa fase de adaptação a esta nova realidade, mas todo o aparato de uma UCIN, os fios em que o seu bebé se encontra envolto não lhes permite muitas vezes o contacto directo, mas este deve ser incentivado sempre que a situação clínica da criança o permita. Pinto e Figueiredo (1995), defendem que os profissionais devem ter em consideração o grau de participação dos pais nos cuidados, assim como as orientações e ensinamentos realizados para tal, variam em função da família e requer uma atitude flexibilidade e individualização, atendendo às suas necessidades e ao seu nível de compreensão. Inúmeras vezes o estado crítico do bebé não permite que os pais participem nos cuidados. Ramos (2004) refere que mesmo que isto aconteça é importante que o enfermeiro mostre disponibilidade para explicar todos os procedimentos a realizar, deve ainda mostrar disponibilidade para escutar os sentimentos dos pais face ao momento que estão a viver.

Desde muito cedo que é dada importância à preparação dos pais para os cuidados ao RN, num estudo de Oliveira e Rodrigues (2005, p.502) é referido que " outro cuidado directo de importância encontrado num artigo de 1949 foi a orientação aos pais e a alta do bebé. (...) "Os pais deviam ser orientados quanto às principais características físicas do RN, necessidades emocionais, amamentação e suas vantagens (...)".

É notória a relevância dada aos aspectos emocionais da criança, o facto de existirem registos deste interesse por parte das equipas de enfermagem com algumas décadas, só revela que é uma questão muito importante para o adequado desenvolvimento da criança.

Ao longo desta experiência de estágio e com base na observação participada e dirigida foi possível perceber que a filosofia de cuidados prestados pela equipa de enfermagem, visa tornar esta experiência o menos traumática possível para o RN e os pais, houve assim oportunidade de prestar cuidados de forma autónoma e segura, tendo também por base esta filosofia de actuação.

De acordo com Reichert *et al* (2007, p.201), com a qual concordamos por experiência própria o ambiente de uma UCIN é "repleto de luzes fortes e constantes, barulho, mudanças de temperatura, interrupção do ciclo do sono, visto que são necessárias repetidas avaliações e procedimentos, acarretando muitas vezes desconforto e dor". O ambiente da UCIN é em tudo diferente do ambiente intra-uterino, mas existem acções/intervenções que visam diminuir este impacto promovendo conforto e um desenvolvimento adequado. Estas incluem a simulação dos ritmos circadianos, ou seja, foi implementada a hora da sesta entre as 14 e as 15 horas, no fim do dia e durante a noite as luzes são parcialmente apagadas. A manipulação do R.N. é reduzida ao mínimo e sempre com base em movimentos lentos e carinhosos. A contenção do R.N. é muito importante porque simula as paredes uterinas conferindo-lhe segurança, assim é usado material específico ao qual é dado o nome de "ninho" e que visa a contenção do RN, o posicionamento adoptado é de flexão, com as mãos na linha média sobre o peito de forma a promover movimentos naturais de colocar a mão na boca. Bredemeyer *et al* (2008) defendem que as medidas de contenção dos R.N.P.T. proporcionam a sensação de barreiras impedindo movimentos desorganizados. É colocada uma fralda de pano em cima do bebé o que é muito positivo para os pais, num primeiro contacto visual a criança não parece tão frágil, conferindo um aspecto agradável para quem o

observa, mostra ainda a importância dada pela equipa de enfermagem a estes pequenos/grandes aspectos.

É importante manter a intensidade da luz e do ruído no mínimo para reduzir os estímulos, a temperatura também tem que ser agradável e constante, uma vez que os R.N. apresentam variações frequentes da temperatura corporal. Bredemeyer *et al* (2008) falam na importância da redução dos estímulos sensoriais – auditivos e luminosos, o posicionamento do bebé numa posição o mais próximo possível da posição fetal, o toque usado para minimizar todos os outros estímulos nocivos, o contacto pele a pele com os pais (projecto canguru), a comunicação eficaz com base num tom de voz calmo, existe uma música de fundo agradável, calma que transmite tranquilidade aos pais e profissionais.

Num estudo realizado por Reichert *et al* (2007) sobre a humanização dos cuidados numa UCIN, é importante referir que esta é entendida como a forma como lidamos com o outro, tratando-o com dignidade, respeito e valorizando os seus medos, pensamentos, sentimentos, valores e crenças, estabelecendo momentos de escuta. Há a referir que a humanização está inerente aos cuidados prestados na UCIN do HDE, e foi também com base neste valor que os cuidados foram prestados. As autoras citadas concluíram ainda que é necessário sensibilizar a equipa de enfermagem para que seja proporcionado um ambiente acolhedor e tranquilo. A hospitalização numa UCIN provoca o desequilíbrio emocional do RN e dos pais provocando vivências de stress. Este desequilíbrio gera conflitos, ansiedade e agrava a sensação de culpa.

A prestação de cuidados exige do enfermeiro competências relacionais bastante desenvolvidas que envolvem a intimidade. O toque é algo que está implícito na prática de enfermagem. Deste modo, assume uma importância extrema na promoção do bem-estar do outro e na relação que desenvolve com este. “O toque é uma das modalidades artísticas do cuidar mais facilmente usadas; pode ajudar a integrar e harmonizar, a dar conforto, totalidade, integridade e dar mesmo um sentido de segurança” (Watson, 2002). O som é reconhecido pelos profissionais de saúde devido à sua acção relaxante e tranquilizante, reduzindo o stress e atenuando a dor Watson (2002, p. 203) defende que “a música e os sons actuam como catalisadores para facilitar e aumentar as nossas próprias capacidades de cura e auto-cura; evocam fantasia, imaginação e mesmo transformação.” O som é utilizado conscientemente no processo de cura e com fins terapêuticos.

