



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Cuidar da criança e sua família em situação de doença
aguda: intervenção de enfermagem na gestão emocional**

Francisca Figueiredo Teixeira da Silva Frias

—

**Lisboa
2023**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Cuidar da criança e sua família em situação de doença
aguda: intervenção de enfermagem na gestão emocional**

Francisca Figueiredo Teixeira da Silva Frias

Orientador: Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo

**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“E enfim de uma escolha faz-se um desafio
Enfrenta-se a vida de fio a pavio
Navega-se sem mar, sem vela ou navio
Bebe-se a coragem até dum copo vazio
E vem-nos à memória uma frase batida
Hoje é o primeiro dia do resto da tua vida
Hoje é o primeiro dia do resto da tua vida”*

Sérgio Godinho

AGRADECIMENTOS

À Senhora Professora Doutora Paula Diogo por ser exemplo inspirador, pela orientação exímia e pelos saberes comigo partilhados.

Aos professores da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa que se cruzaram no meu percurso académico e contribuíram para o meu processo de aprendizagem e aquisição e novas competências.

Ao meu Amadeu que é fonte de força e coragem, é presença e é amparo constante nos meus dias.

Ao meu pai, que me ajudou ininterruptamente a trilhar este percurso, o meu hipotecado e eterno agradecimento.

À minha mãe, por acreditar afincadamente em mim e por me dar força para qualquer desafio da vida.

A ti, Rafael pelo teu desmedido e incondicional apoio, pelo teu amor e colo, que me mantiveram firme neste desafiante percurso.

À minha avó, pelas preces, pela boa energia e por sempre acreditar em mim.

Ao meu Tio Carlos, pelos saberes transmitidos e por sensatez.

À Marta, à Beatriz, à Ana, ao Henrique e todos a os outros que se preocuparam genuinamente comigo nesta caminhada, Patrícia, Carolina, Joana, Francisco... obrigada!

Ao António, que foi e é alento e inspiração ao longo desta jornada.

Às minhas companheiras da licenciatura que se fizeram estender para a vida Michelle, Carolina, Ana e Filipa.

Às minhas colegas e firmes companheiras deste desafiante percurso Ana, Márcia e Joana.

A todas as Sr.^{as} Enfermeiras Orientadoras, Enf.^a Ana Lúcia, Enf.^a Luiza, Enf.^a Maria João, Enf.^a Isabel, Enf.^a Daniela, que enriqueceram o meu percurso e enfermeiros chefes de serviços que contribuíram para o mesmo.

A todos os colegas de trabalho e profissão.

Às crianças e famílias que são parte integrante do meu quotidiano, o meu verdadeiro foco de cuidar, obrigada por todas as “montanhas-russas de emoções” que partilhámos e continuaremos a partilhar.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CCF - Cuidados Centrados na Família

CDP - Consulta de Desenvolvimento de Pediatria

CE - Centro de Estudos

CESIJ - Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNT - Cuidados Não Traumáticos

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CVC - Cateter Venoso Central

DCC - Doença Crónica Complexa

DGS - Direção-Geral da Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Enf.^a - Enfermeira

HDP - Hospital de Dia Pediátrico

IPFCC - Institute for Patient and Family-Centered-Care

JC - Julgamento Clínico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PC - Pensamento Crítico

PEA - Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Programa Nacional de Vacinação

RC - Raciocínio Clínico

RN - Recém-Nascido

SO - Serviço de Observação

Sr.^a - Senhora

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

SUPP – Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente

TEEP - Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

UCIN - Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UN - Unidade de Neonatologia

UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

RESUMO

Cuidar da criança e família em situação de vulnerabilidade, como é exemplo o confronto com a doença aguda, demanda uma profunda sensibilidade por parte do enfermeiro, que se repercute na prestação de cuidados humanizados e holísticos, na qual a gestão de emoções se imprime como intervenção *major* de enfermagem. Para que esta prestação de cuidados seja sublime é imperativo uma intervenção não traumática, centrada na criança-família, onde a parceria, a proximidade e a abordagem afetiva e emocionalmente sensível, são basilares na atuação do enfermeiro. O processo de cuidar, à luz de Jean Watson, enlaça um conjunto de valores altruístas e humanísticos como a bondade, a empatia, a preocupação e o amor pelo outro, construído sobre uma ética contínua, epistémica e ontológica, com uma visão unitária. A construção da relação criança-família-enfermeiro tem lugar cativo no pódio da enfermagem pediátrica, uma vez que é pré-requisito de uma transição saudável e adaptação a este novo estado de doença, ainda que seja temporário. O presente relatório pretende descrever o percurso formativo traçado, numa visão crítica e reflexiva, apresentando os objetivos e atividades desenvolvidas nos estágios clínicos, almejando a aquisição de competências de Mestre na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. A abordagem metodológica adotada para este relatório regeu-se pela aprendizagem experiencial, pela prática reflexiva, escoltada pelo raciocínio clínico, pensamento crítico, julgamento clínico e por um manancial de conhecimentos da *praxis*, suportados pela evidência científica. A enfermagem, ao reconhecer o cuidado emocional como seu, alcança o pináculo da disciplina, na sua plenitude. Ousar o encontro emocional com a criança-família, em situação de doença, através do reconhecimento e identificação de sentimentos e emoções, da escuta ativa, do suporte e da total compreensão com o Outro, apazigua-lhes o sofrimento, traduzindo-se no atenuar da excessiva emocionalidade negativa acoplada, transformando-a positivamente.

Palavras-chave: Criança; Família; Doença aguda; Emoções; Enfermagem Pediátrica

ABSTRACT

Caring for children and families in vulnerable situations, such as dealing with acute illness, demands a profound sensitivity from nurses. This sensitivity resonates in providing humanized and holistic care, where managing emotions becomes a major nursing intervention. For this care to be sublime, a non-traumatic intervention centered on the child and family is imperative, emphasizing partnership, closeness, and an emotionally sensitive approach in the nurse's practice. The caregiving process, considering Jean Watson's theory, encompasses a set of altruistic and humanistic values such as kindness, empathy, concern, and love for others, built upon a continuous ethic and an integrated vision. Building the child-family-nurse relationship takes a significant place in pediatric nursing, serving as a prerequisite for a healthy transition and adaptation to this new state of illness, albeit temporary. This report aims to describe the educational journey undertaken in a critical and reflective manner, presenting the objectives and activities carried out during clinical internships, aspiring to acquire Master's-level competencies in the Specialization Area of Child Health and Pediatrics Nursing. The methodological approach adopted for this report was guided by experiential learning, reflective practice, accompanied by clinical reasoning, critical thinking, clinical judgment, and a wealth of practical knowledge supported by scientific evidence. Nursing, by acknowledging emotional care as its own, reaches the pinnacle of the discipline in its entirety. Daring to engage emotionally with the child-family unit facing illness, through recognizing and identifying feelings and emotions, active listening, support, and full understanding of the Other, alleviates their suffering, translating into a reduction of excessive negative emotional burden, transforming it positively.

Keywords: Child; Family; Acute Illness; Emotions; Pediatric Nursing

ÍNDICE

Introdução.....	10
1. Enquadramento Teórico-Conceptual.....	13
1.1 A arte de cuidar em pediatria	13
1.2 O impacto emocional da criança e família em situação de doença aguda.....	17
1.3 A gestão emocional como intervenção de enfermagem.....	21
2. Problemática de Estudo	27
3. Metodologia	28
4. Descrição e Reflexão da Experiência de Estágio	30
4.1 Cuidados de Saúde Primários.....	31
4.2 Consulta de Desenvolvimento de Pediatria	39
4.3 Serviço de Urgência Pediátrica	45
4.4 Unidade de Neonatologia	52
4.5 Internamento de Pediatria.....	58
5. Considerações Finais e Projetos Futuros	69
Referências Bibliográficas.....	71

ANEXOS

Anexo I - Publicação do Resumo da Comunicação Livre: Versão Preliminar da Revisão Scoping “Intervenção de enfermagem na gestão das emoções da criança com doença aguda e sua família em contexto hospitalar: uma scoping review”, na Revista Pensar Enfermagem

Anexo II - Modelo de trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Anexo III - Certificado de participação na Sessão Formativa “O sono da criança. O uso de ecrãs na infância”

Anexo IV - Certificado de preleção na 1.^a Conferência Internacional do CIDNUR, Nursing Trends: research for a better health – Lisbon 2022 - Comunicação Livre: “Intervenção de enfermagem na gestão das emoções da criança com doença aguda e sua família em contexto hospitalar: uma scoping review”

APÊNDICES

APÊNDICE I - Mapa Conceptual

APÊNDICE II - Cronograma de Estágios do 3.º Semestre

APÊNDICE III - Guia Orientador dos objetivos e atividades de estágio nos 5 contextos

APÊNDICE IV - Caracterização dos Cinco Contextos de Estágio

APÊNDICE V - Resenha acerca dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

APÊNDICE VI - Diário de Campo na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

APÊNDICE VII - “Árvore das Emoções”

APÊNDICE VIII - Reflexão Crítica “Diagnóstico de perturbação do neurodesenvolvimento da criança: o impacto na família”

Apêndice IX - Síntese da Sessão “O Sono da criança. O uso de ecrãs na infância”

APÊNDICE X - Reflexão sobre o cuidado emocional prestado à criança e família na Consulta de Desenvolvimento de Pediatria, à luz do Modelo TEEP

APÊNDICE XI - Síntese reflexiva sobre a experiência emocional da criança e família no SUPP e intervenção do EEESIP

APÊNDICE XII - “KIT D’Emoções”

APÊNDICE XIII - Carta dirigida aos elementos do Conselho de Administração Hospitalar e à Sr.^a Enf.^a Diretora do Hospital

APÊNDICE XIV - Reflexão sobre a experiência emocional da família do recém-nascido na Unidade de Neonatologia e intervenção do EEESIP

APÊNDICE XV - Fundamentação da atividade “Identificação das Salas da Unidade de Neonatologia” 162

APÊNDICE XVI - Sessão “Conversa com os Pais - Um momento de partilha”

Apêndice XVII - Reflexão sobre o impacto emocional do diagnóstico de doença oncológica na díade e intervenção do EEESIP

APÊNDICE XVIII - “EMOCIONÓMETRO”

APÊNDICE XIX - Reflexão “O cuidado emocional à criança e família no internamento de pediatria”

APÊNDICE XX - Relatório da Sessão Formativa:

“Intervenção do Enfermeiro no âmbito da Gestão Emocional do Adolescente com doença oncológica”

Introdução

O presente relatório insere-se no 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, decorrente da concretização do projeto de estágio e objetiva, primordialmente, refletir o percurso formativo, visando a aquisição de competências de uma prática de enfermagem especializada. Escoltada por um notável referencial teórico de enfermagem e um enquadramento conceptual sólido, emerge a problemática da prática de cuidados de enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, onde se delimita a gestão emocional da díade criança¹-família², como foco central deste trabalho. Deste modo, tendo em vista assegurar a prestação de cuidados de saúde de excelência de nível avançado, com segurança e competência, visando a satisfação das necessidades em saúde da criança e sua família, o presente trabalho concretiza as atividades desenvolvidas, nos diferentes contextos de estágios, visando a demonstração e fundamentação das competências adquiridas, elencadas no Regulamento n.º 422/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) e no Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE) da Ordem dos Enfermeiros (OE).

A vivência de uma situação de doença aguda súbita da criança, que necessite de cuidados de saúde, recorrendo a cuidados de saúde primários, serviços de urgência ou até com necessidade de internamento, espoleta no cliente³ (criança- família) sentimentos e emoções de índole, predominantemente negativa (Hockenberry et al., c2024). O processo de doença é uma experiência, frequentemente, perturbadora para a criança,

¹ Definição de **criança**, de acordo o 1.º artigo da Convenção sobre os Direitos da Crianças, *United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF)* (2019): todo o ser humano com menos de dezoito anos de idade, salvo se atingir a maioridade mais cedo, de acordo com a legislação de cada país. Esta definição vai ao encontro da legislação portuguesa (Artigo 122.º do Código Civil), que considera ser menor quem não tiver completado dezoito anos de idade.

² Definição de **família**, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (2010): Grupo social que consiste em pais ou pais substitutos e crianças.

³ Definição de **cliente**, de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, da OE (2001): pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem, pode considerar-se cliente – pessoa – individual, ou cliente-família, ou cliente-comunidade.

pois sentimentos como o medo, o stress e a ansiedade podem ser esmagadores, podendo acarretar consequências no seu desenvolvimento, em diversas dimensões (Carvalho et al., 2020; Diogo et al., 2016). Também os pais que acompanham o seu filho atravessam, regularmente, um momento de crise emocional, vendo-se assoberbados por sentimentos que os impactam negativamente (Antão et al., 2018; Jorge, 2004).

É neste âmago de emoções que o enfermeiro atua como figura privilegiada no processo de cuidar e, ao ver-se envolvido, deve deter especial atenção para a carga emocional que está acoplada a esta situação, procurando sensibilizar-se para melhor cuidar, intervindo com intencionalidade terapêutica, no intuito de facilitar a gestão das emoções da criança e família, e também das suas emoções, minimizando o sofrimento (Antão et al., 2018; Diogo, 2015, 2023). Em concordância com o Regulamento que define o ato do enfermeiro (Regulamento n.º 613/2022) o mesmo tem a capacidade de intervir de forma autónoma e interdependente, sob a sua responsabilidade e decisão. Deste modo, ao utilizar técnicas e recursos próprios da profissão, com o intuito da promoção e manutenção do bem-estar global em saúde, a gestão emocional assume-se como intervenção autónoma de enfermagem. O uso intencional das emoções e o trabalho emocional, com a criança e família em situação de doença aguda, refletem e enaltecem o ato de enfermagem na prestação de cuidados.

O percurso formativo espelhado neste relatório, está ancorado no referencial teórico de Jean Watson, adotando a Teoria do Cuidado Humano, que nos ilustra que a ciência do cuidar se funde com as emoções humanas (Watson, 2002, 2018). Além disso, mobilizam-se ainda orientações teóricas subsidiárias como os Cuidados Centrados na Família, aliados ao Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, estendendo-se ainda à prestação de cuidados não traumáticos, que constituem pilares estruturantes da prestação de cuidados de enfermagem em pediatria. Também o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP) de Diogo (2023), surge como âncora da prática deste projeto, vinculando-se ao grande objetivo: atenuar ou evitar uma vivência de emocionalidade excessiva e perturbadora, associadas à doença e/ou hospitalização da criança, através da gestão das emoções nas interações de cuidar.

Deste modo, o presente relatório, elaborado à luz da prática clínica em contexto de estágio, objetiva o desenvolvimento de competências comuns do EE e competências

específicas do EEESIP, na prestação de cuidados à criança e família, nos processos de saúde/doença, em diferentes contextos pediátricos, reconhecendo e assegurando o cuidado emocional como imprescindível à díade. São utilizadas diferentes metodologias (reflexiva, crítica e descritiva) com recurso à melhor e mais atual evidência científica, que norteiam a elaboração deste projeto.

Pretendendo uma leitura e compreensão facilitadora, estruturalmente este relatório inaugura-se com um **enquadramento teórico-conceitual** que sustenta a experiência emocional da criança e família em situação de doença, sendo imprescindível a intervenção do EEESIP, como gestor emocional. Este 1.º capítulo configura-se em três subcapítulos. No subcapítulo 1.1 **“A arte de cuidar em pediatria”**, é elaborada uma resenha acerca dos cuidados de enfermagem à criança ao longo da história, desbravando caminho pelos pilares da enfermagem pediátrica, tocando a transição saúde/doença experienciada pela díade. No subcapítulo 1.2 **“O impacto emocional na criança e família em situação de doença aguda”**, é realizada uma revisão da literatura que enuncia a experiência emocional da criança-família, quando confrontada com a situação de doença. O subcapítulo 1.3 **“A gestão emocional como intervenção de enfermagem”**, apresenta uma resenha histórica acerca da evolução da compreensão das emoções e as suas linhas de raciocínio até à atualidade, concomitantemente que plasma os conceitos de cuidado emocional, trabalho emocional e gestão de emoções vinculados à enfermagem, visando corroborar como estes são alicerçantes da prática, culminando na representação do Modelo TEEP, à luz de Watson. Deste 1.º capítulo discorre a justificação da **problemática de estudo**, configurando-se num 2.º capítulo. A 3.ª parte do relatório apresenta a **metodologia** utilizada, suportada pelos conceitos de pensamento crítico, raciocínio clínico, julgamento clínico e aprendizagem experiencial. O 4.º capítulo, contempla a **descrição e reflexão do percurso formativo**, apresentando os objetivos inerentes a cada contexto de estágio, as atividades e as competências desenvolvidas. Por fim, configura-se o 5.º capítulo **“Considerações Finais”**, que compreende, de forma sintetizada, os contributos para o desenvolvimento da prática da enfermagem pediátrica, suportada pela evidência científica e experiência obtida e apontando para projetos futuros. Os anexos e apêndices apresentados são elementos pós-textuais do trabalho que visam enriquecer o relatório e contribuir para a sua clarividência.

1. Enquadramento Teórico-Conceptual

O presente enquadramento resulta da realização de uma afincada pesquisa com recurso a bases de dados científicas, leitura de artigos e livros, da qual culminou a elaboração de uma revisão *scoping*, cuja sua versão preliminar se encontra publicada na revista científica Pensar Enfermagem (Anexo I).

1.1 A arte de cuidar em pediatria

Desde os primórdios da vida que cuidar se assume como ação intrínseca ao ser humano, sendo reconhecida por Collière (2003) como a primeira arte da vida. O cuidado de enfermagem relacionava-se com práticas religiosas de caridade, amor ao próximo e dedicação, sendo executada particularmente por mulheres. A enfermagem viu a sua transformação com o advento da era cristã e o aparecimento da medicina “científica”, evoluindo como ofício e desbravando caminho até ser reconhecida como ciência (Collière, 1999; Diogo et al., 2021).

Até ao século XVII a criança não assumia destaque ou interesse para a sociedade e até mesmo para própria família onde se inseria. Por, frequentemente, serem vítimas fatais da doença, era pouco o afeto e o apego que se nutria pelas crianças. Sem qualquer característica diferenciadora, estas eram retratadas como pequenos adultos. No século XVIII, sucedem-se mudanças significativas, nomeadamente no que diz respeito às famílias, e a criança assume um papel de relevo na sociedade, emergindo assim os conceitos de infância e adolescência, diante as disciplinas de psicologia e sociologia (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

No respeitante à saúde da criança, surgiram os primeiros hospitais pediátricos na Europa, no século XVIII, assinalando um marco importante na saúde infantil. Os cuidados foram aprimorando-se, culminando no reconhecimento da díade mãe-filho, com enfoque no desenvolvimento da criança e debruçando-se sobre a promoção do seu bem-estar, abrangendo aspetos físicos, sociais e emocionais (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). É no século XIX que a enfermagem ascende, erguida por Florence Nightingale, revolucionando os cuidados de saúde, distanciando a *praxis* de enfermagem da *praxis* de medicina (Nightingale, 2005). No século XX, o “século da criança”, esta adquire um notável estatuto na sociedade, rompem os primeiros estudos sobre o desenvolvimento

infantil e surge a criação de um curso de especialização de cuidados de enfermagem prestados à criança (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

O cuidado à criança nas suas diversas dimensões é finalmente reconhecido, e em 1989 a Convenção sobre os Direitos das Crianças é adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, ratificada por 196 países, incluindo Portugal, consagrando-a como um sujeito pleno de direitos, entrando em vigor em 1990 (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020; United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2019). Este tratado universal, arquiteta caminho para a dignidade e reconhecimento da criança, tornando-se também farol ético da enfermagem, orientado para promoção da saúde e o cuidado compassivo à mesma, assegurando-a como um tesouro singular, que carece de proteção e deve ser empoderado, visando alcançar um futuro saudável (UNICEF, 2019).

Sustentada pela filosofia *major* de **Cuidados Centrados na Família** (CCF), a enfermagem pediátrica, desenrola a sua prática atual almejando a promoção da saúde e o bem-estar dos indivíduos e da sua família. A família é uma constante e foco fundamental na vida da criança, e independentemente da sua estrutura ou dinâmica, é capaz de oferecer um ambiente protetor de suporte, onde a criança cresce, matura e maximiza o seu potencial humano (Hockenberry, c2024). De acordo com o *Institute for Patient and Family-Centered-Care* (IPFCC), estes cuidados pautam-se pelo estabelecimento de relações simbióticas entre o enfermeiro e os cuidadores principais da criança, que habitualmente são os pais. Os CCF vieram traçar um novo rumo dos cuidados de enfermagem pediátricos, que sustentados em valores como respeito e dignidade, e em premissas orientadoras de colaboração, participação e partilha de informações, promulgam melhores resultados de saúde, alocação mais sábia de recursos e uma melhor experiência de cuidado da criança-família, alcançando assim a capacitação e o *empowerment* (IPFCC, s.d.; Marques et al., 2021). Esta prática, solidifica a parceria e a negociação de cuidados com pais, intencionando a sua participação efetiva e contínua no exercício da parentalidade⁴ (OE, 2015).

⁴ Definição de **parentalidade**, de acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (2020): “Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (ICN, 2020, p. 94)

Convergindo com os CCF, também o modelo de **Parceria de Cuidados** de Anne Casey, torna os pais atores do processo de cuidar da criança, concebendo-os como os melhores prestadores de cuidados, reiterando a parceria entre pais-enfermeiro, com o intuito da promoção da saúde da criança, promovendo o seu envolvimento negociado no processo de cuidar (Apolinário, 2012; Casey, 1995; Ferreira et al., 2021).

Importa também destacar a filosofia dos **Cuidados Não Traumáticos** (CNT), que se debruça sob a prestação de cuidados terapêuticos, recorrendo a intervenções que diminuam ou minimizem o desconforto físico e/ou psicológico experienciado pela criança e sua família, no sistema de cuidados de saúde (Hockenberry, c2024). A prestação de CNT traduz-se primordialmente na premissa de não causar dano e para que estes sejam praticados de forma exímia, pressupõe-se que o profissional seja capaz de "(...) (1) prevenir ou minimizar a separação da criança da família, (2) promover uma sensação de controlo e (3) prevenir ou minimizar a lesões corporais e a dor." (Hockenberry, c2024, p.8). É por estes grandes eixos, entrançados uns com os outros, que a prática de enfermagem pediátrica se norteia, dirigindo os cuidados não só à criança, mas também à sua família, erguendo-os como parceiros de cuidados, constituindo desta forma a tríade: criança-família-enfermeiro. O EEESIP submerge-se ao modelo conceptual dos CCF, concebendo o binómio criança-família como beneficiário central da sua prática de cuidados, adotando a família como parceiro de cuidados, ancorando a sua prática na prestação de cuidados de nível avançado (Regulamento n.º 422/2018). A sua atuação, como agente promotor da saúde e gestor de cuidados de excelência, é fundamental nas diversas fases de desenvolvimento da criança, dando resposta às suas necessidades (Saraiva & Sousa, 2022). A doença na criança, traduz-se num fenómeno indesejado, uma vez que é sujeita a vulnerabilidades de natureza física, social e psicológica, podendo repercutir-se em consequências para o seu desenvolvimento (Silva et al., 2019).