Brazelton (2005) defende que um RN prematuro só consegue receber um estímulo de cada vez, pelo que os cuidados prestados tiveram em conta esta limitação.

As incubadoras encontram-se protegidas da luminosidade, ou seja estão tapadas por uma espécie de manta que identifica o sexo da criança pela sua cor e não permite que os focos de luz incidam directamente sobre a face do bebé. Durante a prestação de cuidados nunca se coloca nada em cima da incubadora, também as portas são fechadas com muito cuidado, também foram evitadas conversas junto às incubadoras com o objectivo de reduzir ao máximo o estímulos sonoros.

As agressões ambientais reflectem-se nos RN através de alterações fisiológicas, nomeadamente alteração das frequências cardíacas e respiratórias (Hockenberry *et al*, 2006), pelo que durante a prestação de cuidados a estas crianças a vigilância destes parâmetros foi importante para perceber a tolerância aos mesmos. Todos estes aspectos puderam ser desenvolvidos ao longo desta experiência de estágio.

A prestação de cuidados nesta área trouxe sentimentos de angustia e "saber o que o outro está a sentir" por experiência própria. Um mês nesta Unidade enquanto cliente fez neste momento reavivar uma série de sentimentos de impotência perante o outro, mas foi positivo perceber que a experiência trouxe uma visão diferente da realidade e permitiu perceber as necessidades emocionais destas famílias. Pareceu-nos relevante poder intervir nesta fase enquanto profissional e conferir algum suporte emocional, apoio e mesmo conforto a estes RN/família. Sentimos poder afirmar que as actividades desenvolvidas e os cuidados prestados em tudo contribuíram para o bem-estar do RN e posteriormente poderão ser implementadas em situações semelhantes da prática diária.

APÊNDICE XXXI

Carta de um bebê prematuro aos seus pais!

APÊNDICE XXXI

TEXTO DE UM RN PREMATURO PARA OS PAIS

Local de estágio: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Dona Estefânia

Carta de um bebê prematuro aos seus pais!

Olá!

"Só me esperavam daqui a algum tempo, mas como sou curioso quis conhecê-los mais cedo...

Ainda não vos posso acompanhar até casa, porque nasci prematuro e muito pequenino, um pouco diferente do que imaginavam, por isso tenho que ficar internado na UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais), que é um local estranho, com muita tecnologia e cheio de coisas novas, mas fundamental para a minha recuperação.

Sou prematuro ou pré-termo, porque nasci antes das 37 semanas de gestação. Passo muito tempo a dormir, porque preciso de guardar energia para crescer.

Quando repararem que estou com os olhinhos fechados, a dormir, deixem-me quietinho por favor - é muito importante para poder recuperar.

Quando estiver acordado de olhinhos abertos, aproveitem para brincar comigo. Podem tocar-me ou falar baixinho comigo.

Se os profissionais de saúde acharem conveniente podem pegar em mim ao colo, o que será muito bom. Gosto da vossa presença e dos carinhos que me fazem. Nem sempre expressei o meu cansaço através do choro. Chorar cansa muito.

Se eu começar a respirar mais rápido, soluçar ou bocejar, é sinal que fiquei cansado. Deixem-me descansar um bocadinho. Os ruídos e as luzes muito fortes, são difíceis de suportar, se diminuírem o barulho e a luminosidade, ficarei mais tranquilo.

Nos primeiros tempos de vida, é natural que eu perca peso por isso não se preocupem.

Como sou pequenino tenho que estar na incubadora para me manter quentinho. Tenho uns fios colocados no peito/barriga (eléctrodos) e uma pulseira com uma luz na mão/pé (oxímetro de pulso) para saber se o meu coração bate bem, como está a minha respiração e se recebo oxigénio suficiente. Mas não se assustem com os alarmes pois os profissionais estão sempre atentos.

Como os meus pulmões e o meu cérebro podem não estar suficientemente desenvolvidos, posso precisar de ajuda para respirar e ter um tubinho na boca ou no nariz para esse efeito. Posso não estar preparado para comer, e nessa altura serei alimentado por via endovenosa (através das minhas veias).

À medida que vou crescendo o meu estômago e o meu intestino vão amadurecendo e posso iniciar o leite. Como ainda não tenho muita força e me canso facilmente ou me atrapalho (coordenação entra a sucção e deglutição) tenho uma sonda até ao estômago para me ajudar a alimentar.

Mamã, mesmo não podendo ir à mama, podes e deves tirar o leite para me darem através da sonda ou biberão. Nessa altura podes ser tu ou o papá a ajudar-me, assim como podem colaborar no meu banho.

Como todos os bebés posso ficar amarelinho (icterícia), se necessário ficarei por baixo de um aparelho cheio de luzes azuis, e com uns óculos especiais que protegem os meus olhinhos (fototerapia).

Gosto quando me tocas, mas como sou muito sensível, por favor não te esqueças de lavar bem as mãos antes de o fazeres.

Se tiverem alguma dúvida, alguma coisa que eu me tenha esquecido, é só contactarem os profissionais desta unidade, que gentilmente vos esclarecerão em qualquer momento.

O vosso filho:

“PREMATURO”

http://www.serprematuro.com/index.php?option=com_content&view=article&id=7&Itemid=8

APÊNDICE XXXII

**Relato de uma experiência na primeira pessoa deixado no livro de
partilha de vivências na UCINAPÊNDICE XXXII**

Relato de uma experiência na primeira pessoa deixado no livro de partilha de vivências na UCIN

Local de estágio: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Dona Estefânia

Este livro destina-se a todos os pais e familiares de recém-nascidos prematuros e insere-se no âmbito de projecto de estágio 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria subordinado ao tema **“Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem.”**. Tem como finalidade a partilha de vivências dos pais de recém-nascidos prematuros, esta pode ou não ser anónima.

Optámos por deixar o primeiro testemunho, na qualidade de enfermeira e mãe de gémeos prematuros que estiveram hospitalizados nesta UCIN, desde o dia 21 de Setembro de 18 de Outubro de 2009.

O desejo de aumentar a família há muito era comum a um casal feliz e muito apaixonado, ela enfermeira de profissão e com 32 anos e ele engenheiro e com 34 anos.

Após a realização de todos os exames necessários chegou-se à conclusão que nada de errado se passava, mas o casal já tentava engravidar há um ano, eis que a boa nova se torna realidade, após a primeira consulta a alegria do casal apresentou-se em duplicado – iam nascer gémeos. A surpresa foi grande, mas a tendência familiar para gémeos era enorme e assim começa um sonho a duplicar. Tudo corria bem e os bebés estavam a desenvolver-se bem, até que numa consulta e após a realização de uma ecografia se percebe que um dos bebés não se estava a desenvolver como esperado além de que as suspeitas de várias doenças atormentavam esta família.

A mãe foi então hospitalizada às 31 semanas de gravidez para vigilância do desenvolvimento do segundo bebé como era chamado pelos profissionais, porque para o casal este bebé tinha nome ia chamar-se Martim e o primeiro bebé Matilde. Naquele momento eram bebés pequeninos como lhes chamavam os profissionais, o Martim tinha no momento 1,300 Kg e a Matilde 1,750kg, mas os pais achavam que iam ser os bebés mais fortes do mundo, iam conseguir ultrapassar as dificuldades de partilha do mesmo espaço – uma barriga enorme de uma mãe que engordara 30

Kg, mas apesar dela dizer todos os dias – “bebés a barriga dá para os dois, comam tudo e cresçam muito”, eles não estavam, a seguir este conselho.

Então no domingo dia 20 de Setembro, começaram as dores, a perda de sangue e eis que os gémeos queriam vir ao mundo – primeiro a Matilde numa tentativa de "salvar" o irmão daquele espaço tão reduzido e que provavelmente já não estava a satisfazer as suas necessidades. Por motivos de saúde da mãe teria que ser realizada uma cesariana com anestesia geral, e visto a Matilde querer nascer, por estar tão ansiosa para que o irmão ficasse melhor teve que ser tudo muito rápido. Quando a mãe acordou era 1.30h e naquele momento a primeira pergunta que fez a quem a estava a acompanhar e que lhe era próxima, (a avó dos gémeos também ela enfermeira que durante 35 anos tinha desempenhado funções neste hospital) foi “ e os miúdos estão bem? ”, mas voltou a adormecer. De manhã a primeira informação que teve foi que os bebés estavam estáveis e que o Martim que acabou por ser ventilado à nascença até já só tinha oxigénio, e que a Matilde estava nos cuidados intermédios também com oxigénio, mas estável, a mãe estava agora muito mais tranquila, sabia que estavam em boas mãos!

Assim que pode fazer o levante e ainda em cadeira de rodas, foi até à UCIN e a primeira pergunta que fez foi:

- Estes são mesmo os nossos bebés?

Por mais estranho que pareça a mãe não os tinha visto nascer...

Os primeiros dias não foram fáceis, a recuperação de uma cesariana, o afastamento dos filhos...O apoio do marido, dos pais, dos sogros, dos amigos e de tantos colegas que naquele momento se revelaram grande conforto foram a trave mestra desta vivência. Até que a enfermeira mãe teve alta e foi para casa sem os seus bebés... não foi fácil... mas vê-los crescer fez ultrapassar tudo...Cada dia era uma batalha nova, cada grama ganha era uma vitória dupla...

Os bebés só estavam ali para crescer, ao fim de 15 dias a Matilde tinha alta mas... o Martim ainda tinha que ficar, nessa altura é que a situação foi um pouco mais complicada, mas nada que uma mãe não ultrapasse, e assim foi, ao fim de mais 15 dias o Martim chegava a casa.

Os gémeos cresceram e desenvolveram-se conforme esperado, e hoje foram o motor de arranque e o apoio a uma mãe enfermeira que voltou a estudar, daí surgir este testemunho...

Esperamos que este testemunho seja um estímulo de esperança para todos os pais de bebés prematuros hospitalizados nesta Unidade.

APÊNDICE XXXIII
Planeamento da Formação em Serviço

APÊNDICE XXXIII

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

CURSO: Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

UNIDADE CURRICULAR: Estágio na Unidade de Infecçciologia do HDE

TEMA DA SESSÃO: “Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem.”