Numa lógica mútua de apreender e compreender as intenções, os sentimentos e as emoções sentidas pelo Outro, criando por intermédio, uma relação terapêutica significativa com cliente, a comunicação é respaldo basilar da enfermagem, sendo o instrumento elementar (Phaneuf, 2005). No que concerne à enfermagem pediátrica, a comunicação assume um papel singular no processo de doença, pois além do enfermeiro comunicar com a criança levando em consideração o seu desenvolvimento cognitivo,

psicológico e emocional em relação à doença, deve também atentar a família, envolvendo-a, por forma a colmatar o seu sofrimento multidimensional. A comunicação ergue-se como ponte que une a tríade, sustentada nos planos cognitivo e afetivo, onde a autenticidade e reciprocidade são assoalhadas mestres (Molinari, 2023; Phaneuf, 2005).

A experiência de doença aguda ou a hospitalização súbita da criança constata-se como um momento submerso em fragilidade, que se faz acompanhar de uma experiência emocionalmente intensa, muitas das vezes saturada de sentimentos e emoções de tonalidade negativa, para a díade (Diogo, 2015, 2023; Jorge, 2004).

A criança e família, que se posicionam inicialmente em equilíbrio (saúde), quando confrontados com uma situação imprevisível (doença súbita, hospitalização ou cirurgia) transitam para um estado de doença (Marques et al., 2021). Este acontecimento exige inúmeras readaptações no que respeita à dinâmica familiar, com implicações psicológicas, relacionais, sociais e financeiras (Antão et al., 2018; Jorge 2004). Estas readaptações, são designadas por Afaf Meleis (2010), de transições, no qual a criança e a família experienciam ambientes, sensações e emoções desconhecidas, diferentes níveis de incerteza, podendo sofrer interrupções no seu quotidiano, influenciando a sua saúde e bem-estar. Esta transição saúde/doença, experienciada pela díade requer a intervenção de enfermagem a fim de a facilitar (Meleis, 2018).

A hospitalização de urgência da criança saudável, constitui-se como experiência traumática para a díade, não só pelo efeito surpresa pela qual se caracteriza, mas também pelos sentimentos de ansiedade e medo que desencadeia (Tavares, 2011). A maioria dos pais que experienciam a doença súbita e a hospitalização imprevisível de um filho, são vítimas de um sofrimento emocional, pautado por elevados níveis de *stress*, fazendo-se acompanhar de incertezas e insegurança (Doupnik et al., 2017).

Importa ainda destacar o impacto emocional que a hospitalização representa para a criança com doença crónica⁵ e/ou necessidades especiais e para as suas famílias, que recorrem frequentemente aos serviços de saúde, quer pela situação de agudização da sua patologia, quer por outro problema de saúde (Vaz et al., 2021). A condição crónica

⁵ Definição de **Doença Crónica**, de acordo com o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da OE (2017): Qualquer doença de evolução prolongada, que exija uma vigilância de saúde e tratamentos específicos, com vista a uniformizar um padrão de qualidade que vise a normalização.

da criança, impacta profundamente a sua vida e da família, em diferentes dimensões. As frequentes mudanças da situação clínica, a necessidade de tratamentos, as repetidas hospitalizações e as oscilações entre a melhoria e ou agravamento do estado de saúde, exigem da parte dos envolvidos um ajuste permanente e readaptação constante à forma como experienciam a situação de doença (Batalha, 2017; Hesselgrave & Santucci, c2024). Diante o exposto, se para uma criança saudável a hospitalização se caracteriza por um evento marcante e complexo, para a criança com doença crónica o sofrimento espoletado é exponenciado pela sua condição, que lhe impõe restrições, incertezas e consequências psicológicas e sociais (Charepe, 2014). Neste sentido, o EEESIP deve intervir no intuito de identificar as fragilidades da díade, maximizar os seus potenciais, (re)conhecer as necessidades, atuando de forma singular, oferecendo um suporte particular, promovendo a esperança, como recurso de conforto e escudo nos momentos de crise (Bradshaw et al., 2019; Henriques et al., 2023; OE, 2017).

1.2 O impacto emocional da criança e família em situação de doença aguda

A doença e a hospitalização são frequentemente consideradas as primeiras crises que a criança enfrenta, uma vez que estes eventos são tomados por diversos fatores de *stress* tais como: a ansiedade de separação dos pais, a sensação de perda de controlo, o medo das possíveis lesões corporais e o temor da dor (Fox, c2024; Jorge, 2004). Seja em contexto de consulta, internamentos ou serviços de urgência, quando perante um ambiente de saúde, a criança tende a percecioná-lo como ameaça, onde o medo, a ansiedade e o sofrimento emocional dominam, podendo impactar de forma negativa, visto ser uma experiência emocionalmente intensa e muitas das vezes traumatizante (Alexandre et al., 2021; Diogo et al., 2016; Lerwick, 2016). Para a criança a transição saúde-doença é sinónimo de sofrimento, uma vez que não detém estratégias eficazes para enfrentar este momento de crise (OE, 2013). A experiência da doença/hospitalização é influenciada não só pelo desenvolvimento da criança, mas também pela sua experiência prévia com a doença/hospitalização, a gravidade da situação clínica, os sistemas de apoio disponíveis e os mecanismos de *coping* aos quais recorre (Fox, c2024).

O medo e a ansiedade tomam posse da criança que se confronta com a situação de doença, impulsionando a sua vulnerabilidade, fazendo-a sentir-se desamparada (Alexandre et al., 2021). O cenário hospitalar imposto é gerador de preocupação, uma vez que a criança se depara com um ambiente hostil, procedimentos, por vezes, traumáticos e dolorosos, efetuados por profissionais desconhecidos, sendo que todos estes fatores geram sofrimento físico e psíquico (Alexandre et al., 2021; Diogo, 2023; Diogo et al., 2016). A criança concebe o internamento como um momento de separação e abandono, uma vez que se afasta do seu ambiente, dos seus cuidadores, irmãos e também dos seus pares, interrompendo o seu quotidiano e as suas rotinas diárias (Delvecchio et al., 2019).

Na primeira infância até à idade pré-escolar, a criança é cercada pela tristeza durante o internamento, mostrando-se menos ativa, retraída e muitas das vezes manifestando-se através de choro ou raiva, como resposta ao stress vivido (Fox, c2024).

As crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, quando vivem a doença ou a hospitalização inesperada, temem o abandono, a crítica, a rejeição, a punição, bem como receiam a perda de controlo sobre a sua situação clínica. A acrescentar, o medo que é potenciado pela falta de conhecimento do seu diagnóstico e prognóstico (Diogo et al., 2016). Já o adolescente, quando hospitalizado, vê-se afetado na sua autonomia, independência e privacidade, culminando muitas vezes no sentimento de insegurança e medo, com eventuais implicações para o seu desenvolvimento (Breuner et al., 2023). Quando experiencia a doença aguda súbita, com necessidade de internamento, o medo é sombra cativa deste processo e fragmenta-se em medo da lesão corporal, medo da afetação da imagem, medo da perda de controlo, medo da incapacidade e medo da morte (Fox, c2024). A separação que é imposta pode ser experienciada como ameaça emocional, uma vez que este se vê afastado de casa, dos seus familiares e dos seus pares, fazendo da revolta e/ou do isolamento pontos de socorro (Fox, c2024; Diogo, 2023).

Perante a doença e/ou a hospitalização imprevisível, também os pais/famílias experienciam sentimentos e emoções de pesar, sofrendo compadecidamente com o seu filho (Diogo, 2023). Em situação de doença aguda, com necessidade de recurso ao serviço de urgência pediátrica, muitos pais chegam com o pânico no colo e desespero patente

na voz, sentindo-se impotentes e incapazes de cuidar da saúde do seu filho, com medo da situação clínica e do potencial agravamento (Chagas et al., 2023).

Antão et al., (2018) evidenciam que o medo, a tristeza, a culpa e a impotência são sentimentos experienciados pelos pais que vivem o internamento de um filho. A mudança repentina e inesperada, a alteração do cotidiano e o abandono de compromisso, são indubitavelmente causadores de stress elevado (Zdun-Ryżewska et al., 2021). A rutura de vínculos, a alteração de papéis familiares, a distância da família, aliados ao cansaço, preocupações, incertezas constantes e à falta de tempo para cuidar de si, resultam em gigantescos desgastes físicos e emocionais (Als et al., 2015). Esta experiência parental, consequente do internamento de um filho, pode afetar negativamente todo o sistema familiar perturbando, inclusive, o processo de recuperação da criança, tornando-se por isso emergente intervir nesta situação (Rocha & Rocha, 2018). A evidência revela que altos níveis de stress parental se podem constituir como obstáculo para o envolvimento nos cuidados da criança, influenciando-a de forma negativa, dificultando a adaptação à situação de doença e internamento, podendo afetar o processo de recuperação (Zdun-Ryżewska et al., 2021).

Quanto à pandemia Covid-19, recentemente vivida, desafiou profundamente a prática tradicional de cuidados de enfermagem, que até à data eram sinónimo de proximidade e colo, assentes na premissa de dar a mão. A imposição do isolamento nos cuidados de saúde, a necessidade, inicialmente imperativa do uso de equipamento de proteção individual e o distanciamento social, vieram hipotecar estes cuidados cobertos de afeto, traçando-se como antítese do cuidado humanizado em enfermagem, trazendo consigo inúmeras e significativas repercussões na díade em termos de saúde emocional (Bonvino et al., 2023; Freitas et al., 2021). Os pais que experienciaram a hospitalização do seu filho, com o diagnóstico de infeção respiratória por SARS-COV-2, embarcaram numa solidão emocional, punidos pelas enfermarias de isolamento, rodeados pelo medo do desconhecido, ansiedade e até vergonha (Shteinbuk et al., 2022).

O envolvimento nos cuidados à criança e a colaboração com os profissionais de saúde, oferece aos pais uma sensação de cuidado e utilidade, pois atendem às necessidades dos seus filhos. Desta forma, a impotência outrora sentida pode ser assim retirada, dado que ao tornarem-se parceiros de cuidados zelam efetivamente pelo seu

filho e contribuem para atenuar o efeito negativo da hospitalização que impacta a criança (Suparto et al., 2020), pois a parceria de cuidados promove segurança, confiança e tranquilidade à díade (Amaral-Bastos et al., 2021).

Importa ressaltar que os CCF se estendem para além dos pais da criança doente e hospitalizada, uma vez que os irmãos são também afetados por esta situação de crise. Estes devem ser também alvo de intervenção dos cuidados de enfermagem pois encontram-se numa situação de vulnerabilidade, sentem a ausência do seu irmão bem como dos seus pais (Hermenegildo et al., 2019). Os irmãos da criança internada experienciam também emoções de caráter negativo, que podem afetar o seu desenvolvimento, repercutindo-se em problemas comportamentais e emocionais (Niinomi & Fukui, 2018). Afetados pela alteração da rotina, mudança nos papéis dos cuidadores e muitas das vezes mudança de ambiente, os irmãos acabam por se sentirem sós, excluídos, inundados de medos e receios e experienciam até sentimentos de raiva, ciúme e culpa (Fox, c2024; Niinomi & Fukui, 2018).

É neste seguimento que, por se verem assoberbados em sentimentos e emoções de índole negativa, o enfermeiro deve intervir, no sentido de minimizar o impacto que a doença e hospitalização têm na criança e família. Subjugados pela fragilidade que deles se apodera, cabe ao enfermeiro dirigir-lhes o seu foco, através de uma prática de cuidados, cuidando emocionalmente, ajudando a enfrentar as dificuldades, minimizando o impacto, mitigando-lhes a angústia e as consequências que desta situação possam advir (Diogo, 2023; Doupnik et al., 2017). Por serem janelas com vista para alma, as emoções devem ser reconhecidas e compreendidas pelo enfermeiro, com o intuito de lhes aliviar a dor, à qual estão submissos, atenuando-lhes o sofrimento e evitando a vivência de uma emocionalidade excessiva consequente da doença (Diogo, 2023; Watson, 2018). Através da partilha de sentimentos e ventilação de emoções, estamos diante um cuidado emocionalmente sensível, onde a humanização é guia condutor da intervenção de enfermagem, permitindo a transformação positiva das experiências (Diogo, 2023). Incumbe ao EEESIP, criar um conjunto de intervenções que ofereçam suporte emocional ao binómio criança-família, auxiliando-os a ultrapassar este período de vulnerabilidade. A operacionalização do modelo TEEP, é intervenção medular na prestação de cuidados, traduzindo-se num conjunto de orientações que facilitam a vivência do momento de crise

(Diogo, 2023). A implementação de estratégias promotoras de esperança, como incentivo à escrita de diários ou recurso à espiritualidade, é também um útil recurso que permite à criança e família enfrentar as adversidades e minimizar o medo (Barros et al., 2021).

Em suma, a situação de doença aguda e/ou hospitalização da criança gera impacto de diferentes naturezas, não só na criança, mas também nos membros do núcleo familiar (Antão et al., 2018). Por ser uma experiência adversa, assustadora, saturada de receios, a sua vivência pode comprometer a estabilidade e o equilíbrio familiar (Carvalho et al., 2020). Neste sentido, importa ao enfermeiro compreender e reconhecer a experiência emocional vivida pela díade, promovendo estratégias que tornem mais fluída e menos impactante a transição saúde-doença, pois encontra-se numa posição privilegiada para prevenir traumas induzidos pelos cuidados de saúde (Barros et al., 2021; Lerwick, 2016).

1.3 A gestão emocional como intervenção de enfermagem

A investigação no âmbito das emoções tem vindo a ganhar, paulatinamente, destaque e a expandir-se em diferentes áreas nos últimos anos. Os seus estudos pioneiros remontam aos tempos de Aristóteles (384 a.C.- 322 a.C.) que conectava as emoções à ação, oriundas das nossas crenças, representativas de dois polos: agradáveis ou desagradáveis, defendendo que as pessoas são movidas pela emoção (Oatley & Jenkins, 2002). No século XVII, também Descartes e Espinosa, apresentam uma **perspetiva filosófica das emoções**. Descartes defendia que as emoções brotam da alma, estando intimamente ligadas ao corpo, sem rédea de controlo do raciocínio, contudo, podem ser reguladas pelo pensamento, distinguindo-as também em emoções funcionais ou disfuncionais. Já Espinosa, na sua obra "*Ética*" (1675), bebendo da linha de pensamento de Aristóteles, defendia que as emoções se sustentam em avaliações e formas de pensar, traçando uma teoria cognitiva, concluindo que a compreensão das emoções é fundamental, mesmo que possam ser paradoxais (Oatley & Jenkins, 2002).

Outra linha de pensamento que nos leva à compreensão das emoções, assenta numa **abordagem biológica**, sustentada pela metodologia da observação naturalista. Em 1872, Darwin abordava o conceito de expressões emocionais atribuindo-lhes uma qualidade primitiva, como se partes vestigiais do nosso corpo se tratassem, expressas de

forma involuntária. Já em 1890, na **ótica da psicologia**, William James propunha que as emoções “dão cor e calor” à vida, estando ligadas ao sistema sensorial que produz uma resposta corporal. Também Freud, numa **abordagem psicoterapêutica** abria caminho para a compreensão das emoções propondo três teorias que contemplavam os efeitos de questões emocionalmente significativas: a teoria dos traumas emocionais, a teoria dos conflitos internos e a teoria da compulsão à repetição (Oatley & Jenkins, 2002).

A evolução da investigação das emoções foi-se trilhando, e é Damásio, no século XX, que distingue os conceitos de emoção e sentimento. As emoções são indissociáveis do ser humano, são-lhe vitais, de índole individual, com traços de impulsividade, impossíveis de sequestrar. De caris externo e público, são as emoções que tornam possível a ligação ao Outro, ao mundo e a nós próprios (Damásio, 2000). Este autor, define-as como “conjuntos de ações involuntárias internas e externas provocadas por estímulos externos (...)” (Damásio, 2020, p.114). Contrastados às emoções, os sentimentos são ações que ocorrem no nosso interior, criados pelo organismo, experienciados na mente consciente, podendo perturbar-nos de forma positiva ou negativa (Damásio, 2000). Para Damásio, estes são “experiências mentais que acompanham vários estados da homeostasia do organismo, quer sejam primários ou provocados pelas emoções” (Damásio, 2020, p. 114).

Neste seguimento, compreendemos que os sentimentos e as emoções devem ser reconhecidos como necessidades humanas, merecedoras de serem assistidas (Watson, 2002). Ao integrarmos esta dimensão emocional no cuidar, de forma consciente e intencional, potencializamos o alinhamento mente – corpo – espírito do ser cuidado, reconhecendo-O assim na totalidade e unidade enquanto Ser (Watson, 2002, 2018).

Mais do que cuidar da dimensão física, a enfermagem é subordinada pelo cuidar emocional, que se agiganta quando cuidamos de crianças. Mais do que manusear seringas e, meticulosamente, efetuar procedimentos, o enfermeiro procura cuidar-lhes do coração, para que mais facilmente a doença se veja curada e contribuindo para o *healing* (Watson, 2018). A complexidade que o cuidar em enfermagem acarreta é esculpido, não só através da arte técnico-científica, mas também através da ética, da componente cultural e da componente humanística, resvalando-se esta última pela dimensão emocional (Watson, 2002).

O **cuidado emocional** em pediatria configura-se assim na transformação de situações emocionalmente intensas e negativas, em experiências positivas e de crescimento, quer para o cliente criança-família, quer para o próprio enfermeiro. É um processo contínuo, dependente do tempo e espaço de interação cliente-enfermeiro. Este cuidado é imperioso na enfermagem pediátrica, desenhando-se pela prestação de cuidados com afeto, pela promoção de um ambiente seguro e afetuoso, pela gestão das emoções do cliente, procurando a construção de uma relação terapêutica estável, tendo como núcleo central a regulação da própria disponibilidade emocional do enfermeiro para cuidar (Diogo, 2015). Quase como num processo de osmose, as emoções suplementam a enfermagem, caracterizando-se assim o cuidado emocional pela compreensão, partilha e gestão das emoções (Diogo, 2021).

Também o **trabalho emocional** é escopo da enfermagem. Este conceito surge primeiramente no horizonte da sociologia, por Hochschild, pioneira dos estudos nesta área, que conclui que existem profissões que exigem a construção de emoções, no próprio trabalhador com o intuito de induzi-las no Outro, designando-o de trabalho emocional. Esta autora postula que o trabalho emocional exige a indução ou supressão de sentimentos, com o intuito de sustentar o semblante exterior, provocando no outro “a sensação de ser cuidado num lugar alegre e seguro” (Hochschild, 1983, p. 7), salvaguardando que este tipo de trabalho requer uma coordenação de mente e sentimentos. De forma sucinta, imprime-nos a ideia de que o trabalho emocional é sinónimo de gestão dos sentimentos, com o intuito de provocar uma expressão facial e corporal publicamente observável (Diogo & Mendonça, 2019; Hochschild, 1983).

A investigação das emoções e o trabalho emocional têm-se posicionado gradualmente, de forma sólida e sintónica, com o conceito de cuidar. Pam Smith (1992) desenvolve o conceito de trabalho emocional, mergulhando-o na enfermagem, descrevendo-o como uma ação ou competência, envolvidas no processo de cuidar, que alcança não só a compreensão e reconhecimento das emoções do Outro, mas também as emoções experienciadas pelo enfermeiro. Smith (2012), incute à enfermagem a noção de trabalho emocional como componente integrante do cuidado, explanando como os enfermeiros cuidam e aprendem a cuidar, e intervêm de modo a moldar as suas ações, quando estão diante uma lacuna entre o que sentem e o que considerariam que

deveriam sentir (Freitas et al., 2021). As emoções fervem na linha ténue do limiar da consciência, impactando a nossa reação e percepção, ainda que de forma inconsciente, sendo essencialmente atos de primeira instância, impulsos para agir (Goleman, 2002, 2012). Por se verem manifestadas pelas crianças e família ao longo do processo de doença, com consequências nas suas ações, é necessário doseá-las, no sentido de não as deixar escalar de forma excessiva e negativa, o que pode acentuar o sofrimento nos processos de cuidados (Diogo, 2023).

Deste modo, constata-se que as emoções são bússola do cuidado em enfermagem, assumindo-se como guias orientadoras no relacionamento entre a pessoa cuidada e a pessoa que cuida. Consubstanciam-se como suplemento da tecnicidade incutida aos cuidados de enfermagem e trazem consigo a premissa de “preencher o vazio dos cuidados técnicos” (Diogo, 2023, p.89), sendo indissociáveis do cuidar (Diogo, 2006).

O enfermeiro, ao cuidar holística e conscientemente da díade, no processo de doença, reconhecendo-lhe as suas emoções e sentimentos, entra no seu espaço corpo-mente-espírito mais privado. À luz de Watson, estes cuidados como ações, fundidos na base da ética, são considerados sagrados, na medida que potencializam a integridade do ser humano, unificando corpo-mente-espírito, permitindo o cuidar em todas as dimensões. Watson (2002, 2021) não descarta a ciência convencional à enfermagem, imprime-nos sim, de forma complementar, a ideia de união entre o conhecimento científico e fatores humanísticos como sustento à ciência do cuidar, consolidando que esta ligação responder às necessidades do ser cuidado, potenciando-lhe a cura e a integridade.

Neste trilho, onde as emoções seguem de mãos dadas com a enfermagem pediátrica, o Modelo TEEP de Diogo (2023) rompe o caminho para a consciencialização das emoções na prestação de cuidados à criança e sua família. Este modelo de cuidado apresenta-se como uma orientação para a prática da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, que pretende facilitar a compreensão das emoções daquele que é cuidado e também daquele que cuida. Diogo (2015, 2023) talha o cuidar em enfermagem pediátrica à luz de Watson, dando primazia ao envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro, acrescentando ainda que os sentimentos são suscetíveis de ser transmitidos, numa partilha de emoções através do sentir.