DESTINATÁRIOS: Equipa de Enfermagem

PRELECTOR: Enf^a Carla Carvalho

OBJECTIVOS:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para o desempenho do trabalho emocional na prática de enfermagem
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da gestão da emocionalidade da criança e família em situação de isolamento hospitalar.

MÉTODO PEDAGÓGICO: Expositivo

DURAÇÃO: 40 minutos

DATA/HORA: Todos os dias até abranger todos os elementos da equipa

LOCAL: Gabinete de Enfermagem da Unidade de Infecçciologia

FASES	CONTEUDOS	METDODO PEDAGÓGICO	MEIOS E EQUIPAMENTOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação do tema e dos objectivos	Expositivo Interrogativo	Computador, data-show. Apresentação em powerpoint.	2m
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> -Cuidar de crianças/famílias que vivenciam a hospitalização - A criança/família em situação de isolamento hospitalar - Teoria de suporte à intervenção de enfermagem - Jean Watson - Intervenções de enfermagem na gestão da emocionalidade da criança/família em isolamento hospitalar - Preocupações dos pais face à hospitalização de um filho em isolamento 			20m
CONCLUSÃO	Síntese/conclusão/avaliação Espaço para reflexão em equipa			18m

APÊNDICE XXXIV

**Apresentação da Formação em Serviço - Vivências da criança com
necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho
emocional no acto de cuidar de enfermagem**

2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

PROJECTO DE ESTÁGIO – UNIDADE DE INFECCIOLOGIA DO HDE

“Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem.”

Carla Carvalho e Barbosa

Orientação – Profª Paula Diogo

Fevereiro 2012

1

Objectivos:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para o desempenho do trabalho emocional na prática de enfermagem
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da gestão da emocionalidade da criança e família em situação de isolamento hospitalar.

“Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem.”

A relação enfermeiro/cliente está na base do cuidar, o que por sua vez este está impregnado de emoções tal como Watson defende (1999).

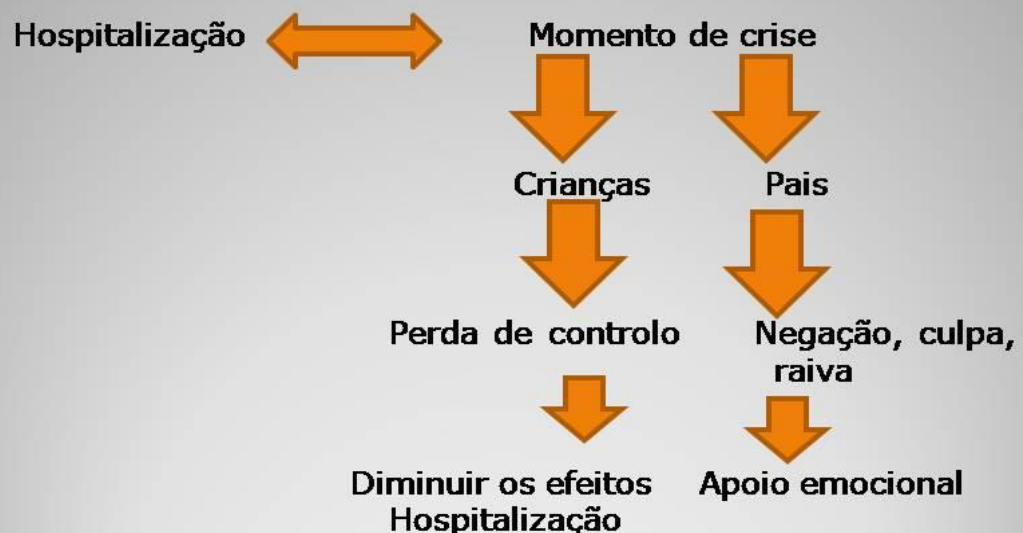
Goleman (2005) refere que as relações interpessoais estão impregnadas de emoções.

O uso das emoções enquanto instrumento terapêutico é desta forma muito importante, porque o objectivo da enfermagem é ser terapêutica (Diogo, 2012).

"Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem"

3

Cuidar de Crianças/famílias que vivenciam uma hospitalização



(Quintana, 2007, p. 414)

"Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem"

4

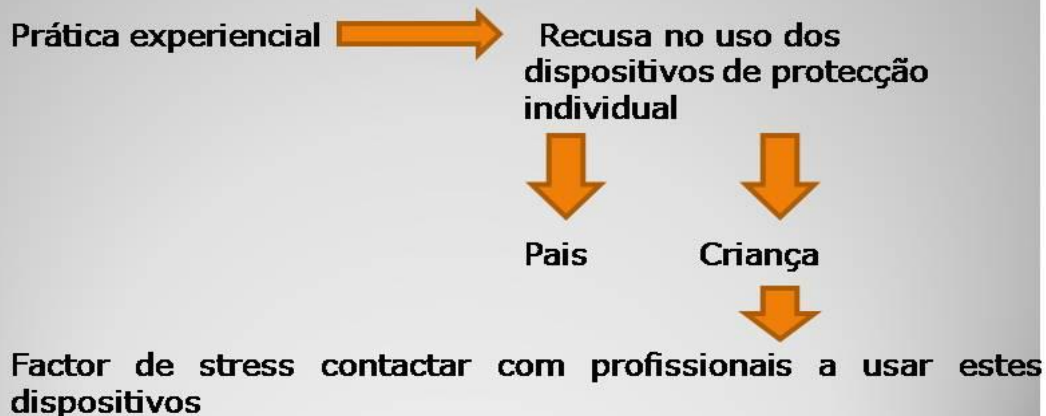
A criança/família em situação de isolamento hospitalar

Boletim Informativo Nº 44/05 do Hospital D. Estefânia (2006) define isolamento como a separação de pessoas infectadas com determinado agente infeccioso, sob condições que permitam a sua transmissão directa a outros indivíduos, durante o período de doença activa, ou a protecção de doentes imunodeprimidos sob condições que lhes previnam a transmissão de agentes infecciosos.