Cuidar em enfermagem, sob alçada de Jean Watson, denota e exige um envolvimento profundo do nosso ser, enquanto enfermeiro, na mesma medida que permite a compreensão do Outro, evidenciando-O na sua totalidade, cuidando-O sob a ciência do cuidado unitário (Watson, 2018). O Modelo TEEP é esculpido na tripla centralidade cliente | enfermeiro | relação cliente – enfermeiro, detendo no seu propósito transformar positivamente a experiência, promover o alívio do sofrimento e melhorar o bem-estar dos envolvidos (Diogo, 2023). Esquematizado num círculo virtuoso, este modelo apresenta-nos cinco categorias de intervenção: 1) Promover um ambiente seguro e afetuoso; 2) Nutrir cuidados com afeto; 3) Facilitar a gestão das emoções do cliente; 4) Construir estabilidade na relação; 5) Regular a (própria) disposição emocional para cuidar (Anexo II).

É nesta lógica de transcendência do cuidar, que a relação transpessoal ganha contornos de um compromisso moral para o enfermeiro. Watson (2002, 2018) centraliza o conceito de cuidar humanizado na sua teoria, definindo-o como um ideal moral da enfermagem, recusando-se tomá-lo como apenas um ato ou como uma emoção. O cuidar em enfermagem permite-se ser carregado de valores a ele subjacentes como a clareza, a autenticidade, a sinceridade e individualidade, almejando a proteção e preservação da dignidade humana. Assim, o enfermeiro, a criança e a família são capazes de se envolver numa conexão profunda, fomentando uma relação, que para além de terapêutica, se prevê sincera, aberta e transformadora, num sentido bidirecional, de onde resulta, por consequência, a expressão de sentimentos e partilha de emoções, permitindo assim o cuidar transpessoal (Fernandes et al., 2014; Watson, 2002).

De acordo com o paradigma *Caritas-Veritas Literacy*, Watson (2018) difunde a necessidade do envolvimento do enfermeiro, que sustentado pelo amor e pela gentileza, é capaz de alcançar a transcendência. O Cuidado Transpessoal demove-nos do olhar do corpo físico, arremessando-o para outras dimensões de carácter espiritual e emocional, onde estão envolvidos processos fenomenológicos, que permitem ao enfermeiro dimensionar a criança e família para além das suas realidades individuais. Munindo-se de atualizações, o cuidado transpessoal, move-se atualmente numa perspetiva *Caritas*, guiado pela visão da unidade da consciência, onde estar verdadeiramente presente permite reconhecer o amor como o mais alto nível de consciência e origem de todo o

processo de *healing* (Watson, 2002, 2018, 2021). É neste encontro *humano-científico*, carregado de supremacia e plenitude, que o ser cuidado e o ser que cuida se unificam, extrapolando o patamar físico, podendo assim a enfermagem vestir-se de transpessoalidade, permitindo a harmonização da relação entre o enfermeiro – criança e família, atingindo a supremacia do cuidar (Watson, 2018). Cuidar dos envolvidos na doença aguda é merecedor de um cuidado transpessoal, onde os enfermeiros se configuram como recosto às emoções perturbadoras da díade, reconhecendo-as, facilitando a sua expressão, permitindo a ventilação dos seus medos e angústias, conotando um sentido a esta experiência emocional (Diogo, 2015). Deste modo, verifica-se que o ato de cuidar está intimamente ligado às emoções, que posteriormente induzem sentimentos nos seus recetores, estabelecendo-se assim uma relação terapêutica.

Diante o exposto, a ciência do cuidar não se pode posicionar como alheia às emoções humanas, pois o cuidar assume-se como um meio de comunicação e expressão de sentimentos, que visam o equilíbrio entre a dimensão relacional e a dimensão emocional na intervenção de enfermagem (Diogo, 2015). Ao reconhecermos o impacto emocional, resultante da doença aguda, procuramos assim um cuidar emocional, que através da gestão de emoções da díade permitirá a diminuição do medo e da ansiedade, a minimização do sofrimento e o abraçar da tranquilidade (Diogo, 2015, 2023).

Quando o enfermeiro procura envolver-se com o Outro, intenciona o “encontro”, vergando-se ao conceito de cuidado, numa verdadeira partilha de sentimentos e expressão de emoções, sendo o cuidar em enfermagem capaz de transcender o nível físico. É assim tocada a dimensão emocional e espiritual, onde os envolvidos se conectam, atingindo-se a compreensão do Outro na sua plenitude, reconhecendo-lhe a índole, humanizando o cuidar (Watson, 2002). O enfermeiro é capaz de restabelecer o Outro, compenetrando a sua atenção no conteúdo que lhe é expresso, através da linguagem das emoções, restaurando-o, motivando-o e cuidando-o (Favero et al., 2013). O cuidado humanizado possibilita a abertura do *self* do enfermeiro, resgatando a bondade, a gentileza, a honestidade, valores que muitas vezes se veem encadeados pela técnica inculcada à profissão (Watson, 2018, 2021).

O mapa conceitual (Apêndice I) representa graficamente a estrutura teórico-conceptual deste capítulo, estabelecendo relações entre os conceitos relevantes.

2. Problemática de Estudo

Ao longo da prática profissional em contexto pediátrico, o impacto emocional que a doença aguda gera na criança e família tem sido alvo de preocupação e atenção. Não só a situação de doença da criança se torna um tema sensível, mas também a forma como esta e a sua família são, ou não, capazes de gerir emocionalmente esta situação impregnada de vulnerabilidade e sofrimento. No decorrer dos processos saúde-doença, as interações entre a díade são pautadas por experiências emocionais intensas, frequentemente de tonalidade negativa, que são expressão do seu sofrimento (Marques et al., 2021). Cabe ao enfermeiro intervir intencionalmente no sentido de facilitar a gestão das emoções da díade, amenizando a sua dor, reconhecendo e respondendo, não só às necessidades emocionais, mas também às necessidades fisiológicas (Diogo, 2023).

Muitas das crianças que recorrem aos serviços de saúde, experienciam o medo e a ansiedade que deles se apodera. A experiência pode ser intimidante e assustadora, seja porque a criança não tem conhecimento prévio do que irá acontecer, seja porque tem uma memória negativa associada. O medo do desconhecido é arrebatador e muitas das vezes traduz-se em lágrimas, que lhes caem dos olhos desesperados e que denunciam o sofrimento (Diogo et al., 2016). Também os pais que acompanham os seus filhos são invadidos pela angústia, ao verem o seu filho sofrer, sentindo-se incapazes de os ajudar, delegando essa vital missão de cuidar, nos profissionais de saúde que lhes são desconhecidos. Retidos na fragilidade, é frequente o manifesto de ansiedade dos pais, que muitas vezes é transferida para as crianças. A fragilidade que deles se apodera e lhes confisca o equilíbrio, culminando por vezes na vivência de uma crise emocional, traz nos seus meandros múltiplos aspetos que podem não ser alvo de reflexão, consciencialização e atenção imediata por parte do enfermeiro, condicionando a sua atuação (Antão et al., 2018; Chagas et al., 2023).

Face ao exposto, o cuidado emocional é objeto de estudo deste relatório, no qual se procura reconhecer e compreender a experiência vivida pela criança e família, intervindo na sua esfera emocional, evidenciando a gestão das emoções como intervenção de enfermagem do EEESIP e enfatizando a intencionalidade terapêutica.

3. Metodologia

Em termos metodológicos, por forma a espelhar o percurso formativo no presente relatório, almejando a aquisição de competências comuns e específicas de EEESIP e a obtenção de conhecimentos que conferem o grau de mestre em enfermagem, foi adotada uma metodologia reflexiva e crítica sobre a prática, com recurso a evidência científica. Tendo como panorama de fundo os estágios clínicos, foi traçado um percurso metodológico que objetiva aprofundar a problemática suprarreferida, permanentemente escutada pelo Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015).

A prática clínica é uma componente vital da enfermagem, onde a aprendizagem experiencial, o julgamento clínico e a reflexão sobre a prática, catapultam num crescente conhecimento da arte de cuidar, no qual o enfermeiro pode evoluir numa trajetória de iniciado a perito (Benner, 2001; Brykczynski, 2017). Os enfermeiros ao regerem-se pela **aprendizagem experiencial** aprendem na e com a prática, refletindo sobre um conhecimento e explorando novos. Neste seguimento, considera-se que, norteados pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, os **estágios clínicos** foram um firme e sedimentado pilar no meu percurso formativo. Nutridos de significativas oportunidades de aprendizagem, marcados pela mobilização de conhecimentos teóricos para a prática, foram veículo formativo que levou ao desenvolvimento de novas habilidades, (re)criando conhecimento, rumo à construção de uma nova identidade profissional e pessoal (Alarcão & Rua, 2005; Figueiredo et al., 2022; Mestrinho, 2012). Subsidiada pela aprendizagem experiencial dos estágios, com recurso à análise crítico-reflexiva da prática, reuniram-se assim condições para o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas do EE, tal como dispostas nos Regulamento n.º 140/2019 e Regulamento n.º 422/2018, da OE.

Aplicado à enfermagem, o **pensamento crítico (PC)**⁶, norteadado por padrões políticos, códigos de ética e leis, visa efetuar a melhor tomada de decisão clínica, procurando gerir ou prevenir potenciais problemas (Alfaro-Lefevre, 2017). Também o

⁶Pensamento Crítico: Processo intelectual disciplinado que permite ativa e competentemente, conceptualizar, aplicar, analisar, sintetizar e/ou avaliar informação colhida ou gerada por uma observação, experiência, reflexão, raciocínio ou comunicação, como guia para o conhecimento e para a ação (Conselho Nacional de Excelência em Pensamento Crítico, 1987).

raciocínio clínico (RC) se conceptualiza como um processo de pensamento, que levanta questões clínicas no momento da prestação de cuidados. O **juízo clínico (JC)**, resultante de ambos processos de pensamento, traduz-se num processo complexo, de onde derivam as opiniões e decisões tomadas de resolução de problemas (Alfaro-Lefevre, 2017). Este nasce de uma avaliação diagnóstica de enfermagem, onde o planeamento e a execução das intervenções são alicerces poderosos para a resolução eficaz dos problemas levantados, não se desprendendo da capacidade de ver o cliente como um ser holístico, coberto de potencialidades e vulnerabilidades e reconhecendo também a sua família (Benner, 2001; Tanner, 2006).

A **prática reflexiva** postula-se como fundamental à enfermagem, promotora de uma prática avançada, possibilitando a aquisição e desenvolvimento de competências, abrangendo a pesquisa de novos conhecimentos. Deste modo, proporciona a evolução, almejando a perícia, sendo prestigiado contributo para a qualidade dos cuidados especializados, estendendo assim o corpo de conhecimentos da disciplina (Benner, 2001; OE, 2017; Peixoto & Peixoto, 2016). Envolve a reflexão (imediata ou posterior) sobre a ação, no qual o profissional é capaz de ajustar a sua prestação, analisando criticamente a situação, identificando melhorias no futuro (Peixoto & Peixoto, 2016, conforme citado por Schön, 1987). É nesta relação simbiótica entre o PC e a prática reflexiva, que o enfermeiro toma a melhor decisão, sobre a ação para prevenir, gerir ou resolver o problema, sendo a prática dos cuidados de qualidade tecida num bom JC, impulsionando o recheio intelectual (Jessee, 2021; Manetti, 2019; Peixoto & Peixoto, 2016).

Ao longo do percurso, concedi primazia ao referencial teórico de Watson e ao Modelo TEEP, ancorando as minhas intervenções no cuidado humanizado, conectando-me com a díade, reconhecendo-lhe as emoções, atenuando a emocionalidade excessiva vivida numa situação de doença/hospitalização (Diogo, 2023; Watson, 2002, 2021). Baseada nas dimensões da observação, da ação e reflexão, interação e comunicação, esta abordagem, culminou numa estratégia de aprendizagem, onde se refletiu uma sistematização e reconceptualização do saber, permitindo a expansão do conhecimento (Alarcão & Rua, 2005; Pires et al., 2021). Durante os estágios, foram realizadas atividades, que visaram enobrecer e realçar a emocionalidade nos cuidados de enfermagem pediátrica, assumindo-a como intervenção primordial na arte de cuidar.

4. Descrição e Reflexão da Experiência de Estágio

Conforme é apresentado em cronograma (Apêndice II), com início em setembro de 2022 e término em fevereiro de 2023, realizei 5 estágios em diferentes contextos clínicos de enfermagem pediátrica, que me permitiram pousar um novo olhar sobre a enfermagem, em vista de desenvolver competências de EEESIP. Este capítulo pretende descrever e analisar de forma reflexiva o percurso nos contextos, apresentar os objetivos definidos, as atividades realizadas e as competências desenvolvidas em cada estágio.

Sustentada pelo Código Deontológico, inserido no Estatuto da OE (2015), procurei consolidar os princípios éticos que orientam a profissão e perfilam a enfermagem, levando a cabo os direitos e deveres da mesma. Neste sentido, mobilizei um conjunto de saberes que me permitissem a melhor tomada de decisão com base na melhor e mais atual evidência científica, analisando situações específicas de cuidados especializados, sendo o respeito pelos direitos humanos o principal cenário de fundo.

O Regulamento de Competências Específicas do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018) prevê a execução de uma prática avançada de cuidados, direcionada à criança e família, em qualquer que seja o seu contexto, no qual o enfermeiro intervém de forma segura, competente, visando a satisfação dos envolvidos. Deste modo, os diferentes contextos de estágio: Cuidados de Saúde Primários (CSP), Consulta de Desenvolvimento de Pediatria (CDP), Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), Unidade de Neonatologia (UN) e Internamento de Pediatria, permitiram-me o contacto com diferentes realidades.

As necessidades de atuação específicas dotadas de complexidade, exigiram-me a aquisição de novos conhecimentos e habilidades, de modo a avaliar e antecipar situações, almejando assim uma nova e especializada perspetiva e prática de cuidados. Procurei ainda um domínio dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com o propósito de prestar cuidados de nível avançado, garantido a excelência da qualidade (OE, 2017). O Regulamento das Competências Comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019), foi também alicerce da minha prática, na medida em que procurei um exercício profissional ético-deontológico, garantindo a melhoria contínua da qualidade, uma gestão eficiente de cuidados e desenvolvendo uma aprendizagem profissional num continuum de tempo.

Por conseguinte, durante o meu processo formativo, com o intuito de alcançar as competências de EEESIP, foram previamente estabelecidos **2 objetivos gerais**, resultantes da delimitação da problemática, que orientaram a minha prática de cuidados: **1)** Desenvolver competências específicas e comuns do EEESIP na prestação de cuidados à criança/jovem e família, nos seus processos de saúde/doença, bem como nas diferentes etapas de desenvolvimento, nos diversos contextos pediátricos; **2)** Desenvolver competências específicas e comuns do EEESIP no cuidado emocional à criança e família que experienciam a situação de doença aguda.

A fim de concretizar os objetivos gerais, delineei **objetivos específicos** alocados de forma particular a cada contexto de estágio, desenvolvendo diversas atividades, numa lógica de complexidade crescente, apresentados no **Guia Orientador dos Objetivos e Atividades de Estágio** (Apêndice III). O desenvolvimento de competências é fruto da articulação dos profissionais de saúde e os contextos onde se inserem, resultante de um conjunto de micro-interações: interação intrapessoal, interpessoal e interdisciplinar. Os estágios clínicos são significativos componentes do processo de formação, uma vez que se estabelecem como pontes de mobilização entre o conhecimento teórico para a sua aplicação prática, proporcionando um ambiente formativo, pejado de oportunidades, que permitem ao formando o desenvolvimento e aquisição de competências, contribuindo para o crescimento profissional (Alarcão & Rua, 2005).

4.1 Cuidados de Saúde Primários

O 1.º estágio decorreu numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da região de Lisboa, de 26/09 a 21/10/2022, conforme consta no cronograma (Apêndice II). Os CSP configuram-se como o primeiro nível de serviços de saúde destinados à comunidade, assegurando cuidados contínuos e completos, que atendem às necessidades de saúde da população (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2023). A enfermagem providencia cuidados dotados de segurança e eficácia, com aposta na prevenção, tendo como alvo o cliente e sua família ao longo de todo o ciclo vital, prezando pelo seu bem-estar físico, mental e social, intervindo de forma personalizada (Melo, 2021; OMS, 2023).

Com o intuito de dar resposta ao 1.º Objetivo - Conhecer a dinâmica estrutural, organizacional e funcional da UCSP, bem como reconhecer a filosofia dos cuidados que orienta a prática diferenciada do EEESIP - efetuei uma **entrevista exploratória com a Sr.ª Enf.ª Orientadora** e **consultei os documentos específicos da instituição**. Recorrendo também à **observação, (re)conheci as práticas do contexto e dos profissionais**, consolidando novos conhecimentos no âmbito da dinâmica da prestação de cuidados e da estrutura organizacional da UCSP. Daqui resultou a **caracterização descritiva da UCSP**, onde é explicitado o seu funcionamento (Apêndice IV). Simultaneamente, foi efetuada a **pesquisa da melhor evidência em bases de dados científicas**, do qual emergiu um trabalho escrito: **breve resenha acerca dos CSP em Portugal** (Apêndice V). A sua elaboração permitiu sistematizar e adquirir novos conhecimentos acerca dos CSP. Estes resultados ilustram o intuito de alcançar a prática de cuidados de excelência enquanto futura EEESIP, através da mobilização e incorporação de novos conhecimentos e habilidades, que garantem a contínua qualidade nos cuidados, efetuando uma (re)avaliação das práticas, albergando a evidência científica como suporte da prática clínica especializada. A realização destas atividades dão resposta ao 1.º objetivo elencado para este estágio e permitem o desenvolvimento das competências B1.1, B2.1, C1.1, D2.2.

Os CSP têm vindo a assumir destaque, concebendo-se como uma “porta de entrada” para a prestação de cuidados de saúde, sendo da responsabilidade do governo e regendo-se de acordo com as políticas nacionais de saúde (Melo, 2021). A Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil (CESIJ) é o principal instrumento para a promoção da saúde e prevenção de doença da criança, uma vez que esta necessita de cuidados desde o seu nascimento, levando sempre em consideração o contexto social e familiar em que se insere (Fernandes & Andrade, 2020; Melo, 2021).

Em vista de atingir o 2.º Objetivo - Prestar cuidados à criança e família, em situações de doença aguda ou em situações de especial complexidade, no contexto de CSP - participei ativamente na CESIJ, **prestando cuidados diretos à criança e família na USCP**, sob a supervisão da Sr.ª Enf.ª Orientadora. Apesar do *know-how* adquirido da prática profissional diária, foi de grande contributo a intencionalidade e análise na perspetiva de futura EEESIP.

No âmbito desta consulta, a intervenção de enfermagem direcionava a sua atenção para a avaliação da criança e família e para a prestação de cuidados antecipatórios, de acordo com o preconizado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013). Este programa, configura-se como ferramenta de apoio às equipas de saúde infantil e juvenil, no qual estão estabelecidos critérios para a avaliação holística da criança, em idades-chave, visando a promoção da saúde, prevenção da doença e atuação perante as necessidades (DGS, 2013). Escoltada pelo PNSIJ, a minha intervenção na díade concretizou-se pela prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança, promovendo a maximização do potencial da sua saúde, tal como ratificado no Regulamento n.º 422/2018, da OE. **A avaliação do desenvolvimento através da aplicação da Escala Rastreio de *Mary Sheridan*, a avaliação de dados antropométricos da criança e a divulgação de cuidados antecipatórios**, edificam o alcançar da competência E3.1.

Durante a CESJI, foi possível realizar o **rastreio neonatal**, ao abrigo do Programa Nacional de Rastreio Neonatal, que visa “Assegurar o rastreio e diagnóstico neonatal, universal e que inclua o maior número possível de doenças hereditárias ou não, de acordo com os recursos disponíveis, e promover respostas de qualidade às necessidades dos doentes” (Despacho n.º 7276/2019, p.143). Ao realizar este rastreio na UCSP, sob supervisão, alcancei a competência E2.3, uma vez que o procedimento é realizado por um EEESIP, pois este detém conhecimento sobre doenças raras, oferecendo respostas de enfermagem apropriadas, sendo capaz de transmitir orientações aos pais, acerca da importância do exame e disponibilizar orientações futuras (Oliveira & Antão, 2021).

No decorrer do estágio, foi-me dada a oportunidade de assistir à **vacinação infantil**. O Programa Nacional de Vacinação (PNV), é programa “universal, gratuito e acessível a toda a população portuguesa e visa a proteção dos indivíduos e da população em geral contra as doenças com maior potencial para constituírem ameaças à saúde pública e individual e para as quais há proteção eficaz por vacinação” (DGS, 2020, p.17). Estrategicamente, a CESJI encontra-se articulada cronologicamente com a vacinação, com o intuito de reduzir o número de deslocações à UCSP (DGS, 2013), promovendo assim a sua adesão e minimização de potenciais transtornos no quotidiano familiar. Compete à enfermagem a divulgação do programa, com o propósito de incentivar à sua adesão,

motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas suscetíveis, nomeadamente grupos com menor acessibilidade ao serviço de saúde (DGS, 2020). Deste modo, durante as diversas CESIJ **promovi a adesão ao PNV**, elucidando as crianças e famílias acerca da sua importância, esclarecendo as suas dúvidas e receios acerca do procedimento, numa lógica de articulação com os colegas da vacinação. Por conseguinte, através da procura sistemática de oportunidades para intervir junto da família, no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (vacinação), foi possível implementar e gerir um plano promotor da otimização da saúde, desenvolvendo assim a competência E1.1.

Com o intuito de atingir o 3.º Objetivo - Mobilizar recursos e conhecimentos na prestação de cuidados avançados, sustentados pelo raciocínio e julgamento clínico e tomada de decisão - **mobilizei conhecimentos** para a minha prática que me permitiram a **avaliação holística da criança**, onde lhe são reconhecidas as necessidades fisiológicas, na mesma medida de importância que lhe são reconhecidas as necessidades emocionais, almejando uma prática com sustento moral e ético, que ilustra a ciência do cuidado humano (Watson, 2021). Concomitantemente, através da **observação e participação nas CESIJ, adquirir e aprofundei conhecimentos do crescimento e desenvolvimento infantil**, detive um maior **domínio nas orientações antecipatórias** transmitidas à família, promovendo-as através de estratégias de atuação singular e humanizada, direcionadas para a **promoção da parentalidade, capacitação e promoção da amamentação**, recorrendo à **parceria e negociação de cuidados**, visando o empoderamento. Ao longo do estágio atentei na dimensão emocional da criança e família, no sentido de **reconhecer qual a sua experiência emocional**, examinando a literatura já existente e detendo um novo olhar sob a díade. Assim, levei a cabo uma prática de escopo ético-deontológico, respeitadora dos direitos humanos e das suas preferências, **analisando e interpretando situações específicas de cuidados** especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para o cliente, atingindo assim as competências A1.1. A2.1 e B3.1. Nos CSP, a oferta de serviços prevê dar respostas às necessidades físicas, psicológicas e emocionais da criança e família, sendo o EEESIP o profissional de eleição para o seu atendimento, dadas as suas competências e sensibilidade para trabalhar com a díade, tal como declarado na Carta da Criança nos CSP (Instituto de Apoio à Criança, 2021).

O exame de diagnóstico (rastreamento neonatal) e os procedimentos de prevenção (vacinação), por recorrerem a técnicas invasivas são, frequentemente, geradores de níveis de stress e ansiedade, que podem potenciar dor e desconforto na criança, que comparece à consulta na unidade de saúde, ainda que previamente agendada (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2021; Salgado et al., 2020).

Durante a realização destes procedimentos, procurei **minimizar a dor** e o **desconforto** quando, a título de exemplo, administrei sacarose 24% ao recém-nascido (RN), durante a punção no calcanhar para realização do Teste *Guthrie*, enquanto este se encontrava ao colo de um dos pais, atenuando assim a resposta comportamental e fisiológica à dor, promovendo o contacto físico entre os pais e o RN (OE, 2015). Estas intervenções foram adotadas com autorização prévia e explicação dos procedimentos aos pais, esclarecendo dúvidas e solicitando a sua intervenção como parceiros de cuidados, com o propósito de estes se sentirem proficientes e envolvidos. Na sala de vacinação fui, gradualmente, delineando a minha intervenção no sentido de **minimizar o medo, a ansiedade e a dor** vivida pela criança. Recorri a diversas **estratégias não farmacológicas de alívio e controlo da dor**, sustentada por uma **prestação de cuidados especializados não traumáticos** e parceria de cuidados, minimizando o impacto de fatores de stress (OE, 2013; OE, 2017). Deste modo foram desenvolvidas as competências E1.2, E2.2 e E3.2.

Recordo uma criança de idade escolar, muito chorosa e agitada, que se recusava a entrar na sala. Procurei dirigir-me à mesma num **tom afetuoso**, ficando à sua altura, enfatizando como era bonita a camisola da "*Patrulha Pata*", que trazia vestida. No sentido de **promover a distração**, distanciando-a do procedimento futuro, procurei dizer-lhe que "todos os cães da 'Patrulha Pata' já tinham sido vacinados" e "por esse motivo é que neste momento são os cães mais fortes do planeta!". Mobilizando Diogo (2023), em sintonia com o mundo infantil, contei uma breve história à criança, em tom de voz doce e em simultâneo dava toques suaves na sua camisola, procurando assim a adesão à vacinação, evidenciando a eficácia do procedimento. Já mais calma e acompanhada pela sua mãe, a criança sentou-se na cadeira e durante a realização do procedimento, coloquei no meu telemóvel um vídeo dos desenhos animados suprarreferidos, para a distrair. O seu comportamento revelou-se digno de reforço positivo, com a oferta um autocolante

representativo da sua colaboração (Diogo, 2015, 2023; OE, 2013). Este cuidado de enfermagem, nutrido de **ações carinhosas**, culmina na **construção da relação terapêutica** criança-enfermeiro, que detém consciência do Outro na sua dimensão holística, reconhecendo os seus sentimentos, visando a melhor e mais eficiente resposta às suas necessidades (Watson, 2002). O EEESIP apresenta-se como promotor de relação de confiança, capaz de reduzir o nível de ansiedade e stress, que as crianças experienciam nos contextos de saúde (Salgado et al., 2020). Este conjunto de intervenções demonstram uma **prática respeitadora dos direitos humanos**, uma vez que analisei e interpretei, situações específicas de cuidados especializados, na mesma medida que procurei **garantir um ambiente seguro e terapêutico** para a criança e família, atingido deste modo as competências A2.1, A2.2 e B3.1.

O 4.º Objetivo delineado - Reconhecer as emoções experienciadas pela criança e família que recorrem à UCSP – fometei **momentos de reflexão conjunta com a Sr.ª Enf.ª Orientadora**, considerando a sua vasta experiência, observando as práticas de cuidado na CESJI. Foi possível identificar os sentimentos e emoções experienciados pela díade, caracterizando **diagnósticos de enfermagem no âmbito da emocionalidade** (Apêndice VI). Durante o estágio foram identificados sentimentos de preocupação e ansiedade, nomeadamente dos pais de “primeira viagem”, que compareciam na 1.ª consulta de enfermagem, carregados de dúvidas e receios de como cuidar o seu filho. A parentalidade é um processo de transição, revestido de responsabilidades e mudanças que integra ações e interações, centradas nos cuidados físicos e afetivos, por parte dos pais à criança (OE, 2015). Ao EEESIP incumbe o dever da promoção da parentalidade, facto que promovi ao **realizar ensinamentos de saúde aos pais** na UCSP, proporcionando conhecimentos e aquisição de competências, com vista a **facilitar a gestão de processos específicos de saúde/doença**, avaliando continuamente a estrutura e o contexto familiar, desenvolvendo a competência E1.1. É imperioso que os enfermeiros no contexto de CSP revelem um entendimento profundo da prestação de cuidados ao longo do ciclo vital da família, enfatizando as suas forças e potenciais, capacitando-a para o exercício do seu papel, como é o desempenho parental, podendo, por exemplo, adotar o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo et al., 2012).

Muitos dos pais faziam-se acompanhar de extrema insegurança, receando não serem capazes de tratar do seu filho, culminando numa cruel ansiedade. Chemello et al, (2021) referem que as mães puérperas, frequentemente experienciam sentimentos de medo, angústia, dúvidas, preocupações e falta de confiança em tratar do RN, podendo esta conjuntura emocional afetar negativamente a relação mãe-bebé. Em vista do exposto, durante a permanência no estágio, **reconheci a vulnerabilidade acoplada a este processo de transição para a parentalidade**, capacitando os pais para a prestação de cuidados ao seu filho, mobilizando as orientações antecipatórias, concomitantemente, em conjunto com a Sr.^a Enf.^a Orientadora, pratiquei uma **escuta ativa**, intentando perceber e reconhecer, quais os maiores medos da família. O EEESIP assume especial destaque no sentido em que deve atuar, de forma preventiva para a saúde mental dos pais, protegendo o desenvolvimento da criança, promovendo a qualidade da relação da díade e a ventilação de emoções, com o intuito de alcançar a melhor gestão do regime parental (Chemello et al., 2021; Diogo, 2023, OE, 2015). Os cuidados de enfermagem, que discorrem nas atitudes afetivas e relacionais do enfermeiro com o cliente, são enfatizados e reconhecidos como competências e profissionalismo (Ferreira et al., 2021).

Ademais, as crianças que compareciam na consulta de vigilância, muitas delas faziam-se acompanhar de receios e medos de procedimentos dolorosos, que outrora experienciaram. Foram várias as estratégias que mobilizei, sob a alçada da Sr.^a Enf.^a Orientadora, com o intuito de minimizar o sofrimento da criança. De destacar, a chamada presencial das famílias à sala de espera, acompanhando-as até ao gabinete de enfermagem e recebendo as crianças com um cumprimento carinhoso (abraço ou "*hi-five*"). Este pequeno gesto permitia-me a apresentação e, simultaneamente, abria caminho para a construção de uma relação, investindo na proximidade e afetividade (Diogo, 2023). Evidencio ainda o **acolhimento** efetuado com base numa apropriação da linguagem, no qual apresentei à criança *toddler*, pré-escolar e escolar, os desenhos infantis na parede dizendo-lhe que "*este coelhinho e o elefante, são os donos da balança, que me vão ajudar a pesar-te*". Deste modo, tencionava que a criança se sentisse num ambiente confortável, agradável, seguro e afetuoso, conforme pautado por Diogo (2023) e elencado nas Diretrizes do "*Council of Europe: Guidelines on Child-Friendly Health Care*" (2011), que prevê a prática de "cuidados de saúde amigos das crianças", como ferramenta

nos cuidados pediátricos, assegurando a promoção dos seus direitos. Assim, foram desenvolvidas as competências A2, B3.1, E1.1, E2.4, E3.2 e E3.3.

Para dar resposta ao 5.º Objetivo - Observar e refletir sobre as práticas da gestão emocional dirigidas à criança e família, na UCSP - **reconheci a emocionalidade como pilar da prática de cuidados** da Sr.ª Enf.ª Orientadora e o cuidar emocional presente nos CSP, através de diversos **momentos de reflexão individual e conjunta**. Estes momentos reflexivos permitiram a análise escrutinada de diversas situações, com enfoque na gestão emocional. A reflexão e partilha, num fluxo bidirecional, culminaram num novo corpo conhecimentos e consciencialização de melhoria em ações futuras. Aquando do término das consultas e após reconhecer as emoções experienciadas pela criança e família, eram efetuados os **registos clínicos no sistema informático**, no programa SClínico®. Estes compreendiam avaliação fisiológica da criança e a **avaliação da dimensão emocional da díade**, através da escrita de texto corrido, assinalando diagnósticos de enfermagem, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (ansiedade, insegurança, stress do cuidador, parentalidade comprometida, entre outros), desenvolvendo as competências A1 e B2.1.

Adicionalmente, surge como 6.º Objetivo - Analisar as dimensões do Modelo TEEP observadas no contexto da UCSP, objetivando a promoção do modelo na prestação de cuidados. Para dar resposta aos 4.º, 5.º e 6.º objetivos foi elaborado um **diário de campo**, onde é descrita e refletida uma situação de cuidados, que espelha a vivência emocional da criança, reconhecendo a importância da emocionalidade na CESIJ (Apêndice VI), desenvolvendo as competências B1.1, B3.1 e D2.2.

O 7.º Objetivo delineado - Desenvolver estratégias de cuidado emocional à criança na UCSP - emerge dos resultados reflexivos alcançados nos objetivos 4.º, 5.º e 6.º. A minha atividade incidiu na elaboração de um **cartaz “Árvore das Emoções”**, que objetiva a expressão de sentimentos e emoções das crianças, em idade pré-escolar, escolar e dos adolescentes, quando recorrem à UCSP, através do desenho ou da escrita, possibilitando ao enfermeiro reconhecer a experiência emocional vivida. O desenho livre é utilizado como facilitador da expressão de sentimentos da criança, exercendo a função de regulador de emoções, ajudando-a a lidar com situações de stress, permitindo a distração e o distanciamento dos sentimentos negativos (Drake, 2023; Valladares & Silva,

2011). O enfermeiro deve incentivar esta prática, uma vez que ao identificar o sentimento expressado pela criança, escrito ou desenhado na “Árvore das Emoções”, é capaz de intervir minimizando o impacto negativo da ida à UCSP e reforçar positivamente a sua atitude. Estamos perante a **aplicação do Modelo TEEP**, uma vez que este se vincula “à compreensão da experiência humana das emoções, acopladas aos processos de saúde-doença e ao desenvolvimento de uma relação enfermeiro-criança-família, que é facilitadora da expressão e gestão dessas emoções.” (Diogo, 2023, p.112). No Apêndice VII é descrita a atividade, devidamente fundamentada à luz de evidência científica, efetuada a sua avaliação e resultados alcançados, tendo sido desenvolvidas as competências A1.3, B1.1, B2.2, D2.2, E2.4 e E3. 3.

As CESIJ foram um cenário exímio para a prestação de cuidados de nível avançado, elencando várias intervenções de nível especializado, como a mobilização de recursos de suporte à família, almejando a parceria de cuidados, promovendo o mais elevado estado de saúde e proporcionando cuidados seguros e competentes, providenciando a educação para a saúde, tal como reiterado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2017). A UCSP revelou-se, um privilegiado contexto de estágio para promoção de determinantes de saúde, influente na saúde do cliente criança-família, no qual a intervenção do EEESIP é fundamental para o desenvolvimento da excelência dos cuidados (Fernandes & Andrade, 2020; Saraiva & Sousa, 2022).

4.2 Consulta de Desenvolvimento de Pediatria

O 2.º estágio decorreu de 24/10 a 4/11/2022 (Apêndice II), na CDP, pertencente ao Centro de Estudos (CE), de um hospital da região da Grande Lisboa. Os objetivos propostos e as atividades desenvolvidas apresentam-se no Apêndice III.

O neurodesenvolvimento e a saúde mental são foco deste CE, em crianças até aos 3 anos de idade, desde Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), Atrasos Globais no Desenvolvimento, Perturbações do Sono, Perturbações de Ansiedade, entre outros. Neste contexto de estágio **participei nas CDP de enfermagem, assisti a consultas médicas em parceria com**

enfermagem, assisti a uma sessão formativa do CE e ainda participei numa reunião multidisciplinar, discutindo um caso clínico.

Com o intuito de atingir o 1.º Objetivo - Conhecer a dinâmica estrutural, organizacional e funcional da CDP, bem como reconhecer a filosofia dos cuidados que orienta a prática diferenciada do EEESIP - à semelhança do estágio anterior, foi realizada uma **entrevista exploratória com a Sr.ª Enf.ª Orientadora e consulta de documentos**. Foi possível compreender o funcionamento do CE e da CDP, bem como perceber a articulação da consulta com outros serviços, as dinâmicas da equipa multidisciplinar, a sua organização e intervenção. Norteada por modelos como, a parceira de cuidados de Anne Casey, os CCF, tocando o Cuidado Humanizado de Watson e a teoria de Afaf Meleis, a consulta de enfermagem rege-se por estes princípios, onde se destaca a intervenção singular, autónoma e eficaz do EEESIP. No Apêndice IV é apresentada a **caraterização da CDP**. O alcance deste objetivo permitiram o desenvolvimento das competências B1.1, B2.1, C1.1 e D2.2.

Respeitante ao 2.º Objetivo - Prestar cuidados à criança e família, na CDP - **participei ativamente nas consultas de enfermagem de desenvolvimento em conjunto e sob a supervisão da Sr.ª Enf.ª Orientadora**. Durante a consulta, intervimos de acordo com a norma da DGS (2013) - PNSIJ e com o Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil (OE, 2010). Segundo o parecer do Conselho de Enfermagem n.º 53/2021, a consulta de enfermagem deve ser suportada por orientações nacionais, documentadas por entidades oficiais, que pretendam as boas práticas (OE, 2021).

O diagnóstico de doença é uma transição que exige à díade uma readaptação, inserindo-a num período de vulnerabilidade marcado pela incerteza e ansiedade, mudanças contínuas e rutura da realidade (Meleis et al., 2010). De forma contínua e suportada por uma prática ética e deontológica, intervimos no sentido de **facilitar o processo de adaptação à condição da criança e família, capacitando-os** para a melhor gestão do processo de saúde/doença, **maximizando o seu bem-estar**, desenvolvendo as competências A1.1, A1.2 e E1.1.

Com recurso aos instrumentos de **avaliação de desenvolvimento psicomotor**, (*Escala de Mary Sheridan Modificada* e *Schedule of Growing Skills II*) atuei no sentido de **reconhecer necessidades** da criança, com vista à **avaliação e promoção do**

desenvolvimento infantil, atingindo as competências B3.1 e D2.2. Os instrumentos suprarreferidos são de fácil utilização, seguros e fidedignos, devendo ser utilizados pelo EEESIP, uma vez que este domina desenvolvimento infantojuvenil (OE, 2010). Também o Questionário M-CHAT-R (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*) é utilizado na consulta, objetivando o diagnóstico precoce da PEA, configurando-se como um instrumento de despiste, no qual são realizadas 20 perguntas aos pais de crianças, dos 16 aos 30 meses de idade (DGS,2019). A partir disto, **elaborei um trabalho escrito** acerca do **diagnóstico de perturbação do neurodesenvolvimento da criança: o impacto na família**, destacando as perturbações de PEA e PHDA (Apêndice VIII).

Além das escalas padronizadas pela OE (2010), durante a consulta foi possível mobilizar o **Modelo DIR®FloorTime™⁷**, comumente designado por "*FloorTime*" ou "brincadeira de chão". Após pesquisar e estudar este modelo, apliquei-o nas consultas, com o contributo da Sr.^a Enf.^a Orientadora. O "*FloorTime*", constitui-se como uma terapia lúdica espontânea, estruturada ou não estruturada, que se desenrola num ambiente o mais natural possível para a criança, no qual é construída uma relação enfermeiro-criança, com vista a alcançar mecanismos de autorregulação, comunicação bidirecional, envolvimento social, resolução de problemas e desenvolvimento de um pensamento complexo (Divya et al., 2023; Torres et al., 2020). Esta intervenção, sustentada no afeto e na construção da relação, visa avaliar as capacidades funcionais de desenvolvimento da criança, através interações afetuosas, por meio de gestos e palavras, que a envolvem, durante a brincadeira no chão (Wieder & Greenspan, 2003). Recorrendo a esta terapia complementar da enfermagem, pretendi o **estabelecimento da relação terapêutica** com a criança, através da **brincadeira**, mobilizando também o seu acompanhante para a nossa esfera, alcançando assim as competências E1.1, E1.2, E2.4 e E2.5. **Incentivei** os seus pais a executar a mesma intervenção, com a criança em contexto domiciliário, pois esta interação pais-filhos repercute-se numa melhoria da comunicação, das habilidades de vida diária e do desenvolvimento emocional da criança (Divya et al., 2023). Neste seguimento, **promovi a adoção de postura proativa** dos pais, **capacitando-os e empoderando-os** (*empowerment*), para lidarem com os seus filhos, distanciando-os das

⁷ De acordo com Wieder & Greenspan (2003), a sigla **DIR** provém do inglês e significa "*Developmental, Individual Difference, Relationship-based Model*", isto é Desenvolvimento; Diferenças Individuais e de Relacionamento – Base

suas limitações e reconhecendo-lhes as suas potencialidades (OE, 2010). De ressaltar que a **brincadeira** é a atividade primordial da criança, sendo considerada uma necessidade básica, que favorece o seu desenvolvimento biopsicossocial e emocional (Moura et al., 2021; OE, 2010). **Adotá-la como intervenção** é mobilizar a perícia, uma vez que para a criança com necessidades de saúde especiais, a brincadeira pode ser desafiante e complexa. Compete ao EEESIP intervir, visto que detém conhecimentos aprofundados sobre a criança e é capaz de implementar uma resposta apropriada, mobilizando recursos que garantam a prestação de cuidados diferenciados (Regulamento n.º 422/2018).

Durante o estágio **adotei estratégias facilitadoras para a construção da relação** empregando posturas e atitudes corporais (sinónimo de disponibilidade e empatia) quando brincava com a criança e lhe tecia gestos de carinho, cumprimentando os pais com um sorriso afável e enternecido, acompanhando-os à sala, com a mão no ombro, querendo transmitir compreensão pela sua situação (Sequeira, 2016; Diogo, 2023).

Para alcançar o 3.º Objetivo - Mobilizar recursos e conhecimentos na prestação de cuidados avançados, sustentados pelo raciocínio e julgamento clínico e tomada de decisão - foi necessário **adquirir e aprofundar conhecimentos acerca das perturbações do neurodesenvolvimento infantil**, através da pesquisa da melhor e mais recente evidência científica acerca de perturbações do neurodesenvolvimento, no intuito de alcançar uma prática avançada e diferenciada. Os **momentos de reflexão individuais ou em conjunto com a Sr.ª Enf.ª Orientadora** apresentaram-se como atividades que visaram dar resposta a este objetivo. Sustentada numa abordagem clínico-reflexiva, a minha intervenção proveio da observação, fazendo-me acompanhar do PC, do RC e uma nova capacidade de reflexão, interagindo e comunicando com diversos intervenientes (cliente, família e/ou equipa multidisciplinar). Desta forma, foi possível adquirir um leque de conhecimentos, que permitiram a minha prestação de cuidados especializados.

No alcance deste objetivo, **participei na reunião de interação do CE**. Nesta reunião multidisciplinar, após a apresentação do caso clínico, expressei a minha opinião profissional, com sustento num RC e PC, sugerindo a intervenção da Assistente Social e da Professora de Educação Especial, numa lógica de articulação com a CDP, uma vez que existiam lacunas de informação no caso, que poderiam ser colmatadas pela intervenção

destas áreas. Deste modo, ao encaminhar a criança e família para outros profissionais (E1.2.), procurei oferecer outros recursos comunitários de apoio à díade (E1.1), cujo a resposta já não era da competência da enfermagem, solicitando inclusive a intervenção da educação especial, desenvolvendo ainda as competências A2, B1.1, C1.1 e D2.2. Também a **participação na sessão “O sono das crianças. Uso de ecrãs na infância”** foi atividade que possibilitou o alcance do 3.º objetivo, uma vez que me permitiu conhecer as diversas patologias do sono, identificar os fatores de risco e compreender a intervenção específica do EEESIP (Apêndice IX, Anexo III).

Com o intuito de atingir o 4.º Objetivo - conhecer estratégias utilizadas pelo EEESIP no cuidado emocional à criança e família, na CDP - recorri à **observação** e através de **reflexões conjuntas** com a Sr.ª Enf.ª Orientadora, foi possível **identificar as estratégias** implementadas, no respeitante ao cuidado emocional e **práticas de gestão emocional** dirigido à criança e família. O diagnóstico de um transtorno crónico, como é exemplo a PEA, impacta significativamente a vida dos pais e da família da criança, repercutindo-se na sua qualidade de vida (Pereira et al., 2017). Frequentemente, experienciam-se sentimentos de desesperança, culpa, frustração e insegurança aquando do diagnóstico, sendo a ansiedade, o stress, o isolamento social e a negação, um denominador comum às famílias. Quando recebem o diagnóstico de PEA, são confrontadas com inúmeras preocupações, nomeadamente com o futuro da criança, o estigma social, a carga de navegar entre sistemas de saúde e sistemas de educação especial, não menosprezando a situação financeira e o apoio familiar fragilizado (Hickey et al., 2022; Pereira et al., 2017). Durante o estágio foi possível **observar o impacto emocional** que o **diagnóstico de PEA** teve **sobre a família** e **identificar as estratégias de promoção à adaptação da doença**, utilizadas pelo EEESIP. Como exemplo, recorro a experiência de assistir a uma consulta médica em parceria com a enfermagem, onde após várias consultas foi comunicado à mãe o diagnóstico de PEA, do seu filho de 3 anos. Apesar de suspeitar da situação clínica do filho, quando lhe foi transmitido “oficialmente” o diagnóstico, o chão revelou-se pequeno para a amparar, permanecendo sentada na cadeira, inundada em lágrimas e com olhar preso no vazio. Prontamente, levantei-me do chão, onde estava com a criança e acarinhei a mão da senhora. Este gesto, simples e enternecido, patenteou o cuidado emocional à mãe. O afeto, que discorre nas linhas do cuidar da enfermagem (Watson,

2002, 2018) e o toque terapêutico, afirmam-se como intervenção autónoma, sincera e expressiva, almejando a empatia na relação interpessoal cliente-enfermeiro, transmitindo uma sensação de apoio (Brás et al., 2020). Neste seguimento, com a cooperação da Sr.^a Enf.^a, proferi algumas palavras de esperança, visando a minimização do seu sofrimento e, simultaneamente, a Sr.^a Enf.^a mostrou-se disponível para receber a restante família, para qualquer esclarecimento, se mãe assim o considerasse. Conversar com a família, reconhecendo a sua experiência emocional, torna-se fundamental para fazer uma gestão das expectativas reais da situação, bem como é mote promotor da esperança (Howe et al., 2023). A promoção da esperança pauta-se como intervenção do EEESIP, uma vez que ao dispor de estratégias para a sua promoção ajuda a família a enfrentar a situação (Charepe, 2014). A esperança é essencial ao cuidado, pois é capaz de blindar a família de um sofrimento avassalador na mesma medida que, através da gestão realista de expectativas, a fortalece para enfrentar o desafio da PEA (Charepe, 2014; Henriques et al., 2023).