Os cuidados à criança têm que envolver **comunicação, respeito, compromisso, afecto, compaixão, apreço, sensibilidade e toque.** (Cardim, 2008, p.33)

"Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem" 5

A criança/família em situação de isolamento hospitalar



"Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem" 6

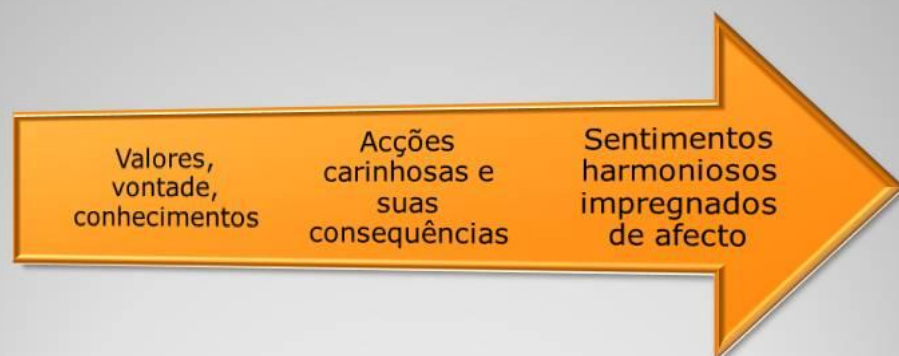
Teoria de suporte à intervenção de enfermagem – Jean Watson

A **teoria de enfermagem** ajuda o enfermeiro a organizar, compreender e analisar os dados do doente, tomar decisões sobre intervenções de enfermagem, planear o tratamento do doente, prever os resultados desse tratamento e avaliar os resultados do doente (Alligood e Tomey, 2004).

Watson (2002) refere que o processo de cuidar é mediado pela relação entre o enfermeiro e o cliente. É defensora de que cuidar implica envolvimento pessoal e a partilha de emoções.

“Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem”⁷

CUIDAR – JEAN WATSON



“Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem”⁸

Intervenções de enfermagem na gestão da emocionalidade da criança/família em isolamento hospitalar

Trabalho emocional – Pam Smith



Componentes do trabalho emocional



Dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, usar o humor, ter paciência, aliviar o sofrimento, conhecer o cliente e ajudar a resolver os seus problemas.

"Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem." 9

Intervenções de enfermagem na gestão da emocionalidade da criança/família em isolamento hospitalar

-O trabalho emocional do enfermeiro visa, por um lado, ajudar o cliente a lidar com as emoções que sente em determinada situação emocionalmente intensa, e por outro, promover o bem-estar e alívio do sofrimento do cliente

- "Em enfermagem pediátrica o papel do enfermeiro incide numa ajuda emocional à criança ou jovem e família através de práticas terapêuticas." (Diogo, 2010, pág.124)

"Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem." 10

Intervenções de enfermagem na gestão da emocionalidade da criança/família em isolamento hospitalar

O brinquedo faculta a expressão de sentimentos, pois estes são transferidos para as personagens da brincadeira.

Oler (2006) refere que jogos e brincadeiras terapêuticas são usados para reduzir o trauma da doença e da hospitalização e para preparar as crianças para procedimentos terapêuticos.

"Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem" 11

Intervenções de enfermagem na gestão da emocionalidade da criança/família em isolamento hospitalar

Diogo (2012) – revisão da literatura identificou práticas de enfermagem que ilustram a actuação do enfermeiro perante o cliente pediátrico na gestão do seu estado emocional



o brincar, actividades com música, espaços de expressão emocional, informação/explicação, humor, dádiva de afecto e esperança, presença, postura afectiva e amigável, ambiente calmo e seguro na hospitalização.

"Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem" 12

Cardim et al (2008), refere que a criança requer cuidados sensíveis, estes na opinião da autora têm por base um **conjunto de acções** que envolvem: **comunicação, respeito, compromisso, afecto, compaixão, apreço, sensibilidade e toque**, e que interferem de forma directa na sua recuperação.

"Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem" 13

Intervenções de enfermagem na gestão da emocionalidade da criança/família em isolamento hospitalar

Brez (2002) defende que a **musicoterapia** é muito benéfica para crianças que estão hospitalizadas com necessidade de isolamento.

"Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem" 14

Preocupações dos pais face à hospitalização de um filho em isolamento



Paterson citado por Reis (2007)

"Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem" 15

- Kristjánsdóttir (1991,1995) citado por Reis (2007) agrupou as necessidades identificadas em seis categorias: necessidades dos pais confiarem nos enfermeiros e nos médicos; necessidades dos pais sentirem que confiam neles; necessidades dos pais de terem informação; necessidades dos pais de terem apoio e orientação; necessidades dos pais de recursos físicos e humanos; necessidades relativas à criança doente e aos outros membros da família

"Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem" 16

- Hallström & Runeson (2001), citado por Reis (2007) agruparam-nas em 9 categorias: as necessidades de segurança, a necessidade de segurança em relação à própria criança, a necessidade de comunicação, a necessidade de controlo, a necessidade de uma equipa multidisciplinar "agradável" ou amável, a necessidade de existir um pai/mãe competente, a necessidade da família, a necessidade de apoio e a necessidade de satisfação personalizada dessas necessidades.

"Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem" 17

- "Ao permanecer no hospital a mulher distancia-se das suas outras funções – mulher, esposa, trabalhadora, filha, mãe de outros filhos o que muitas vezes leva a um conflito interno." (Dittz et al, 2008, p. 78).

- Gomes et al. (2009, p.112) defende que " os enfermeiros são os profissionais que deverão estar melhor preparados para identificar os sentimentos vividos por estes pais e intervir de forma a ajudá-los e lidar com estes sentimentos."

- "Trabalhar com crianças significa trabalhar também com os seus pais, especialmente com sentimentos e atitudes." (Oliveira e Collet, 1999, p.101).

"Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem" 18

Intervenções de enfermagem na gestão da emocionalidade da criança/família em isolamento hospitalar

Reflexão na base dos cuidados prestados

A reflexão, segundo Fish e Twinn (1997), é um potencial meio de facilitação do processo de integração e articulação entre a teoria e a prática. Pode ser entendido como um pensamento sistemático, crítico e criativo com o intuito de compreender as origens da acção.

"Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem" 20

PARA REFLECTIR

" (...) os enfermeiros fornecem ferramentas de confronto aos clientes para estes fazerem face ao seu sofrimento, conseguindo sentir maior controlo e fazendo uma eficaz gestão das suas emoções, aliviam o sofrimento associado à vivência da doença e hospitalização." (Diogo, 2010, p.175)

"Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem" 21

Bibliografia

- Benner, P. (2005). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Diogo, P. M. J. (2000). Necessidades de apoio dos familiares da criança com doença oncológica no 1º internamento. *Pensar Enfermagem*, 4(1),12-24
- Brez, Courtney (2002). Review of literature: effects of hospitalization. *Journal of Advanced nursing*, 37 (6), 10-15. Retrived from EBSCO host
- Diogo, P. M. J. (2000). Uma orientação para cuidar....a criança. *Servir* 49 (1),17-21
- Diogo, P. M. J. (2010). *Metamorfose da experiência no acto de Cuidar: o processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Tese de Mestrado
- Diogo, P. M. J. (2006). *A vida emocional do Enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures
- Oler, F., Vieira, M.R.(2006). O conhecimento da equipe de enfermagem sobre a criança hospitalizada. *Arq ciências Saúde* ,13 (4), 191-197
- Quintana, A.M. et al (2007). A vivência hospitalar no olhar da criança internada
- Watson, J. (2003). Love and caring. Ethics of face and hand – an invitation to return to the heart and soul of nursing and our deep humanity. *Nur Adsm*,27(3),197-202
- Reis, G. (2007). *Expectativas dos pais durante a hospitalização da criança*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enf
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência
- Watson, J., & Smith, M. (2002a). Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), 452-461. Retrieved from EBSCOhost.

“Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem.”

APÊNDICE XXXV

Documento de avaliação da Formação em Serviço

APÊNDICE XXXV

Documento de avaliação da Formação em Serviço

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Formação _____

Data _____ Horário _____

Avaliação da sessão de Formação

1. Como avalia os temas debatidos/apresentados na sessão?

Muito adequado__ Adequado__ Pouco adequado__ Nada adequado__

2. Como avalia a apresentação realizada?

Muito adequado__ Adequado__ Pouco adequado__ Nada adequado__

3. Esta acção de formação irá alterar comportamentos/técnicas? Justifique.

4. Como avalia a sessão de acordo com as suas expectativas?

Muito adequado__ Adequado__ Pouco adequado__ Nada adequado__

5. sugestões e/ ou comentários que considere relevantes.

APÊNDICE XXXVI

Análise dos dados da Sessão de Formação em Serviço

APÊNDICE XXXVI

Análise dos dados da sessão de formação em serviço realizada na Unidade de Infecçciologia do HDE

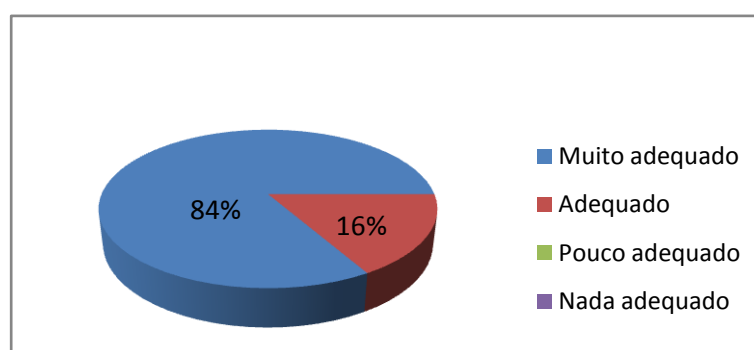
A Sessão de Formação em Serviço foi apresentada a doze enfermeiros. Foi aplicado um questionário com objectivo de os participantes expressarem a sua opinião relativamente à forma como decorreu a sessão.