Para responder ao 5.º Objetivo - Reconhecer o Modelo TEEP como intervenção do EEESIP, na CDP - ao longo do estágio, identifiquei as diferentes dimensões do Modelo, que guiam a intervenção do EEESIP. Visando dar resposta ao 4.º e 5.º objetivos é elaborada uma **reflexão acerca do cuidado emocional prestado à díade**, à luz do Modelo TEEP (Apêndice X). Durante o estágio na CDP foram diversos os momentos pautados por estados emocionais perturbadores dos clientes. Em várias consultas foi possível identificar o medo da criança, muitas das vezes, escondendo-se atrás do seu acompanhante, outras vezes chorando, gritando e fugindo. Cabe ao EEESIP transformar estes estados emocionais perturbadores, recorrendo a estratégias, que visam alcançar a tranquilidade, o bem-estar da criança, conotando uma tonalidade positiva (Diogo, 2023). Face ao exposto, procurei apresentar à criança o gabinete equipado com brinquedos, casas de bonecas, cozinhas de brincar, pistas de comboio, entre outros, concedendo-lhe o livre acesso. Este ambiente familiar, é gatilho para contraposição da ideia inicial da criança que o percebe o contexto de saúde como frio e assustador, onde muitas vezes se sente submisso (Diogo, 2023).

Também os pais que acompanham o seu filho na CDP encontram-se num momento de fragilidade multidimensional. Desta forma, teci diversas **orientações no**

sentido de os capacitar para o seu envolvimento e prestação de cuidados, abordando aspetos da linguagem da criança, tempo de ecrã, a importância do jogo simbólico e as brincadeiras diárias entre pais e filho. Neste decorrer, promovi a **comunicação expressiva das emoções**, a **escuta ativa** das preocupações, **identificando e validando as necessidades** dos pais, demonstrando disponibilidade e empatia para com a situação. Ao reconhecer-lhe os sentimentos e emoções experienciadas, numa lógica interpessoal e pessoal, **cuidei emocionalmente da família**, numa intervenção consciente e autêntica, almejando desenvolver uma relação de ajuda e confiança, tocando o Processo *Clinical Caritas* (Nelson & Watson, 2012; Watson, 2021). Consequentemente alcançaram-se as competências A1.1, B1.1, B3.1, D1.1, D1.2, D2. 2, E2.5, E3.1 e E3.3.

Em suma, a minha experiência formativa neste estágio permitiu adquirir de novos conhecimentos no respeitante às perturbações do neurodesenvolvimento da criança, compreender como estas influenciam o seu ciclo vital e da sua família, identificando quais as intervenções do EEESIP perante a díade, contribuindo deste modo para o meu desenvolvimento enquanto futura EEESIP.

4.3 Serviço de Urgência Pediátrica

O 3.º estágio decorreu de 7/11 a 2/12/2022, num Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente (SUPP), de um Hospital da região de Lisboa (Apêndice II). Exerço funções neste serviço há cerca de 3 anos, pelo que a sua escolha no percurso formativo, teve o intuito de evidenciar a importância da gestão emocional do cliente neste contexto. No Apêndice IV, são sistematizados os objetivos e atividades do estágio e no Apêndice V é apresentada a caracterização do SUPP.

A emergência e urgência configuram-se como uma “situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais” (Despacho n.º 18459/2006, p.18611). Os SUP, frequentemente, assumem-se como um contexto hospitalar intimidante, uma vez que a criança e família, perante a situação de doença aguda inesperada, vivenciam uma experiência emocional intensa e potencialmente traumática, dominada por emoções predominantemente negativas (Diogo et al., 2016). Muitas das vezes os SUP são utilizados de forma indiscriminada e excessiva pelos pais das crianças, devido a erroneamente

atribuírem o caráter de urgência à situação do seu filho, pretenderem resposta rápida e terem medo da evolução da doença (Chagas et al., 2023; Vaz & Trigo, 2020).

No sentido de operacionalizar o **1.º Objetivo** - Prestar cuidados à criança e família, em situações de doença aguda ou em situações de especial complexidade - **prestei de cuidados de enfermagem avançados às crianças e famílias** que recorrem ao SUPP nos diferentes postos: Triagem, Sala de Tratamentos, Serviço de Observação (SO), Apoio às Especialidades e Sala de Reanimação, sob a supervisão da Sr.ª Enf.ª Orientadora.

Durante a **entrevista à díade na triagem** procurei organizar e analisar os dados recolhidos, efetuando a tomada de decisão rápida, seguindo o algoritmo do sistema de triagem. Esta intervenção requer um RC, um PC e um domínio de conhecimentos de enfermagem pediátrica, por forma a antecipar cuidados urgentes e o correto encaminhamento, exigindo também experiência profissional (Gomes et al., 2019). Para Benner (2001), um enfermeiro de nível 3 (competente) que exerce funções no mesmo serviço há cerca de 3 anos, é detentor de um nível consolidado de conhecimentos e habilidades, que lhe permitem definir prioridades e traçar um plano de intervenção em situações atuais ou futuras, analisando-o de forma consciente e deliberada.

No SUPP tive a possibilidade de **prestar cuidados nas salas de tratamentos e na sala de apoio às especialidades** de cirurgia e ortopedia, onde são realizados diversos procedimentos: punções venosas periféricas, cateterismos vesicais, lavagens nasais, administração terapêutica, colheitas de secreções, entubações nasogástricas, realização de suturas, reduções de fraturas ósseas, entre outros procedimentos indutores de dor e ansiedade na criança. A dor define-se como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante àquela associada a dano tecidual real ou potencial” (Raja et al., 2020, p. 7), sendo que a criança responde à dor de acordo com a idade, género, estágio de desenvolvimento, experiências anteriores e contexto cultural e familiar (DGS, 2012; Hellsten, c2024). Neste seguimento, a minha intervenção pautou-se pela **prestação de CNT à criança, efetuando a avaliação da dor, recorrendo à utilização das diferentes escalas de avaliação da dor em pediatria**. Utilizando **estratégias farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor**, de acordo com a idade e estágio de desenvolvimento, intencionei reduzir ou mitigar a dor, minimizando simultaneamente

o medo e ansiedade acoplados neste processo, assegurando assim uma prestação de cuidados de qualidade (OE, 2013; 2017; Diogo et al., 2016; Hellsten, c2024).

No SO prestei cuidados à criança e família que se encontravam internadas, intervindo suportada pelos princípios dos CNT, procurando constantemente recorrer aos pais como parceiros de cuidados, reconhecendo as suas capacidades, envolvendo-os na prestação e capacitando-os, denotando assim os CCF. O internamento em SO é um momento não planeado e frequentemente carregado de preocupação e ansiedade, uma vez que a criança internada se encontra numa situação clínica instável, que requer monitorização e vigilância permanente (Pontes et al., 2022). Por este motivo, procurei **reconhecer os sentimentos da criança e família internadas, promovendo a ventilação de emoções** e mobilizando estratégias de **cuidado emocional**. A **escuta ativa, a promoção da esperança** (com objetivos realistas) e do otimismo, foram escopo da minha intervenção enquanto futura EESIP, com vista a **minimizar a vivência de uma emocionalidade excessiva, implementando estratégias facilitadoras de uma gestão emocional positiva e adaptativa** (Diogo, 2023). No respeitante **à sala de reanimação**, a minha intervenção incidiu no **cuidado emocional prestado aos pais**, como é possível verificar no Apêndice XI. Diante o exposto, a prestação de cuidados nos diferentes postos, permitiu-me atingir as competências A1.1, A1.2, A2, B3.1, D2.2, E1.1, E1.2, E2.1, E2.2 e E3.3.

Com vista a atingir o 2.º Objetivo - Mobilizar recursos e conhecimentos na prestação de cuidados avançados, sustentada pelo RC e JC e tomada de decisão - **estabeleci uma relação terapêutica com a criança e a família** adequada ao seu estágio de desenvolvimento e situação de saúde. Assim, **fomentei a discussão e reflexão com Sr.ª Enf.ª Orientadora** acerca das práticas da equipa de enfermagem do SUPP com enfoque na gestão emocional como intervenção de enfermagem, nos diversos postos do serviço.

É na sala de triagem que se efetua o primeiro contacto entre a criança, o seu acompanhante e o profissional de saúde, e por norma é uma interação intensa carregada de emoções de índole negativa, seja pela aversão ou medo da criança ao profissional e ambiente, seja pela ansiedade dos pais (Diogo et al., 2016; Fernandes, 2012, Pitoli et al., 2021). A intervenção do enfermeiro na triagem pode influenciar positivamente todo o percurso da díade no SUP, atendendo que este é capaz de construir uma relação de confiança com a criança e acompanhante, demonstrando disponibilidade, interesse pela

situação, escuta ativa, suportado por uma atitude afetiva e acolhedora (Cruz, 2019). Ainda que algumas crianças cheguem ao SUP sorridentes e aparentemente tranquilas com o ambiente hospitalar, outras chegam chorosas, inseguras, “mudas” de medo e ansiedade que não as “deixa” falar ou verbalizando repetidamente “*não quero*”, escondendo-se atrás dos pais. Para aliviar o seu sofrimento emocional fui empática com a situação clínica da criança, valorizando o seu comportamento não verbal, expressando a minha genuína preocupação com a díade, respeitando sempre as diferenças culturais, objetivando assim a construção de uma relação terapêutica, suportada pela humanização de cuidados e adotando estratégias de gestão de emoções (*Canadian Association of Emergency Physicians*, 2012; Gomes et al. 2019). Durante a triagem, **identifiquei e validei os sentimentos e emoções da díade**, no intuito de demonstrar total compreensão pela situação. **Implementei estratégias de gestão emocional** que permitissem atenuar os picos de emocionalidade negativa, fornecendo à díade informações e explicações acerca do seu percurso no SUPP: “*Agora vais com a mamã à sala do Doutor para ele te ver e depois, provavelmente, vamos passar um pauzinho de algodão na tua boca e perceber se a garganta está doente. Se estiveres muito doente fazemos um remédio e depois vais embora!*”. Através da gestão recíproca de emoções e da informação, efetuando uma explicação simples sobre o possível trajeto da criança e família no SUPP, ao validar a sua experiência emocional, desmitificando a ideia pré-concebida de eventos traumáticos e dolorosos neste contexto e fornecendo informações promotoras de tranquilidade e controlo, evita-se assim a sobrecarga emocional da díade (Martinho & Diogo, 2020).

É fundamental que o enfermeiro triador comunique com a criança, de acordo com seu estágio de desenvolvimento intelectual e emocional, de forma a intervir eficazmente. Ademais, é possível verificar que a triagem pediátrica exige ao enfermeiro competências específicas, uma vez que a sua intervenção é complexa, pois requer um pleno conhecimento do crescimento e desenvolvimento infantil, que lhe permita identificar sinais de alerta, bem como exige competências de comunicação por forma a estabelecer uma relação terapêutica, com a criança e família (Gomes et al., 2019; Magalhães-Barbosa et al., 2016).

Na sala de tratamentos, intencionei **minimizar ou mitigar a dor da criança**, uma vez que esta intervenção se traduz na redução do medo e ansiedade experienciada pela

mesma (Batalha & Sousa, 2018; Sedrez & Monteiro, 2020). A dor em idade pediátrica, assume especial de destaque, desencadeando reações fisiológicas, emocionais e motoras na criança sendo que, quando não tratada, pode ter consequências negativas imediatas (stress e ansiedade) ou a longo prazo no seu neurodesenvolvimento (DGS, 2012; OE, 2013; Gates et al., 2018; Hellsten, c2024). Diante o exposto, cabe ao EESIP dominar estratégias farmacológicas e não farmacológicas, que permitam reduzir a dor nos procedimentos. Destaco na minha intervenção para controlo da dor e minimização do medo que, quando a criança (*toddler*, pré-escolar ou escolar) se fazia acompanhar de um bonequinho de referência, incluía-o na minha abordagem para me aproximar. Foram diversas as ações efetuadas com recurso ao brinquedo, questionando à criança *"Como se chama o teu bonequinho/a?"* e consoante a resposta e disponibilidade demonstrada, continuava a conversa *"Ele/a também está doente como tu? "*, *"Onde é o dói-dói dele?"*, *"Como posso ajudar o teu boneco?"*. O brinquedo e o brincar pertencem à enfermagem pediátrica como um cuidado essencial, visto que, além de favorecerem a relação criança-enfermeiro, auferem a possibilidade de expressar sentimentos quando estas respondem, por exemplo, *"o meu boneco não gosta de picas"* (Gimenes et al., 2020). Ao **brincar com a criança** tencionei envolvê-la num ambiente seguro, afetuoso e lúdico, mostrando-lhe que a cuido para além da doença, procurando o seu bem-estar emocional (Diogo, 2015, 2023, Watson, 2012).

Também o acompanhante da criança foi alvo de cuidados, capacitando-o e envolvendo-o nos procedimentos. Quando realizei técnicas invasivas, preparei e informei previamente a criança e os pais, de forma distinta. Frequentemente, os pais sentem-se angustiados perante estas intervenções, dado que não sabem como minimizar a dor e aliviar o sofrimento emocional do seu filho (Gates et al., 2018). Dirigi-me a eles, em tom de voz baixo ou afastada da criança para que a ela não se apercebesse e expliquei o procedimento, fornecendo informações claras e sucintas acerca da sua finalidade e resultado esperado, validando a interpretação da mensagem transmitida (Sequeira, 2016). Ao oferecer um lugar de destaque junto da criança, envolvi os pais na prestação de cuidados, promovendo a sua participação ativa, com o intuito de aliviar o stress parental suscitando, simultaneamente, o sentimento de controlo e utilidade (Gates et al., 2018). A presença dos pais é fulcral no processo de gestão da dor, visto que a sua

separação é geradora de stress e ansiedade na criança, podendo aumentar a sua percepção da dor e insegurança (OE, 2013). Após a **reflexão conjunta com a Sr.ª Enf.ª Orientadora**, subsidiada pela minha intervenção na prática foi possível compreender a extensão do cuidado emocional de enfermagem no contexto de urgência pediátrica. A elaboração de uma **síntese reflexiva acerca da experiência emocional da díade que recorre ao SUPP e a intervenção do EEESIP nos diferentes postos do SUPP** (Apêndice XI) espelha de modo aprofundado o alcance do 1.º e 2.º objetivos, inerentes a este estágio. Neste sentido, através das minhas intervenções foram desenvolvidas as competências A2.1, B1.1, D1.1, D1.2, E1.1, E1.2., E2.2 e E3.3.

O 3.º Objetivo - Gerir emoções experienciadas pela criança e família na situação de doença aguda, em contexto de urgência - projetou-se em **momentos de reflexão com as crianças e pais no SUPP**, nos diversos postos do serviço, tentando **reconhecer os sentimentos experienciados**, facilitando a **expressão de emoções**. Foi-me possível compreender o medo patente nas crianças, quando sujeitas a procedimentos invasivos e muitas das vezes dolorosos, no SUP (Diogo et al.,2016; Gonçalves, 2023). Por conseguinte, construí um **"Kit d'Emoções"** (Apêndice XII) para utilização na sala de tratamentos, ao dispor dos profissionais, crianças e pais, composto por diversos materiais, adequados à faixa etária, que permitem a minimização de emoções de tonalidade negativa e maximização das emoções de tonalidade positiva (OE, 2013; Pereira, 2020). De acordo com o Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor da criança, da OE (2013) a criação de uma coletânea de materiais didáticos e lúdicos, adaptados a cada faixa etária, efetiva-se como uma estratégia para diminuir o medo e ansiedade da criança e família, em contexto de ambiente hospitalar, bem como proporcionar o desenvolvimento de estratégias cognitivas, comportamentais e sensoriais, contribuindo para o controlo da dor. Assim sendo, foram atingidas as seguintes competências B1.1, B1.2, B2.2, B2.3, B3.1, C2.2, D1, D2, E2.2, E3.3 e E3.4.

Por fim, o 4º Objetivo - Promover o Modelo TEEP como intervenção do EEESIP – contemplou como atividade principal a **realização de uma carta** (Apêndice XIII), remetida aos responsáveis superiores do hospital, que sustenta a importância da utilização de fardas pediátricas no SUPP. Este documento devidamente fundamentado, solicitou a

autorização da utilização do fardamento e/ou, se possível, a **aquisição por parte do hospital** em questão, com o **intuito de promover um ambiente seguro e afetivo**, visando a **diminuição da excessiva emocionalidade negativa**, consequente da recorrência ao SUP (Diogo, 2015, 2023; Gonçalves, 2023). Segundo Diogo (2023), a dimensão da emocionalidade nos cuidados de enfermagem, não é ainda merecedora de reconhecimento por parte dos gestores de topo dos cuidados de saúde. A substituição dos tradicionais uniformes brancos dos enfermeiros por uniformes coloridos, representativos do mundo infantil, pretende minimizar as emoções negativas, reduzindo o nível de ansiedade e medo, fazendo com que a criança se sinta mais relaxada, transformando em seguro, um ambiente adverso (Albert et al., 2013, Diogo 2023). Nesta sequência, pretende-se “Promover um ambiente seguro e afetivo”, uma vez que utilizando fardas com bonecos e aliando outras estratégias, fomenta uma relação afetiva, onde a criança reconhece confiança no profissional, dado que está em sintonia com o seu mundo infantil. Tocando ainda as dimensões “Nutrir cuidados com afeto”, “Facilitar a gestão das emoções dos clientes” e “Construir estabilidade na relação”, do Modelo TEEP, através da utilização do fardamento suprarreferido, o enfermeiro demonstra uma disponibilidade imediata para com a criança, onde esta se sente considerada, atenuando a sua experiência emocional (Diogo, 2023). Esta atividade no SUPP permitiu o alcance das competências B1, B2.1, B2.2, B3.1, C1.1, C2.1, D1.1, D2.2 e D2.3.

Em suma, este estágio foi elencado por inúmeras oportunidades de crescimento pessoal e profissional, permitindo a minha evolução de enfermeira de cuidados gerais para EEESIP. Foi possível refletir sobre as intervenções autónomas do enfermeiro e as suas ações interdependentes com a equipa multidisciplinar, intencionando prestar cuidados de excelência à díade, com enfoque na gestão emocional, facilitando a vivência da situação. Durante a minha experiência clínica procurei aplicar novos conhecimentos recentemente adquiridos, oriundos da componente teórica do curso e das experiências dos estágios anteriores, detendo um novo olhar sob o serviço, onde exerço funções oferecendo desta forma uma resposta mais eficiente.

4.4 Unidade de Neonatologia

O estágio na UN decorreu de 5/12/2022 a 13/01/2023, com interrupção letiva de 19/12/2022 a 1/01/2023 (Apêndice II). Os objetivos, as atividades concretizadas e as competências desenvolvidas neste contexto encontram-se explanadas no Apêndice III.

As UN configuram-se como serviços de internamento hospitalar destinados à prestação de cuidados especializados de saúde ao RN e também à sua família (Souto, 2021). São dotadas de extrema complexidade, não só pela prestação dos cuidados técnicos especializados, como também pela carga emocional latente, uma vez que o cliente criança-família internado se encontra numa situação de extrema vulnerabilidade, que pode durar semanas ou meses (Trajkovski & Mannix, 2023). O EEESIP encontra-se numa posição privilegiada de proximidade com o RN e família, sendo a sua intervenção catalisadora para a prestação de cuidados holísticos de excelência, focada no tratamento da doença e recuperação do RN, respeitando os seus direitos, crenças e valores, alinhada com os CCF (OE, 2017).

Para responder ao 1.º Objetivo - Conhecer a cultura organizacional, a filosofia de cuidados e a prática diferenciada de cuidados do EEESIP, na UN - realizei **uma entrevista exploratória com a Sr.ª Enf.ª Orientadora** para conhecer a dinâmica (estrutural, organizacional e funcional) da UN, bem como **reconhecer a filosofia dos cuidados** que orientam a prática, identificando **princípios dos cuidados** de enfermagem pediátrica. A **caracterização detalhada do serviço** encontra-se no Apêndice V. O alcance deste objetivo permite o desenvolvimento das competências B1.1, B2.1, C1.1 e D2.2.

Foi definido como 2.º Objetivo - Prestar cuidados à criança e família em situações de doença aguda e situações de especial complexidade. Neste sentido, sob a orientação da Sr.ª Enf.ª, **prestei cuidados ao RN e sua família na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (UCIN)**. Visto ser uma área específica, afastada da minha prática diária, realizei uma **pesquisa bibliográfica acerca de enfermagem neonatal**, utilizando as bases de dados científicas, bem como diversos livros e manuais, analisando em conjunto, com a Sr.ª Enf.ª Orientadora, documentos e normas em vigor na UN, com vista a alcançar a prestação de cuidados de enfermagem de nível avançado, almejando a excelência no exercício profissional.

A prematuridade é a principal causa de morte em crianças com idade inferior a 5 anos, sendo que no ano de 2020 nasceram cerca de 13,4 milhões de crianças prematuras, em todo o mundo (UNICEF, 2021). Apesar da melhoria constante na prestação de cuidados especializados ao RN, traduzida na notável descida da taxa de mortalidade nacional neonatal, cuidar no contexto da prematuridade é sinónimo de desafio para enfermagem, não só pela imensa fragilidade acoplada ao RN, que requer conhecimento das especificidades inerentes ao período neonatal, mas também pela intensa emocionalidade que o processo acarreta à família (Osório, 2019; Fernandes et al., 2014).