Após a colheita de dados estes devem ser manipulados e obtidos os resultados, que constituem um paço central da pesquisa. A análise e interpretação de dados são dois processos intimamente relacionados.

Os dados obtidos através do instrumento de recolha de dados (questionário) foram tratados por um processo informático através do programa Excel, que permite realizar cálculos estatísticos e visualizar os seus resultados.

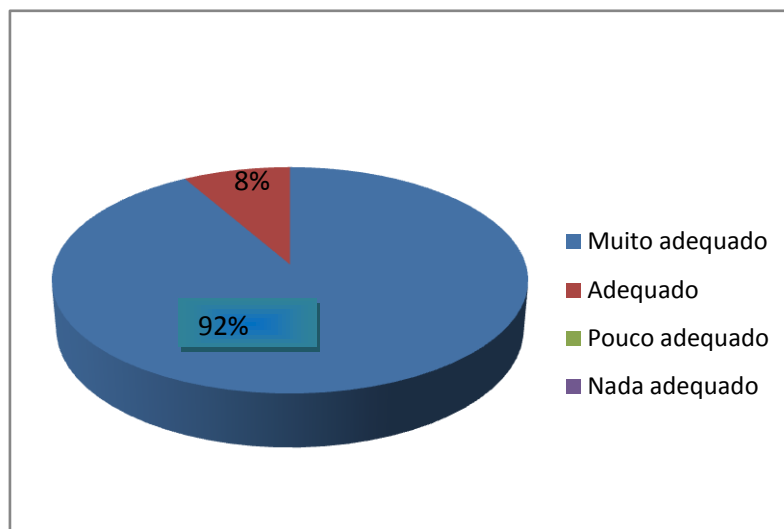
Os dados foram tratados estatisticamente por meio informático e apresentados sob a forma de Diagrama de sectores, de modo a facilitar uma rápida interpretação e compreensão dos mesmos.

Figura 1: Diagrama de sectores referentes à questão: Como avalia os temas debatidos/ apresentados na sessão?



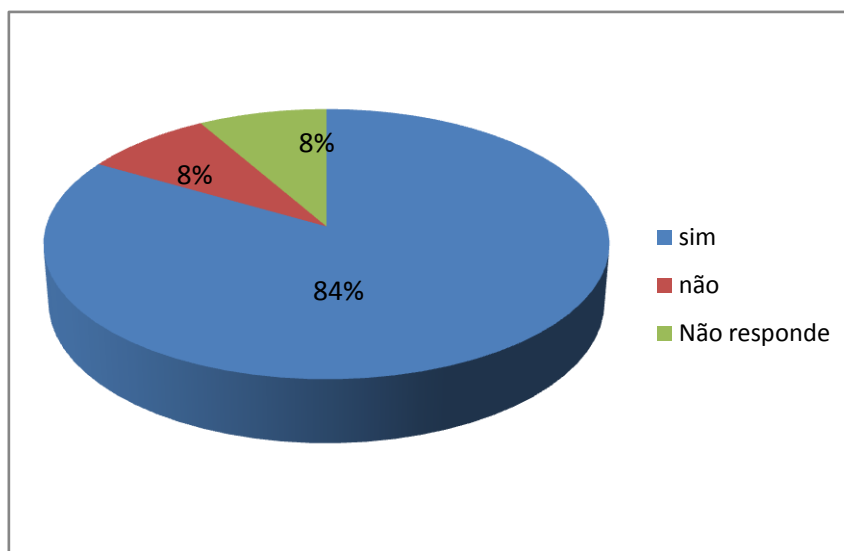
O diagrama de sectores mostra que 84% dos enfermeiros consideraram o tema debatido/ apresentado na sessão muito adequado e 16% consideraram-no adequado.

Figura 2: Diagrama de sectores referentes à questão: Como avalia a apresentação realizada?



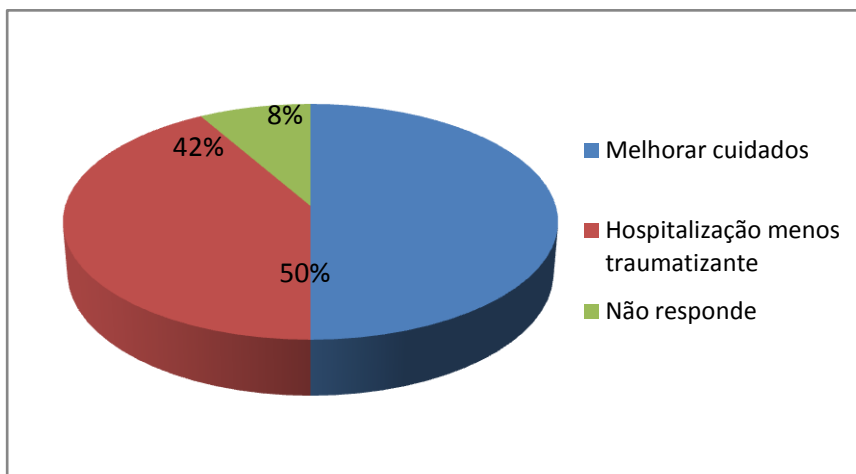
O diagrama de sectores mostra 92% dos enfermeiros que assistiram á sessão consideraram a apresentação muito adequada e 8% adequada.