O internamento na UN, pode ter repercussões no desenvolvimento cerebral do RN, uma vez que está exposto a estímulos dolorosos, sujeito a stress metabólico e à falta de estimulação adequada (Souto, 2021). Por isto, durante a minha intervenção procurei **aplicar diversas medidas neuroprotetoras**, por forma a proteger o cérebro do RN, facilitando o seu desenvolvimento adequado e prevenindo perturbações do neurodesenvolvimento (Altimier & Philips, 2016). Neste seguimento, quando prestei cuidados ao RN, procurei manter um ambiente seguro e privado para o ele e para a sua família, deixando-os a sós sempre que possível, falando em tom de voz baixo, possibilitando um ambiente desprovido de estímulos sonoros intensos, silenciando os alarmes o mais rapidamente possível. Este conjunto de intervenções visam **a promoção de um ambiente protetor para o RN** com o objetivo de alcançar um desenvolvimento infantil e psicomotor adequado (Altimier & Philips, 2016). Tendo como base na minha atuação o **Modelo Integrador de Cuidados do Desenvolvimento Neonatal**, realizei posicionamentos ao RN de 3h em 3h, ou menos se necessário, posicionando-o com orientação à linha média, garantido a sua simetria e providenciando limites e apoios ao seu redor, com material disponível na UN (ninhos, rolos e almofadas de gel). Procurei **“condensar” os cuidados**, planeando-os previamente com o intuito de manipular o RN o menor número de vezes possível, tal como evidenciado pela OE (2013). O posicionamento e a manipulação interferem com o desenvolvimento do sistema músculo-esquelético e o sistema motor do RN, podendo ter repercussões na “estabilidade fisiológica, integridade da pele, termorregulação, densidade óssea, qualidade do sono e desenvolvimento cerebral.” (Souto, 2021, p. 287). A **prestação de CNT** foi apanágio da minha intervenção autónoma, uma vez que, sempre que efetuei

procedimentos dolorosos e invasivos ao RN, **adotei medidas não farmacológicas de controlo da dor**. Conforme preconizado pela OE (2013) **administrei sacarose 24%** ou **promovi a amamentação ou a sucção não nutritiva ao RN**, quando sua condição clínica assim o permitia, pois, a aplicação destas medidas são promotoras do alívio da dor aguda. A sucção é uma estratégia eficaz que permite aos RN lidar com a dor ou stress, assim como a administração de sacarose 24%, cerca de dois minutos antes do procedimento doloroso (Magalhães et al., 2020). Deste modo, através das minhas intervenções que pretenderam dar resposta ao 2.º objetivo, alcancei as competências A1.1, A2.1, B1.1, B3.1, D2.2, E2.1, E2.2, E2.5 e E3.1.

A fim de alcançar o 3.º Objetivo - Mobilizar recursos e conhecimentos na prestação de cuidados avançados, sustentada pelo raciocínio e julgamento clínico e tomada de decisão - detive a minha atenção na **prestação de cuidados à família**, intencionando a **construção de uma relação terapêutica** sólida, suportada pela confiança e a **promoção do desenvolvimento de competências na transição para a parentalidade**.

O nascimento de uma criança saudável projeta-se como um momento de felicidade, contudo quando o nascimento prematuro irrompe a gravidez, a família atravessa um momento emocionalmente intenso. A hospitalização na UN pode ser um cenário traumático para os pais e restante família, uma vez que se veem perante uma situação inesperada, temendo pela vida do seu filho (Trajkovski, & Mannix, 2023). Tendo como referência a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010), é possível compreender que as mães experienciam uma transição de desenvolvimento e uma transição situacional. Quando a mulher vive a maternidade, ocorre uma transição no seu ciclo de vida (transição de desenvolvimento), havendo uma mudança corporal, alterações hormonais e amadurecimento corporal. Simultaneamente, esta vivencia uma transição situacional, pois o seu papel é alterado, com novas responsabilidades e necessidades que o "tornar-se mãe" acarreta, podendo culminar numa adaptação à parentalidade comprometida (Meleis, 2010; Santos et al., 2020). Na UN os processos de vinculação são afetados, tanto pela separação do RN dos pais, como pelos sentimentos de índole negativa que estes experienciam (Gibbs et al., 2016). A projeção do bebé imaginado em confronto com o bebé real, requer uma reorganização emocional e afetiva ao RN, pois este ao nascer prematuro ou não saudável, pode provocar repulsa e distanciamento

emocional nos pais, ainda que de forma transitória (Borges, 2018). Por conseguinte, ao verem-se assoberbados de emoções e sentimentos de tonalidade negativa, atuei junto da família, uma vez que esta assume-se como uma constante na vida da criança, empoderando-as e capacitando-as. Tocando os CCF, é imperioso que o EEESIP centre a **sua intervenção no bem-estar da família**, reconhecendo o papel desta na prestação de cuidados ao bebé, durante a hospitalização e após a alta, **identificando** também as suas **necessidades emocionais e sociais**, procurando a construção de uma relação mutuamente benéfica entre o enfermeiro-RN-família (IPFCC, n.d.).

Por forma a facilitar a adaptação à parentalidade procurei **escutar ativamente os sentimentos e preocupações da família**, construindo alicerces de uma relação terapêutica. **Incentivei os pais na prestação de cuidados ao seu bebé**, numa lógica de parceria de cuidados, capacitando-os para o reconhecimento das necessidades do RN, bem como para a tomada de decisão informada e partilhada (Russell et al., 2014; Celenza et al., 2017). **Promovi o contacto pele a pele** frequente e prolongado dos pais com o seu bebé, através do **método canguru**, efetuando assim uma das medidas neuroprotetoras, **facilitando** simultaneamente o **processo de vinculação pais e filho**, objetivando minimizar o impacto que o internamento na UN tem sobre a família e o RN (Borges, 2018; Altimier & Philips, 2016; Kain & Mcinnes, 2023). Este método é vantajoso para a díade, pois permite a regulação dos parâmetros vitais e o aumento de peso do RN, pelo incentivo da amamentação, mais ainda, é promotor da vinculação, incentivando a relação entre os pais e o bebé e melhorando o bem-estar emocional (Cunningham et al., 2021).

Importa destacar que neste estágio prestei cuidados a diversas famílias naturais do Bangladesh, Índia e Nepal, onde alguns dos RN apresentavam características identificadoras da sua cultura (ponto preto/vermelho na testa, pulseira no braço ou perna, entre outros). O contacto com famílias de diferentes culturas, crenças e valores foi desafiante, uma vez que me exigiu a **prestação de cuidados culturalmente competentes**. A competência cultural define-se como “um conjunto de comportamentos, atitudes e políticas congruentes que atuam interactivamente num sistema, instituição ou grupo de profissionais, e permite que esse sistema, instituição ou grupo de profissionais trabalhem efetivamente em situações multiculturais” (Cross et al., 1989, p.30). O enfermeiro culturalmente competente exerce uma práxis de qualidade e excelência, pois

mais do que reconhecer os valores culturais, religiosos e espirituais diferentes, é capaz de intervir eficazmente com as pessoas de diversas culturas, fazendo com que estas se sintam culturalmente seguras, respeitadas e protegidas (Martin et al., 2020; Kain & Mcinnes, 2023; Gonçalves & Matos, 2016). Tal como postulado por Leininger (2002), o enfermeiro deve considerar os valores, crenças, práticas e tradições culturais do cliente, almejando a prestação de cuidados de enfermagem culturalmente congruentes, sensíveis e individualizados. Reconhecendo que família influencia a saúde e bem-estar do RN, promovi o seu envolvimento, comunicando as necessidades clínicas e de desenvolvimento do seu bebé, de modo compreensível e culturalmente apropriado.

Para mobilizar recursos e conhecimentos na **prestação de cuidados avançados** acompanhei a alta clínica de vários RN e suas famílias. Já subsidiada pelo estágio nos CSP, foi possível a educação para a saúde aos pais, suportada pelo PNSIJ, fornecendo **orientações antecipatórias** acerca do transporte do bebé, alimentação, cuidados de higiene, sinais e sintomas de alerta de doença, etc. (DGS,2013). Efetivamente, ao cumprir com o 3.º objetivo, desenvolvi as competências A1.1, A2, B3.1, E1.2, E2.5. E3.1, E3.2.

Visando alcançar o 4.º Objetivo - Reconhecer as emoções experienciadas pela família na situação de doença e necessidade de internamento na UN - foi realizada uma **entrevista exploratória com a mãe de uma RN**. Esta RN teria estado internada na UTIN e agora encontrava-se na UCIN. Através de vários **momentos de reflexão e partilha contínua** com a mãe, foi possível **identificar e compreender os sentimentos experienciados, facilitando** assim a **expressão das suas emoções**. Os pais dos RN internados nas UN são vítimas de um sofrimento emocional aterrador, detidos pelo medo, angústia, impotência e tristeza, que faz deles reféns (Verçosa et al., 2021). Recordo profundamente a entrevista com a mãe da I., que me confessou de voz trémula, recordando a primeira visita à sua bebé "*parecia que tinha entrado na unidade e não havia chãd*". O sentimento de desamparo é também muitas vezes sentido pelos pais (Verçosa et al., 2021). Diaz et al., (2014) destacam o elevado desgaste físico e psicológico que decorre da gravidade da situação clínica do seu filho, evidenciando também a dificuldade que sentem em lidar com o ambiente da UN. Esta dificuldade é projetada pelo ambiente assustador, desconhecido, circundado de equipamentos técnicos que se agigantam no cenário, com uma monitorização constante e alarmante com sons e luzes,

causadoras de medo. A propósito disto, efetuei uma **reflexão acerca da experiência emocional da família do recém-nascido**, na UN e a intervenção do EEESIP, com enfoque no cuidado emocional, abordando a dicotomia do bebê real vs o bebê imaginado (Apêndice XIV), que efetivou os 3.º e 4.º objetivos.

O 5.º Objetivo - Desenvolver estratégias de cuidado emocional dirigidas à família que permitam a partilha de sentimentos e emoções - comportou a sugestão para **atribuição de um nome a cada uma das quatro salas da UCIN**, uma vez que estas estão identificadas com um número (Sala 1, 2 e 3) e Sala de Isolamento. Neste seguimento, apresentei esta sugestão à Sr.ª Enf.ª Orientadora e à Sr.ª Enf.ª Chefe do Serviço, identificando a Sala de Isolamento como “Sala da Resiliência”, as salas das incubadoras 1 e 2 “Sala da Superação” e “Sala da Esperança” e por fim a sala 3, a sala dos berços como a “Sala das Conquistas”. Esta identificação e personalização, com as respetivas ilustrações, intenciona a **promoção de um ambiente acolhedor aos pais**, refletindo o compromisso inabalável da visão de Watson, de Cuidado Humanizado e a elevada consideração pelo Outro. Ao atribuir uma identificação, pretende-se a conexão com a família, num fluxo de carinho e afeto nos cuidados, intencionando o seu envolvimento, parceria e **transformação da experiência** (Watson, 2002, 2012; Diogo, 2023). O EEESIP atua como dinamizador do serviço, podendo implementar estratégias, apresentando propostas de renovação ou novos projetos na estrutura da unidade, por forma a personalizá-la e torná-la mais familiar (Souto, 2021; Trajkovski & Mannix, 2023). A fundamentação desta atividade e as sugestões de identificação das salas são apresentadas no Apêndice XV.

Por forma a atingir o 4.º e 5.º objetivos foi realizada um momento de **reflexão conjunta** com os pais da UN – **Sessão “Conversa com os Pais: Um momento de partilha”**, que contou com colaboração da Sr.ª Enf.ª Orientadora e de uma Sr.ª Enf.ª Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, da UN. Pretendeu-se a partilha de experiências, sentimentos e emoções dos pais na UN, promovendo estratégias facilitadoras da gestão emocional. A criação de espaços para a partilha de experiências entre famílias que vivam a mesma situação, como é exemplo o internamento na UN, permite o alívio do sofrimento emocional experienciado (Fisher et al., 2018). Tal como retratado por Charepe (2011), procurei criar um momento de ajuda mútua entre pais e técnicos, num apoio

bidirecional, pautado por intervenções de enfermagem promotoras de esperança e gestão das emoções, através do suporte emocional, informativo/formativo. Esta sessão, permitiu a partilha de experiências, o estabelecimento de vínculos entre os pais presentes e, entre estes e os profissionais, sendo mote para a construção de uma relação terapêutica de confiança, solidificando a humanização dos cuidados, culminando num efeito positivo no processo de hospitalização (Morais et al., 2020; Diogo, 2023). Esta intervenção de enfermagem reconhece e valoriza os pais, permitindo alcançar uma mudança profícua, promotora da adaptação à parentalidade, que frequentemente se vê comprometida neste contexto (OE, 2015; Schwab, c2024). O relatório desta sessão encontra-se desenvolvido no Apêndice XVI. Deste modo foram desenvolvidas as competências B1, B2.2, D2.3 e E3.3.

Considero o contexto da UN vital no meu processo formativo. A minha prestação de cuidados, sob a orientação da Sr.^a Enf.^a Orientadora, foi sustentada nos princípios dos CNT e CCF, privilegiando o cuidado humanizado, assente numa abordagem holística à díade, fazendo-me acompanhar pelo referencial teórico de Jean Watson. A promoção do papel parental, o processo de vinculação, a prestação de cuidados culturalmente competentes e a gestão das emoções na família foram também focos centrais na minha atuação. Os momentos de reflexão conjunta, a mobilização de outros quadros teóricos de referência e a mobilização de conhecimentos de um nível avançado permitiram-me desenvolver atividades, que respondessem aos objetivos previamente delineados.

4.5 Internamento de Pediatria

O percurso formativo em contexto de estágio concluiu-se no internamento pediátrico, de um hospital de Lisboa, de 16/01 a 10/02/2023 (Apêndice II). Neste contexto tive a possibilidade de intervir no internamento e no Hospital de Dia Pediátrico (HDP), uma vez que a Sr.^a Enf.^a Orientadora exerce funções em ambos os serviços. O departamento de pediatria deste hospital é considerado Centro de Referência de Oncologia Pediátrica para diversas regiões de Portugal Continental, Açores e Madeira e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa.

O cancro infantil é um flagelo para a saúde pública mundial, sendo que se estima que entre os anos de 2020 e 2050 serão diagnosticados cerca de 13,7 milhões de novos casos de cancro infantil em todo o mundo (Atun et al., 2020). Em Portugal, de acordo com os dados do Registo Oncológico Nacional (2022), foram diagnosticados 2685 casos de cancro pediátrico entre o ano de 2010-2019, sendo os principais diagnósticos: leucemia, tumores sólidos do sistema nervoso central e linfomas. Devido à evolução dos tratamentos e melhoria da prestação de cuidados de suporte, a sobrevivência do cancro infantil aumentou nas últimas décadas (Hockenberry, c2024).

Por forma a operacionalizar o 1.º Objetivo - Conhecer a cultura organizacional, a filosofia de cuidados e a prática diferenciada do EEESIP, no serviço de internamento e no HDP - foram realizadas as atividades (**entrevista exploratória e consulta de documentação do serviço**), à semelhança dos contextos anteriores, por forma a efetivar o objetivo proposto. No Apêndice IV é apresentada uma caracterização descritiva do serviço, alcançando as competências B1.1, B2.1, C1.1 e D2.2.

O 2.º Objetivo visou - Prestar cuidados à criança e família em situação de especial complexidade. Neste contexto a prestação de cuidados dirige-se à criança com doença oncológica e sua família. Segundo a OMS (2018) os cuidados paliativos pediátricos direcionam-se à criança e família, sendo reconhecidos como um direito humano à saúde e pautam-se pela prestação de um cuidado total ativo do corpo, mente e espírito, à criança que enfrenta uma doença crónica complexa (DCC)⁸. Intencionam a melhoria da qualidade de vida da díade, prevenindo e aliviando o sofrimento através da identificação precoce, avaliação e tratamento adequado da dor e de outras necessidades físicas, psicossociais ou espirituais.

Para levar a cabo o 3.º Objetivo - Mobilizar recursos e conhecimentos para prestação de cuidados avançados e especializados, sustentados pelo raciocínio e julgamento clínico e tomada de decisão - prestei **cuidados à criança e família** com diagnóstico de cancro pediátrico em situação de internamento, tratamentos curativos e procedimentos técnicos específicos no HDP (como assistir à realização de punções

⁸ Segundo Feudtner et al., (2000), a **doença crónica complexa** define-se por “qualquer condição médica que seja razoável esperar a duração de pelo menos 12 meses (exceto em caso de morte) que envolve vários sistemas de órgãos diferentes ou um órgão de forma suficientemente grave, exigindo cuidados pediátricos especializados e provavelmente algum período de internamento num serviço terciário de saúde”, p. 206.

lombares e mielogramas, manipulação de catéteres venosos centrais (CVC) totalmente implantados e administração de quimioterapia). Ressalvo que 1.º, 2.º e 3.º objetivos se incorporam harmoniosamente durante todo o percurso, estabelecendo uma correlação.

O diagnóstico de uma DCC, como é exemplo a doença oncológica, impacta profundamente a criança e a família, acarretando uma série de consequências nas suas dimensões físicas, psicológicas, sociais e financeiras, interferindo significativamente na sua qualidade de vida (Emídio et al., 2018; Hesselgrave & Santucci, c2024; Menegussi & Arruda-Coli, c2024). Na vivência desta doença, a díade confronta-se com situações de stress e fragilidade emocional, desde o momento de diagnóstico, atravessando os períodos de agudização da doença até ao fim de vida, necessitando de uma ajuda constante para lidar com as emoções de forma adaptativa (Diogo et al., 2020).

Desde o início do estágio procurei a prestação de cuidados contínua à criança e família, que se encontravam no internamento, por forma a **estabelecer uma relação terapêutica**. Uma vez que neste contexto as hospitalizações são prolongadas, em conjunto com a Sr.ª Enf.ª Orientadora, adotei o método de trabalho “enfermeiro de referência⁹”, tal como preconizado pela OE (2017), elaborando um plano de cuidados desde o momento da admissão até à alta clínica. Em conjunto com a restante equipa, garanti a satisfação das necessidades da díade, concorrendo assim para uma prática de excelência (OE, 2017; Ventura-Silva et al., 2021). Norteada pela filosofia dos CCF, ao longo do estágio **envolvi e capacitei a família para a prestação de cuidados**, auscultando permanentemente a sua vontade na parceria e negociação. Ser pai/mãe de uma criança com cancro, além de exigir uma readaptação do papel parental e do quotidiano, demanda ainda a prestação de cuidados técnicos de alta complexidade, gestão de sintomas e reconhecimento eficaz das necessidades. Neste seguimento, a parceria de cuidados estabelecida entre pais-enfermeiro, o fornecimento de orientações antecipadas, o suporte emocional prestado e a tomada de decisão partilhada, comportam-se como intervenções facilitadoras da adaptação da família à doença, alcançando ainda uma relação terapêutica (Hesselgrave & Santucci, c2024).

⁹ Definição de **enfermeiro de referência**, de acordo com o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da OE (2017): enfermeiro a quem é atribuído um número determinado de clientes sendo responsável por realizar a avaliação inicial, diagnóstico, planeamento e avaliação dos cuidados prestados, bem como a supervisão dos cuidados implementados durante o internamento.

Durante a minha prestação de cuidados, recorri à comunicação como ferramenta primordial para alcançar a confiança da díade. Foram longas e profundas as conversas que tive com os pais, mediadas por lágrimas de desespero e sorrisos de esperança, abafadas em compreensão pela situação da família. Através de uma interação de proximidade, francamente disponível, suportada pela empatia e a honestidade e, disponibilizando uma **escuta ativa**, construí uma relação terapêutica, sustentada nos pilares da confiança e sinceridade. Comunicar eficazmente é basilar ao estabelecimento de uma verdadeira relação terapêutica de ajuda, mesmo quando o silêncio domina as conversas (Ramos et al., 2015; Martins & Ramos, 2020). Em conjunto com a Sr.^a Enf.^a Orientadora, esclareci dúvidas da díade, **reconheci os seus sentimentos**, abrindo espaço para a ventilação de emoções, gestão de expectativas e a transmissão de informações atualizadas e claras, acerca da situação clínica, providenciando assim o **apoio emocional**, diminuindo a ansiedade e promovendo o autocontrolo da criança e família (Diogo, 2023; Eler & Albuquerque, 2023). Cuidar da família, aliviando-lhe o sofrimento, reconhecendo-a como ser único e integral, permitindo-lhe a exposição das suas emoções e a sua compreensão, efetiva o cuidar humanizado, prevendo inclusive melhores resultados em saúde (Hesselgrave & Santucci, c2024; Watson, 2021). Assim, tal como espelhado por Watson (2002), o cuidar discorre do afeto e do envolvimento emocional do enfermeiro com o Outro. É esta envolvência sublime, que honra o Cuidado Transpessoal, no qual a díade se sente respeitada, considerada e cuidada, sendo mitigados os sentimentos e emoções intensas e perturbadoras (Diogo, 2023; Watson, 2002). Importa, contudo, ressaltar, que acompanhar a díade no processo paliativo, prescreve uma experiência de grande complexidade, exigindo ao enfermeiro competência emocional, refletindo e utilizando estratégias que lhe permitam também a ele lidar com o sofrimento, a perda e o luto (Diogo, 2023).

Na prestação de cuidados à criança com doença oncológica, atendi às suas necessidades físicas, psicossociais e espirituais, minimizando o sofrimento causado pela doença e melhorando a sua qualidade de vida. O serviço de internamento comportava uma sala de brincar, dividida entre espaço infantil e espaço do adolescente. Assim, implementei atividades lúdicas como contar histórias, desenhar, brincar na sala de atividades ou no quarto, com as crianças internadas, promovendo a distração e um

reencontro com a realidade precedente ao internamento (Souza et al., 2021). Também na minha prática no HDP utilizei uma caixa de brinquedos que o serviço possuía, por forma a utilizar o brinquedo como instrumento terapêutico. Como já referido, o brincar terapêutico é apanágio da enfermagem pediátrica, pois permite uma melhor compreensão da realidade, promove o bem-estar e adaptação da criança e pais ao tratamento, tranquilizando-os, promovendo o vínculo entre a tríade, a confiança da criança e a sua autoestima (Cardoso et al., 2019; OE, 2013, Gimenes et al., 2020).

Durante o estágio, a **gestão eficaz da dor** foi também um dos meus focos de atuação. Uma vez que a dor em oncologia pediátrica é dos sintomas mais comumente experienciados pela criança e temido pela sua família, sendo considerada pela DGS (2003) como o 5.º sinal vital, exige ao profissional a sua prevenção, adequado controlo e avaliação contínua (Santos et al., 2018). Neste sentido, avalei a dor na criança, utilizando escalas de avaliação adequadas à faixa etária, indagando a sua origem. Frequentemente as crianças revelavam dor física, sabendo localizá-la de forma clara e distinta. Às crianças internadas eram prescritos esquemas fixos de analgesia, coadjuvados com analgésicos em *SOS*, quer para a dor aguda, quer para a dor crónica, incluindo a administração de benzodiazepinas e opióides. Também no HDP, a prevenção de controlo da dor, recorrendo a estratégias farmacológicas, era prática diária. Aos clientes, era colocado o penso EMLA antes da punção do CVC implantado ou era disponibilizado à criança/família, na sessão anterior, para que efetuassem a sua colocação no domicílio.