Figura 3: Diagrama de sectores referentes à questão: Esta acção de formação irá alterar comportamentos/ técnicas?



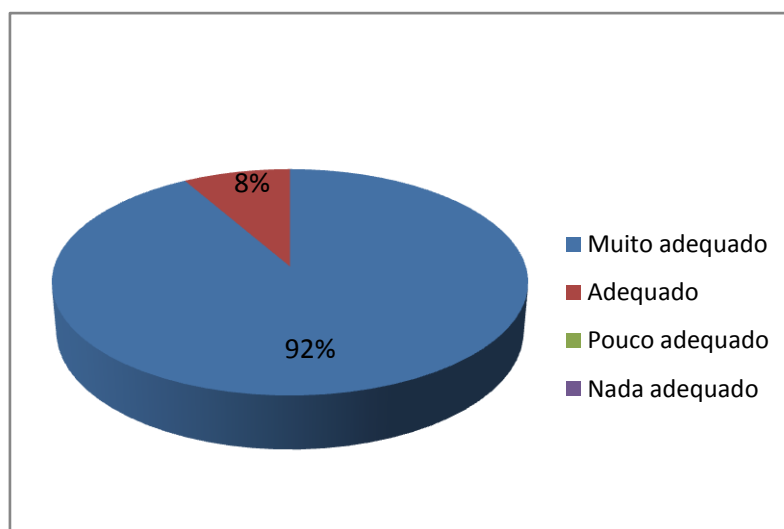
O diagrama mostra que 84% dos enfermeiros responderam que esta acção de formação iria levar à alteração de comportamentos/técnicas, 8% responderam que esta acção de formação não iria alterar comportamentos/técnicas e 8% não responderam.

Figura 4: Diagrama de sectores referentes à questão: Justifique?



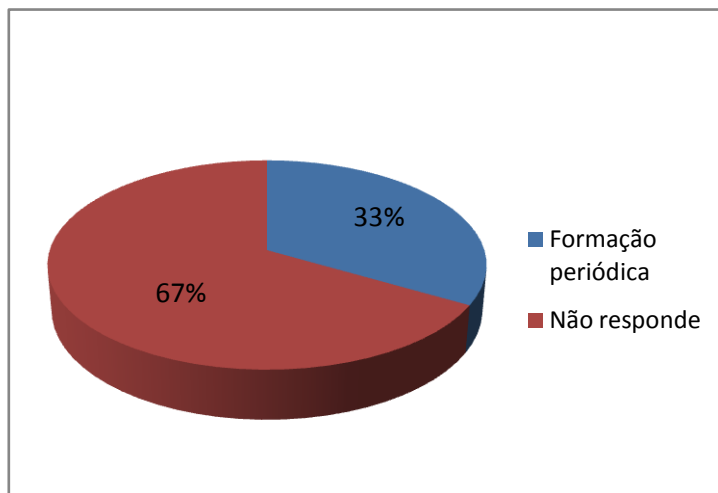
O diagrama mostra que 50% dos enfermeiros responderam que as alterações se traduziam em melhoria a nível dos cuidados, 42% consideraram que a hospitalização das crianças e família seria menos traumatizante e 8% não responderam.

Figura 5: Diagrama de sectores referentes à questão: Como avalia a sessão de acordo com as suas expectativas?



Dos enfermeiros presentes 92% avaliaram a sessão em muito adequada e 8% em adequada.

Figura 6: Diagrama de sectores referentes à questão: Sugestões e/ ou comentários que considere relevantes.



As sugestões indicam que apenas 33% dos enfermeiros teceram considerações e consideraram que a formação periódica seria interessante nesta situação.

APÊNDICE XXXVII

Planeamento da actividade "A caixinha da criança"

APÊNDICE XXXVII

PLANEAMENTO DA SESSÃO APRESENTAÇÃO “A CAIXINHA DA CRIANÇA”

CURSO: Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

UNIDADE CURRICULAR: Estágio na Unidade de Infeciologia do HDE

TEMA DA SESSÃO: Apresentação do protótipo de “A caixinha da criança” inserida no Projecto de Estágio - “Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem.”

DESTINATÁRIOS: Equipa de Enfermagem

PRELECTOR: Carla Carvalho

OBJECTIVOS:

- Promover o empowerment da criança em idade escolar e família face à doença infecto-contagiosa com necessidade de isolamento hospitalar
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para estratégias que facilitem a adesão da criança e família aos dispositivos usados em situação de isolamento hospitalar
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do desempenho do trabalho emocional na prática de enfermagem na gestão da emocionalidade da criança e família em situação de isolamento hospitalar.

MÉTODO PEDAGÓGICO: Expositivo

DURAÇÃO: 15 minutos

DATA/HORA: Nos dias de estágio até que todos os elementos da equipa tenham conhecimento

LOCAL: Gabinete de Enfermagem

FASES	CONTEÚDOS	METDODO PEDAGÓGICO	MEIOS E EQUIPAMENTOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação dos objectivos	Expositivo	“Componentes da caixinha da criança”	5m
DESENVOLVIMENTO	Apresentação da “caixinha da criança”			5m
CONCLUSÃO	Síntese/conclusão/avaliação Entrega de uma caixinha protótipo			5m