Ao longo do estágio implementei diversas **estratégias não farmacológicas para prevenção e controlo de dor**, com resultados eficazes. “A dor oncológica não é uma experiência apenas física e envolve também a dimensão psicológica, social e espiritual numa constelação única para cada pessoa e família” (DGS, 2012, p. 3). Neste sentido, **promovi as técnicas de distração** e relaxamento proporcionando o autocontrolo da criança na sua gestão da dor. Durante os procedimentos invasivos e dolorosos utilizei técnicas cognitivo-comportamentais. Recordo uma menina, com 10 anos, no HDP, que me perguntou se eu podia contar até 3 antes de puncionar. Respondi-lhe que sim e ainda lhe ensinei o “truque do aniversário”. Perguntei-lhe quantos anos ela iria fazer e disse-lhe: *“Agora tens de imaginar que estás a soprar as tuas 11 velinhas no bolo de aniversário depois de receberes um ramo gigante de flores e cheirares. Ou seja: cheiras a flor e*

depois sopras as velas. Cheiras as flores e sopras as velas... Mas tens de o fazer muitas vezes de seguida e quando estiveres pronta contas tu até 3, pode ser? Ela respondeu-me com um grande sorriso que sim e adotou a estratégia explicada. Através de uma comunicação eficaz e adequada, utilizando a técnica de controlo de respiração e a técnica de distração, foi possível diminuir a ansiedade da criança, potencializar a sua cooperação no procedimento bem como induzir o sentimento de controlo, minimizando a dor da punção (DGS, 2012; Hellsten, c2024).

Neste contexto foi constante a reflexão acerca da prática de cuidados, suportada pelos princípios éticos e deontológicos da enfermagem. A bioética pediátrica apresenta desafios significativos devido à dependência e vulnerabilidade da criança, exigindo ao enfermeiro um profundo entendimento dos princípios éticos e fundamentais da sua profissão (Rocha & Gobbetti, 2022). A “Carta da Criança Hospitalizada”, promove e protege a criança nos seus direitos quando internadas, garantidos cuidados médicos adequados, simultaneamente que são tratadas com respeito e dignidade. Na minha intervenção neste contexto (re)validei o cumprimento dos quatro princípios bioéticos, respeitando os direitos da criança e o seu superior interesse, procurando continuamente a promoção da autonomia para a tomada de decisão da criança.

De acordo com o Código Deontológico, da OE (2015), artigo 102.º, “o enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso”. Durante a minha permanência no HDP relembro uma situação marcante. O V. é uma criança de 12 anos de idade, com o diagnóstico de neuroblastoma, estágio IV. Durante uma semana o V. foi diariamente ao HDP, cumprir antibioterapia endovenosa, pois encontrava-se com uma infeção respiratória, evitando assim o internamento. Evitar a hospitalização permite que a criança e família permaneçam na sua rotina, diminuindo o impacto que aquela tem a nível psicológico, social e financeiro (Barros, 2003). Nesta situação estamos perante uma ação de beneficência, atendendo a que esta se realiza em prol do Outro. Segundo Beauchamp (2001), o princípio de beneficência refere-se à obrigação moral de atuar em benefício dos outros, promovendo os seus interesses. Tal como reiterado por Deodato (2014), fazer o bem para a pessoa constitui-se enquanto fundamento ético da

enfermagem, garantindo o seu bem-estar e proteção, sendo que “O bem é alcançado através de uma intervenção que visa não apenas o problema particular, mas pondera a totalidade dos efeitos de bem-estar pretendidos” (Deodato, 2014, p. 99). Contudo, no fim da semana o V. apresentou febre, mau estar generalizado, referindo sentir-se doente. Quando chegou ao HDP informou que queria ficar internado. De imediato aproximei-me dele, da sua mãe, enquanto a Sr.^a Enf.^a Orientadora foi chamar a médica. Dirigimo-nos ao seu gabinete e discutimos em conjunto a vontade do V.. Ainda que a mãe garantisse ao V. que podiam continuar em casa, o que é facto é que ele próprio referia não se sentir bem no domicílio. Apesar de o V. ser menor de idade, valorizámos a sua opinião consciente, respeitando a sua decisão e a sua vontade própria. A manifestação de autonomia do V., expressada através da sua vontade de ficar internado, exige ao enfermeiro o respeito e consideração pela pessoa humana, que mesmo sendo menor de idade, o regime jurídico português estabelece, no artigo 6.º da Convenção Europeia dos Direitos do Homem, a possibilidade de a criança participar na decisão sobre as intervenções a ela dirigidas, considerando as suas capacidades (Deodato, 2014; Council of Europe, 2021). A tomada de decisão partilhada entre a criança, família e equipa, permite a discussão de todas as opções, avaliação de riscos e benefícios para a díade, devendo assentar numa comunicação aberta, franca e respeitadora (Hesselgrave & Santucci, c2024). O V. foi incluído na decisão clínica, sendo valorizado a sua vontade e após discussão efetivou-se o seu internamento. Este conjunto de intervenções desenvolvidas compilam a resposta ao 2.º e 3.º objetivos, permitindo a aquisição das seguintes competências A1.1, A2, B1.1, B3.1, C1.1, C2.1, D2.2, E1.1, E2.1, E2.2, E2.5 e E3.3.

Para alcançar o 4.º Objetivo - Reconhecer as emoções experienciadas pela criança e família na vivência de uma situação de saúde complexa - realizei **entrevistas exploratórias com a criança e família**, bem como a **reflexão conjunta** com a Sr.^a Enf.^a Orientadora. Também recorri a **bases de dados científicas, livros e publicações** que me permitiram a leitura acerca da experiência emocional da díade que vivencia a doença oncológica. Nesta sequência tive a oportunidade de apresentar na 1.ª Conferência Internacional do CIDNUR, *Nursing Trends: research for a better health – Lisbon 2022* a Comunicação Livre, “Intervenção de enfermagem na gestão das emoções da criança com doença aguda e sua família em contexto hospitalar: uma scoping review” (Anexo IV),

permitindo o alcance de competências de mestre, uma vez que foi desenvolvida esta atividade formativa e de investigação, com o intuito de desenvolver conhecimento da disciplina, tal como reiterado no Decreto-Lei n.º 65/2018.

O diagnóstico da doença oncológica impacta significativamente a criança e família nas suas diversas dimensões, exigindo ao enfermeiro a sua intervenção (Hockenberry, c2024; França et al., 2018). Aquando do diagnóstico, a díade é confrontada não só com a doença, mas também com o percurso de tratamento, com consequências a nível físico, psicológico e social (Magalhães, 2022).

Durante a permanência no estágio foi possível **observar o impacto que a doença oncológica** tem na criança. Ainda que algumas crianças se encontrassem sorridentes durante a hospitalização, aparentemente com sucesso na adaptação à situação de doença, facto é que muitas das vezes era notório o medo e angústia da criança, sobretudo numa fase inicial. O diagnóstico de cancro e a hospitalização, configura-se como uma experiência traumática para a criança, privando-a do convívio social, afetando a sua rotina, gerando muitas vezes sentimentos de angústia, onde medo e ansiedade rompem a sua vida sem pedir licença (Souza et al., 2021). A doença oncológica acarreta consigo inúmeros tratamentos e longas hospitalizações, que impõe à criança perdas significativas. Esta depara-se com um mundo desconhecido, muitas vezes assustador, distanciando-se da sua família e dos seus pares, sofrendo consequências da doença oncológica (Vieira, 2023). França et al., (2018) afirmam que a criança ao viver com esta doença ameaçadora da vida, frequentemente limitante, é invadida por sentimentos de insegurança e desespero temendo o seu fim. Mergulhada na ansiedade e na sensação de impotência, a criança é envolvida num sofrimento emocional dantesco, que pode repercutir-se em problemas de desenvolvimento e na sua saúde mental (Vieira, 2023).

A notícia do diagnóstico pode ser devastadora para a família, com repercussões a nível emocional, físico, familiar e socioeconómico (Mattos & Areco, 2023). A família encontra-se numa situação de extrema fragilidade, desde a revelação do diagnóstico e durante toda a trajetória da doença, deparando-se muitas vezes com uma carga emocional intensa, envolta em ansiedade, sentimentos de culpa, depressão, tristeza, medo e impotência (Benini et al., 2022; Monney – Doyle et al., 2022). A acrescentar, além do impacto psicológico, as frequentes hospitalizações da criança e recorrentes idas aos

serviços de saúde (para realização de tratamentos) faz com que, pelo menos, um dos pais se afaste do seu emprego, acarretando desafios financeiros que afetam a família (Menegussi & Arruda-Coli, c2024). França et al., (2018) menciona que os pais de crianças com doença oncológica experienciam sentimentos de desesperança, revolta, tristeza, medo, abandono e culpa, com consequências na sua qualidade de vida. Por forma a efetivar este objetivo foi elaborada uma **reflexão acerca do impacto emocional que a doença oncológica tem na díade e a intervenção do EEESIP** (Apêndice XVII). Neste objetivo é possível o desenvolvimento das competências A1.1, A2, D2.2 e E3.4.

Por forma a operacionalizar o 5.º Objetivo - Desenvolver estratégias dirigidas às crianças e famílias que permitam a partilha de sentimentos e emoções - e após diversos contactos com as famílias, foi possível reconhecer e conhecer a sua experiência emocional, dedicando-lhes uma escuta ativa, mostrando compreensão e empatia com a situação. Através de **implementação de técnicas de comunicação** ajustadas à criança e família, estabelecendo uma **relação terapêutica e de parceria de cuidados entre a tríade**, proporcionou-se a expressão de sentimentos e preocupações da díade. A comunicação honesta e a troca constante e deliberada de informação, é crucial nos cuidados à criança com doença oncológica, possibilitando a partilha das suas experiências, explorando as suas dúvidas e receios (Molinari, 2023). Contudo, a comunicação em pediatria é desafiante e nem sempre a criança consegue expressar os seus sentimentos através de palavras. Muitas das vezes o silêncio perpetua-se dando voz à presença e ao existir. Intencionando o encontro com a criança e com o seu mundo, construí um **“Emocionómetro”**. Este recurso que se quer terapêutico, configura-se como um identificador de emoções (alegria, tristeza, medo, calma e raiva), disponibilizado a cada criança internada, encontrando-se na sua cabeceira da cama, no suporte de soro ou pendurado na porta de entrada do quarto individual. A criança ou o seu acompanhante, identificam no **“Emocionómetro”** a emoção vivenciada no momento. O enfermeiro ao visualizar a sinalética reconhece, rapidamente, a emoção sentida, atuando no intuito de diminuir a emoção caso esta seja de tonalidade negativa ou até reforçar positivamente a sua disposição emocional. Nelson e Watson (2012) identificam a criatividade como imperiosa no processo Caritas, pois permite que o enfermeiro transcenda a barreira do tradicional e encontre maneiras inovadoras de nutrir os cuidados, promovendo a cura

do Outro. Esta intervenção facilita a construção terapêutica entre a tríade, uma vez que o enfermeiro se mostra disponível para reconhecer as emoções do Outro, permitindo concomitantemente o autoconhecimento da criança sobre a sua experiência emocional, de acordo com o seu estágio de desenvolvimento (Figueira & Gameiro, 2020). A fundamentação desta atividade encontra-se descrita no Apêndice XVIII. O alcance do 5.º objetivo permitiu desenvolver as competências B2.2, B3.1 e E2.5, E3.3 e E3.4.

O 6.º Objetivo inerente a este contexto visou - Reconhecer as práticas da gestão emocional à criança e família. Foi possível compreender que tanto o internamento de pediatria como o HDP, providenciam à criança e família um ambiente afetuoso e acolhedor. As paredes em tons de azul, onde se encontram pendurados quadros alusivos ao mundo infantil, a sala de brincadeiras munida de brinquedos e material lúdico, um boneco colorido de grandes dimensões em 3D na entrada do serviço, são elementos permitem à criança e família distanciar-se do tradicional ambiente hospitalar, reconhecendo este espaço como familiar, facilitando a sua adaptação ao internamento. Também a utilização de fardas coloridas e com desenhos, por parte da equipa de enfermagem e assistentes operacionais, minimiza o impacto que o ambiente hospitalar tem na criança, uma vez que é vetor de transmissão de segurança e envolvimento no mundo mágico da pediatria, sendo elemento facilitador para a aproximação da criança e profissional, facilitando a gestão de emoções e por consequência uma profícua prestação de cuidados (Diogo, 2015; 2023). A oferta de um livro durante o acolhimento à díade no internamento também se configura como uma prática de gestão emocional. Este livro disponibilizado pelo hospital, foi elaborado com o contributo dos seus colaboradores e objetiva elucidar a díade da sua experiência, oferecendo uma série de esclarecimentos acerca da trajetória da doença e do internamento. Assim, o livro faz-se sentir na família como um elemento orientador e tranquilizador. Após a minha consulta e aprofundada leitura, é notório o cuidado emocional nele expresso. Há claramente um reconhecimento da fragilidade da díade, procurando desmitificar todo o processo, fornecendo informações pertinentes sobre o cancro infantil e esclarecendo as questões mais comuns. A partilha de informação com a criança e família, sobre aspetos inerentes aos seus cuidados, além de capacitar os pais contribui também para a sua literacia em saúde. A gestão recíproca de informação influencia positivamente o bem-estar da díade,

reduzindo ansiedade e stress inerentes à situação, fazendo com que estes se sintam apoiados e considerados, gerando proximidade com os profissionais (Eler & Albuquerque, 2023; Martinho & Diogo, 2020; Souza et al., 2021).

Outra das práticas da gestão emocional que foi possível observar neste contexto foi a intervenção dos Doutores Palhaços no departamento de pediatria. A atuação dos mesmos pretende melhorar o bem-estar das crianças, reduzindo a ansiedade, a dor e o *stress* da díade. Através do humor, provocam emoções positivas, minimizam as emoções negativas, constroem uma relação de apoio, aumentam a confiança das crianças e promovem a cooperação com a equipa, ajudando a criança e família a lidar com situações difíceis (Brys et al., 2022). O humor e o riso, embutidos num ambiente descontraído, num local que à partida seria hostil, promove na criança emoções positivas, diminuindo o sentimento de tensão, solidão e ansiedade (José, 2010, 2012). Neste seguimento foi efetuada uma **reflexão sobre o cuidado emocional à criança e família no internamento de pediatria**, no que respeita ao cuidado humanizado e emocional, não só referente à práxis de enfermagem (Apêndice XIX). No alcance deste objetivo vêem-se desenvolvidas as competências D2.2, E2.2 e E2.4.

Por fim, o 7.º Objetivo - Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do cuidado emocional na prestação de cuidados. Após discussão com a Sr.ª Enf.ª Orientadora e o 2.º elemento da equipa de enfermagem, foi possível identificar a prestação de cuidado emocional ao adolescente como lacuna da equipa de enfermagem, sendo que estes referiam “não saber lidar emocionalmente” com esta faixa etária. Foi então realizada uma **sessão** formativa sobre a intervenção de enfermagem no âmbito da gestão emocional do adolescente com doença oncológica, **promovendo a operacionalização do Modelo TEEP**. O relatório da sessão encontra-se desenvolvido no Apêndice XX, vendo-se desta forma desenvolvidas as competências D1.1, D2.1 e D2.2.

Este estágio permitiu-me desenvolver e adquirir competências de futura EEESIP. Compreendi a complexidade impressa na prestação de cuidados à criança com doença oncológica e sua família, reconhecendo a sua fragilidade e vulnerabilidade. Mais do que a prestação de cuidados técnicos de enfermagem, desenvolvi uma comunicação eficaz com a díade e ofereci suportar emocional, escutando o seu sofrimento, confortando com palavras ou com o silêncio, com o toque ou simplesmente com a presença.

5. Considerações Finais e Projetos Futuros

A elaboração do presente relatório é reflexo do meu percurso formativo, percorrendo de uma aprendizagem experiencial e formação académica. A adoção de referenciais teóricos, de Jean Watson e Afaf Meleis e os modelos e princípios de enfermagem pediátrica (Modelo TEEP, Cuidados Não Traumáticos, Cuidados Centrados na Família, entre outros), além de elucidarem e conduzirem o meu trajeto, foram também a génese da minha intervenção, enquanto futura EEESIP.

As inúmeras reflexões e análises críticas, alicerçadas por um pensamento crítico e julgamento clínico, realizadas nos diferentes contextos de estágios, proporcionaram uma melhor compreensão da minha prática, bem como uma aquisição de novos conhecimentos e progresso profissional, culminando na melhoria de prestação de cuidados. A prática reflexiva permitiu o desenvolvimento da autoconsciência das minhas ações, por meio de atitudes reflexivas (pré, pós e na ação), podendo-se considerar como instrumento fundamental à enfermagem, sendo nascente de profissionais autónomos e críticos, e ainda uma alavanca para o conhecimento da disciplina (Peixoto & Peixoto, 2016).

Suportada por um enquadramento teórico conceptual sólido, foi erguida a problemática de estudo, no qual impera o Paradigma de Transformação, onde se insere a prática de Cuidado Humanizado, à luz de Watson, e dele discorre a prática do cuidado emocional. Pretendeu-se assim, escortinar o seu valor e seriedade como intervenção de enfermagem, dirigida à criança - família, quando perante a situação inesperada de doença aguda. Esta intervenção, tomada pelo EEESIP, é facilitadora da gestão emocional da díade, visando minimizar o impacto emocional negativo da experiência de doença aguda e/ou hospitalização, bem como “metamorfosear” esta vivência. Quando sistematizada, a atuação preconiza a sua intencionalidade terapêutica na prestação de cuidados, devendo por isso ser reconhecida e adotada como intervenção mandatária.

Neste seguimento, a minha trajetória nos estágios culminou na mobilização dos meus conhecimentos decorrentes da formação inicial e da experiência profissional, integrando-os com os conhecimentos teóricos adquiridos no curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

A realização das atividades em contexto prático dos estágios e a sua fundamentação escrita, refletem o desenvolvimento das competências comuns de Enfermeiro Especialista e competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, de acordo com os regulamentos n.º 140/2019 e n.º 422/2018, da OE, respetivamente. Cumulativamente, explanam a trajetória do meu desenvolvimento, com vista a desenvolver competências de mestre em Enfermagem, relatando a operacionalização de uma série de atividades, que aspiram ser alvo de investigação futura, baseadas na prática e orientadas para o desenvolvimento profissional contínuo, de reconhecido nível e qualidade, como ratificado no Decreto-Lei n.º 65/2018, Artigo n.º 16, alínea 5-C. Em concordância com o mesmo, uma vez que ao grau de mestre se vincula o desenvolvimento de competências e atividades catalisadoras de formação e investigação, numa lógica contínua ao longo da vida profissional, tenciona-se a continuidade da produção da Revisão *Scoping* "Intervenção de enfermagem na gestão das emoções da criança com doença aguda e sua família em contexto hospitalar: uma scoping review", já apresentada sob a forma de comunicação livre na 1.ª Conferência Internacional do CIDNUR, Nursing Trends: research for a better health – Lisbon 2022.

Prevê-se, num futuro próximo, o desenvolvimento de outros projetos, vindouros das atividades apresentadas, nomeadamente a implementação do "Kit d'Emoções" no SUPP e a análise e investigação dos seus resultados. Ademais, pretende-se ainda a disseminação do Modelo TEEP e a sua aplicabilidade nos diferentes contextos de enfermagem pediátrica, através de ações de formação, visando o seu reconhecimento pelos profissionais.

Este percurso formativo, foi pejado de desafios e adversidades, que se reconfiguraram como verídicas oportunidades de aprendizagem, contributivas não só para o meu desenvolvimento profissional, mas também pessoal. Deixo este relatório como legado da minha experiência, que pretende, de modo geral, fazer o reconhecimento do cuidado emocional à criança e família, como intervenção honrada e respeitada, indissociável da enfermagem. Encerro com a convicção de ser possível, encurtar o interstício que desliza entre a teoria e a prática, rasgando caminho para dignificar a gestão emocional como intervenção deliberada do EEESIP.

Referências Bibliográficas

- Agostinho, I., Tavares, M. & Abecassis, V. (2021) - *Carta da criança nos cuidados de saúde primários*. Instituto de Apoio à Criança, 2021. https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/05/CARTA-V14_digital.pdf
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373-382. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072005000300008>
- Albert, N. M., Burke, J., Bena, J. F., Morrison, S. M., Forney, J., & Krajewski, S. (2013). Nurses' uniform color and feelings/emotions in school-aged children receiving health care. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(2), 141-149. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2012.03.032>
- Alexandre, A. R., Ferreira, M. C., Freitas, J. M. R. de, Guedes, C. P., Camargo, C. A. C. M., & Camargo, M. A. F. (2021). Revisão reflexiva bibliográfica: o sofrimento psíquico da criança hospitalizada. *Research, Society and Development*, 10(3), e32910313499. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13499>
- Alfaro-LeFevre, R. (2017). *Critical thinking, clinical reasoning, and clinical judgment - A Practical Approach* (6th ed.). Elsevier.
- Als, L. C., Picouto, M. D., Hau, S. M., Nadel, S., Cooper, M., Pierce, C. M., Kramer, T., & Garralda, M. E. (2015). Mental and physical well-being following admission to pediatric intensive care. *Pediatric Critical Care Medicine*, 16(5), 141-149. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000000424>
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The neonatal integrative developmental care model: Advanced clinical applications of the seven core measures for neuroprotective family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230-244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Amaral-Bastos, M., Ferreira, I., & Pereira, M. (2021). Transição Saúde/Doença: capacitar a família da criança com doença aguda para uma parceria efetiva de cuidados. In C.M.Vieira, L. Sousa & C. L. Baixinho (Coords.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 313-319). Sabooks Editora.
- Antão, C., Rodrigues, N., Sousa, F., Anes, E., & Pereira, A. (2018). Hospitalização da criança: Sentimentos e opiniões dos pais. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 125-133. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v2.1201>

- Apolinário, M. (2012, July 31). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência, III* (nº 7), 83–92. <https://doi.org/10.12707/RIII11145>
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2021). *Recomendações da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor para o Controlo da Dor na Vacinação Pediátrica: Linhas orientadoras para a prática clínica*. Grupo de Trabalho Dor na Vacinação & Grupo de Dor Pediátrica da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. https://www.aped-dor.org/documentos/vac_young/recomendacoes_aped.pdf
- Atun, R., Bhakta, N., Denburg, A., Frazier, A. L., Friedrich, P., Gupta, S., Lam, C. G., Ward, Z. J., Yeh, J. M., Allemani, C., Coleman, M. P., Di Carlo, V., Loucaides, E., Fitchett, E., Girardi, F., Horton, S. E., Bray, F., Steliarova-Foucher, E., Sullivan, R., ... Rodriguez-Galindo, C. (2020). Sustainable care for children with cancer: a Lancet Oncology Commission. *The Lancet Oncology, 21*(4), e185–e224. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30022-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30022-X)
- Barros, I., Lourenço, M., Nunes, E., & Charepe, Z. (2021). -Intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da criança / jovem / família à hospitalização: uma scoping review. *Enfermería Global, 20*(61), 558–576. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412021000100020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica, perspectiva desenvolvimentista*. Climepsi Editores.
- Batalha, L. M. C. (2017). Doença crónica e hospitalização: implicações no desenvolvimento criança e cuidados a prestar. In *Manual de estudo*. <http://web.esenfc.pt/?url=dpkvieSo>
- Batalha, L., & Sousa, A. (2018). Autoavaliação da intensidade da dor: correlação entre crianças, pais e enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(17), 15–22.
- Beauchamp T.L. (2001). *Childress principles of biomedical ethics*. (5th ed.) Oxford University Press
- Benini, F., Papadatou, D., Bernadá, M., Craig, F., De Zen, L., Downing, J., Drake, R., Friedrichsdorf, S., Garros, D., Giacomelli, L., Lacerda, A., Lazzarin, P., Marceglia, S., Marston, J., Muckaden, M. A., Papa, S., Parravicini, E., Pellegatta, F., & Wolfe, J. (2022). International Standards for Pediatric Palliative Care: From IMPaCCT to GO-PPaCS. *Journal of Pain and Symptom Management, 63*(5), e529–e543. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.031>

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto Editora.
- Bonvino, A., Calvio, A., Stallone, R., Marinelli, C. V., Quarto, T., Petito, A., Palladino, P., & Monacis, L. (2023). Emotions in times of pandemic crisis among italian children: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph20126168>
- Borges, A. (2018). "Olá Bebê!"- Do fantástico ao imaginário e ao real. In *Portal dos Psicólogos*. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0449.pdf>
- Bradshaw, S., Bem, D., Shaw, K., Taylor, B., Chiswell, C., Salama, M., Bassett, E., Kaur, G., & Cummins, C. (2019). Improving health, wellbeing and parenting skills in parents of children with special health care needs and medical complexity – a scoping review. *BMC Pediatrics*, 19(1), 301. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1648-7>
- Brás, S., Mendes, A., Marques, R., & Sousa, P. P. (2020). O toque terapêutico nos cuidados de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. *Cadernos de Saúde*, 12, 111–112. <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/10288/9973>
- Breuner, C. C., Alderman, E. M., Jewell, J. A., Committe on Adolescence, & Committe on Hospital Care. (2023). The hospitalized adolescent. *Pediatrics*, 151(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2022-060646>
- Brykczynski, K. A. (2017). Caring, clinical wisdom, and ethics in nursing practice. In M. R. Alligood (Coord.), *Nursing theorists and their work* (8 ed., pp. 120-146). United States of America: Elsevier Health Sciences.
- Brys, T., Symons, D., Dean, J., & Smith, J. A. S. (2022). Clown doctors and forensic paediatricians enhance the patient experience at the Royal Children's Hospital in Melbourne. *Child Abuse Review*, April, 1–11. <https://doi.org/10.1002/car.2764>
- Canadian Association of Emergency Physicians. (2012). *THE CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE Combined Adult/Paediatric Educational Program: Participant's Manual* (Issue April 2012). <http://www.caep.ca/template.asp?id=B795164082374289BBD9C1C2BF4B8D32>
- Cardoso, T. P., Oliveira, P. R., Volpato, R. J., Nascimento, V. F. do, Rocha, E. M. da, & Lemes, A. G. (2019). Vivências e percepções de familiares sobre a hospitalização da criança em Unidade Pediátrica. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 9, 21. <https://doi.org/10.5902/2179769231304>

- Carvalho, E. D. O., Lima, L. N., Melo, M. C., Boeckmann, L. M. M., & Silva, V. B. (2020). Experiência da criança sobre a hospitalização: Abordagem da sociologia da infância. *Cogitare Enfermagem*, 25(e71321). <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.71321>
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1058–1062. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>
- Celenza, J. F., Zayack, D., Buus-Frank, M. E., & Horbar, J. D. (2017). Family Involvement in Quality Improvement. *Clinics in Perinatology*, 44(3), 553–566. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2017.05.008>
- Chagas, B. C., Souza, A. L. D. M., Nass, I. N., & Rosa, V. M. P. (2023). Sentimentos que motivam os pais e cuidadores a procurarem atendimento pediátrico de urgência e emergência. *Revista de Saúde Pública Do Paraná*, 6(1), 1–14. <https://doi.org/10.32811/25954482-2023v6n1.742>
- Charepe, Z. (2011). *O impacto dos grupos de ajuda mútua no desenvolvimento da esperança dos pais de crianças com doença crónica: Construção de um modelo de intervenção colaborativa*. Universidade Católica Portuguesa.
- Charepe, Z. (2014). *Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica: Modelo de intervenção em ajuda mútua*. Universidade Católica Editora.
- Chemello, M. R., Levandowski, D. C., & Donelli, T. M. S. (2021). Ansiedade materna e relação mãe-bebê: um estudo qualitativo. *Rev. SPAGESP*, 22(1), 39–53. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16772970202100010004
- Collière, M.F. (1999). *Promover a vida*. Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Collière, M.F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Lusodidacta.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2020). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) V2.0. Ordem dos Enfermeiros. URL: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf>
- Council of Europe (2011). *Guidelines on child-friendly health care*. <https://rm.coe.int/168046ccef>
- Council of Europe (2021) *Convenção Europeia dos Direitos do Homem*. https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_por

- Cross, T. L., Bazron, B. J., Dennis, K. W., & Issacs, M. R., (1989). *Toward a culturally competent System of care*. Washington DC: Georgetown University Development Center.
- Cruz, M. do C. (2019). *Triagem realizada por Enfermeiros no serviço de urgência pediátrica: Fatores que influenciam a satisfação dos pais* [Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu]. <http://hdl.handle.net/10400.19/5490>
- Cunningham, C., Patton, D., Moore, Z., O'Connor, T., Bux, D., & Nugent, L. (2022). Neonatal kangaroo care - What we know and how we can improve its practice: An evidence review. *Journal of Neonatal Nursing*, 28(6), 383–387. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2021.10.004>
- Damáσιο, A. (2000). *O Sentimento de Si* (1st ed.). Publicações Europa-América.
- Damáσιο, A. (2020). *Sentir & Saber: A caminho da consciência*. Temas e Debates - Atividades Editoriais, Lda.
- Decreto-Lei n.º 496/77 (1977). *Introduz alterações ao Código Civil*. Ministério da Justiça. Diário da República, I Série (N.º 237 de 25-11-1977), 1884–2086. ELI: https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=781&tabela=leis&so_miolo=
- Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas de ensino superior. Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República, I Série (N.º 157 de 16-08-2018), 4147-4182. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Delvecchio, E., Salcuni, S., Lis, A., Germani, A., & Di Riso, D. (2019). Hospitalized children: anxiety, coping strategies, and pretend play. *Frontiers in Public Health*, 25(7), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00250>
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética em Enfermagem*. Almedina.
- Despacho n.º 18459/2006. (2006). Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência e a criação de unidades básicas de urgência (UBU). Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Diário da República, 2.ª Série (N.º 176 de 12-09-2006). ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/18459-2006-1518280>
- Despacho n.º 7276/2019. (2019). Aprova o Programa Nacional do Rastreamento Neonatal (PNRN) e determina a sua implementação pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. Gabinete da Secretária de Estado da Saúde. Ministério da Saúde. Diário da República, 2.ª Série (N.º 156 de 16-08-2019). ELI: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/08/156000000/0014100147.pdf>

- Diaz, Z., Fernandes, S., & Correira, S. (2014). Difficulties of parents with infants admitted to a Neonatal Unit. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (3), 85–93. <https://doi.org/10.12707/RIII12134>
- Diogo, P. (2006). *Investigar os fenómenos emocionais da prática e da formação em enfermagem: Projeto multiestudos*. Lusodidacta.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Lusodidacta.
- Diogo, P. (2021). A esfera emocional do cuidado integral à criança e ao jovem - Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica. In A. L. Ramos & M.C.B. Figueiredo (Coords.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 327–339). Sabooks Editora.
- Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisbon International Press.
- Diogo, P. M. J., Freitas, B. H. B. M., Costa, A. I. L., & Gaíva, M. A. M. (2021). Care in pediatric nursing from the perspective of emotions: From Nightingale to the present. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(4), 1–5. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0377>
- Diogo, P., & Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: Uma revisão scoping. In *Journal of Nursing Pensar Enfermagem* (Vol. 23, pp. 21–40). pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/view/154
- Diogo, P., Costa, A. I., & Almeida, T. (2020). Trabalho emocional em enfermagem: uma revisão scoping sobre os contextos de cuidados pediátricos. *Pensar Enfermagem*, 24(2), 43–64.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v20i2.118>
- Direção-Geral da Saúde. (2003, junho 14). A dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular - Normativa N° 09/DGCG. [https://www.apeddor.org/documentos/DGS-dor como 5 sinal vital - 2003.pdf](https://www.apeddor.org/documentos/DGS-dor%20como%205%20sinal%20vital%20-2003.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2012, dezembro, 18). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Circular - Normativa N° 09/DGCG. https://www.apeddor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_tecnicas_sobre_o_controlo_da_dor_em_procedimentos_invasivos_nas_crianças.pdf

- Direção-Geral da Saúde. (2013, maio 31). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Programa Nacional de Rastreio Neonatal 2019.
- Direção-Geral da Saúde. (2019, abril 24). Abordagem Diagnóstica e Intervenção na Perturbação do Espectro do Autismo em Idade Pediátrica e no Adulto. Direção-Geral da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Abordagem-Diagnostica-e-Intervencao-na-Perturbacao-do-Espectro-do-Autismo-em-Idade-Pediatica-e-no-Adulto_2019.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2020, setembro). Programa Nacional de Vacinação 2020. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>
- Divya, K. Y., Begum, F., John, S. E., & Francis, F. (2023). DIR/Floor Time in engaging autism: A systematic review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 28(2), 132–138. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_272_21
- Doupnik, S. K., Hill, D., Palakshappa, D., Worsley, D., Bae, H., Shaik, A., Qiu, M. (Kefeng), Marsac, M., & Feudtner, C. (2017). Parent coping support interventions during acute pediatric hospitalizations: A meta-analysis. *Pediatrics*, 140(3), e20164171. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-4171>
- Drake, J. E. (2023). How children can use drawing to regulate their emotions. *Theory into Practice*, 62(2), 181–192. <https://doi.org/10.1080/00405841.2023.2202132>
- Eler, K., & Albuquerque, A. (2023). Direitos humanos do paciente pediátrico no contexto dos cuidados paliativos pediátricos. In E. A. L. Ferreira, S. M. M. Barbosa & S. B. O. Iglesias (Coords.), *Cuidados Paliativos Pediátricos* (1st ed., pp. 57–61). Medbook, Editora Científica Ltda.
- Emidio, Suellen Cristina Dias, Morais, R. J. L., Oliveira, P. N. de M., & Bezerra, R. da S. (2018). The viewpoint of hospitalized children with regards to oncological treatment / Percepção de crianças hospitalizadas acerca do tratamento oncológico. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 10(4), 1141–1149. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1141-1149>
- Favero, L., Pagliuca, L. M. F., & Lacerda, M. R. (2013). Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 47(2), 500–505. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200032>

- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L., & Da Silva Vilelas, J. M. (2014). A emocionalidade no ato de cuidar de recém-nascidos prematuros e seus pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 45–60. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=100422738&%0Alang=pt-br&site=ehost-live>
- Fernandes, D. (2012). O atendimento à criança na Urgência Pediátrica. <https://pt.scribd.com/document/186572126/O-atendimento-a-crianca-na-Urgencia-Pediatica-Dino-Fernandes-Enfermeiro-EESIP>
- Fernandes, I., & Andrade, L. (2020). Nas consultas de enfermagem em contexto de cuidados de saúde primários. In A. L. Ramos & M.C.B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 86–94). Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Ferreira, M. M., Figueiredo, M. H., Guedes, V. M. S., Marques, A. F. P., Lopes, A. R. R., Moreira, A. R. S., Santos, M. C., Lopes, M. V., Gomes, T. V., & Peixoto, M. J. (2021). Enfermagem familiar em cuidados de saúde primários: Perceção dos cidadãos sobre os cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 25(2), 77–90. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v25i2.187>
- Figueira, S. M. de M., & Gameiro, M. G. H. (2020). Experiences of adolescents with cancer and blood diseases at the time of diagnosis: A phenomenological study. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(4), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20058>
- Figueiredo, L. D. F. de, Silva, N. C. da, & Prado, M. L. (2022). Estilos de aprendizagem de enfermeiros que atuam na atenção primária à luz de David Kolb. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(6), 1–7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0986pt>
- Figueiredo, M., Ferré Grau, C., Andrade, C., Santa, L., Monteiro, M. J., & Charepe, Z. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma ação transformativa em cuidados de saúde primários. *Transferibilidade Do Conhecimento Em Enfermagem de Família*, 55–60. <http://hdl.handle.net/10400.26/31852>
- Fisher, D., Khashu, M., Adama, E. A., Feeley, N., Garfield, C. F., Ireland, J., Koliouli, F., Lindberg, B., Nørgaard, B., Provenzi, L., Thomson-Salo, F., & van Teijlingen, E. (2018). Fathers in neonatal units: Improving infant health by supporting the baby-father bond and mother-father coparenting. *Journal of Neonatal Nursing*, 24(6), 306–312. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2018.08.007>
- Fox, J. L. (c2024). Family-centered care of the child during illness and hospitalization. In M. J. Hockenberry, E.A. Duffy & K. D. Gibbs (Coords.), *Wong's, Nursing Care of Infants and Children* (12th ed., pp. 648–667). Elsevier.

- França, J. R. F. de S., Costa, S. de F. G. da, Lopes, M. E. L., Nóbrega, M. M. L. da, Batista, P. S. de S., & Oliveira, R. C. de. (2018). Experiência existencial de crianças com câncer sob cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 3), 1320–1327.
- Freitas, B. H. B. M., Costa, A. I. L., Diogo, P. M. J., & Gaíva, M. A. M. (2021). Emotional labor in pediatric nursing considering the repercussions of covid-19 in childhood and adolescence. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42(spe), 1–7. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200217>
- Gates, A., Shave, K., Featherstone, R., Buckreus, K., Ali, S., Scott, S. D., & Hartling, L. (2018). Procedural pain: Systematic review of parent experiences and information needs. *Clinical Pediatrics*, 57(6), 672–688. <https://doi.org/10.1177/0009922817733694>
- Gibbs, D. P., Boshoff, K., & Stanley, M. J. (2016). The acquisition of parenting occupations in neonatal intensive care: A preliminary perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(2), 91–102. <https://doi.org/10.1177/0008417415625421>
- Gimenes, B. P., Maia, E., & Ribeiro, C. (2020). A enfermeira que brinca... Reflexão Winnicottiana de seu papel na saúde com criança e adolescente. *Journal of Child & Adolescent Psychology / Revista de Psicologia Da Criança e Do Adolescente*, 1, 133–144.
- Goleman, D. (2002). *Inteligência Emocional* (11th ed.). Temas e Debates - Atividades Editoriais, Lda.
- Goleman, D. (2012). *Trabalhar com inteligência emocional* (5th ed.). Temas e Debates - Círculo de Leitores.
- Gomes, A. R., Trindade, C., Vaz, F., & Trigo, R. (2019, May). Triagem em pediatria uma opção: Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale. *Cuid'arte - Revista de Enfermagem*, 7–11.
- Gonçalves, A.M.L.M. (2023). *Medos das crianças em ambiente hospitalar*. [Instituto Politécnico da Guarda]. <https://bdigital.ipg.pt/dspace/handle/10314/8515>
- Gonçalves, M., & Matos, M. (2016). Competência cultural na intervenção com imigrantes: Uma análise comparativa entre profissionais da saúde, da área social e polícias. *Acta Médica Portuguesa*, 29(10), 629–638. <https://doi.org/10.20344/amp.7121>
- Hellsten, M. B. (c2024). Pain assessment in children. In M. J. Hockenberry, E.A. Duffy & K. D. Gibbs (Coords.), *Wong's, Nursing care of infants and children* (12th ed., pp. 131–160). Elsevier.

- Henriques, N. L., Silva, J. B., Charepe, Z. B., Braga, P. P., & Duarte, E. D. (2023). Fatores promotores e ameaçadores da esperança em cuidadores de crianças com condições crônicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31(e3898). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6366.3898>
- Hermenegildo, S., Raquel Medeiros, A., Zambrano, E., & Polidoro, A. (2019). Percepções de irmãos de crianças hospitalizadas por doença crônica. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(20). <https://doi.org/10.12707/RIV18074>
- Hesselgrave, J., & Santucci, G. (c2024). Impact of complex chronic illness, disability, or end-of-life care on the child and family. In M. J. Hockenberry, E.A. Duffy & K. D. Gibbs (Coords.), *Wong's, Nursing care of infants and children* (12th ed., pp. 574–620). Elsevier.
- Hickey, E. J., Feinberg, E., Kuhn, J., Cabral, H. J., & Broder-Fingert, S. (2022). Family impact during the time between autism screening and definitive diagnosis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(11), 4908–4920. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05354-5>
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. University of California Press.
- Hockenberry, M. (c2024). The child with cancer. In M. J. Hockenberry, E.A. Duffy & K. D. Gibbs (Coords.), *Wong's, Nursing care of infants and children* (12th ed., pp. 1073–1110). Elsevier.
- Hockenberry, M. J. (c2024). Perspective of Pediatric Nursing. In M. J. Hockenberry, E.A. Duffy & K. D. Gibbs (Coords.), *Wong's - Nursing care of infants and children* (12th ed., pp. 1–13). Elsevier.
- Howe, S. J., Baraskewich, J., & McMorris, C. A. (2023). Anxiety in autistic youth: Understanding the impact on child, caregiver, and family quality of life. *Journal of Child and Family Studies*, 32(3), 892–907. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02277-2>
- Institute for Patient and Family-Centered-Care. (s.d.). *Patient-and family-centered care is working "with" patients and families, rather than just doing "to" or "for" them*. Consultado em 12 janeiro 2023. <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
- Jessee, M. A. (2021). An update on clinical judgment in nursing and implications for education, practice, and regulation. *Journal of Nursing Regulation*, 12(3), 50–60. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(21\)00116-2](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(21)00116-2)
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança: (Re) Pensar o cuidar em enfermagem*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- José, H. (2010). *Resposta humana ao humor: humor como resposta humana*. Lusociência.
- José, H. (2012). Reflective analysis article humor: A holistic care and a promoting children's health. *Journal of Nursing*, 6 (10), 2551–2555. <https://doi.org/10.5205/reuol.3111-24934-1-LE.0610201230>
- Kain, V., & Mcinnes, R. (2023). Care of normal Newborn. In V. Kain & T. Mannix (Coords.), *Neonatal care for nurses and midwives: Principles for practice* (2nd ed., pp. 22–37). Elsevier.
- Leininger, M. (2002). Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189–192. <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>
- Lerwick, J. L. (2016). Minimizing pediatric healthcare-induced anxiety and trauma. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 5(2), 143-150. <https://doi.org/10.5409/wjcp.v5.i2.143>
- Magalhães, B. (2022). A teoria das transições como um modelo conceitual no âmbito da enfermagem oncológica. In B. Magalhães & A. Galvão (Coords.), in *Cuidar em Oncologia: Reflexões para a Prática Clínica* (pp. 7–18). Euromédice, Edições Médicas.
- Magalhães, F. J., Rolim, K. M. C., Pinheiro, I. de O., Fernandes, H. I. V., Santos, M. S. N. dos, Albuquerque, F. H. S. de, & Aragão, B. F. de F. (2020). Sucrose effectiveness in pain relief in newborns: an integrative literature review. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção Da Saúde*, 5(2), 125–134. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20200022>
- Magalhães-Barbosa, M. C. de, Prata-Barbosa, A., Alves da Cunha, A. J. L., & Lopes, C. de S. (2016). CLARIPED: um novo instrumento para classificação de risco em emergências pediátricas. *Revista Paulista de Pediatria*, 34(3), 254–262. <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2015.12.004>
- Manetti, W. (2019). Sound clinical judgment in nursing: A concept analysis. *Nursing Forum*, 54(1), 102–110. <https://doi.org/10.1111/nuf.12303>
- Marques, J. M., Charepe, Z., & Firmino, C. F. (2021). Transição saúde/doença: capacitar a família da criança com doença aguda para uma parceria efetiva de cuidados. In C.M. Vieira, L. Sousa & C. L. Baixinho (Coords.), *Cuidados de enfermagem à pessoa com doença aguda* (pp. 313-320). Sabooks Editora.
- Martin, R. J., Fanaroff, A. A., & Walsh, M. C. (2020). *Fanaroff and Martin's neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant* (11th ed.). Elsevier.

- Martinho, L., & Diogo, P. (2020). Gestão recíproca das emoções e da informação no cuidado à criança e família: proposta de um algoritmo de atuação em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 24(1), 7–15. <https://doi.org/10.37548/rpe/1sem2020/1>
- Martins, L., & Ramos, S. (2020). A criança e jovem em fim de vida. In A. L. Ramos & M.C.B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 282–292). Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Mattos, J., & Areco, N. M. (2023). Conferência Familiar. In E. A. L. Ferreira, S. M. M. Barbosa & S. B. O. Iglesias (Coords.), *Cuidados Paliativos Pediátricos* (1st ed., pp. 29–33). Medbook, Editora Científica Ltda.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation - specific theories in nursing research and practice*. Springer International Publishing.
- Meleis, A. I. (2018). Facilitating and managing transitions: An imperative for quality care. *investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo*, 21(1), 2–4. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.famt>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Shumacher, K. (2010). Transition Theory. In A. I. Meleis *Transitions Theory: Middle range and situation - specific theories in nursing research and practice* (pp. 52–83). Springer International Publishing.
- Melo, P. (2021). *Consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários*. Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Menegussi, J. M., & Arruda-Colli, M. N. F. (c2024). Benefícios possíveis dos cuidados paliativos pediátricos: Como orientar e acolher a família. In E. A. L. Ferreira, S. M. M. Barbosa & S. B. O. Iglesias (Coords.), *Cuidados Paliativos Pediátricos* (1st ed., pp. 46–50). Medbook, Editora Científica Ltda.
- Mestrinho, M. G. (2012). Modelos de formação em enfermagem e desenvolvimento curricular: Transição para um novo profissionalismo docente. *Pensar Enfermagem*, 16(1), 2–30. [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2_Artigo1_2-30\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2_Artigo1_2-30(1).pdf)
- Molinari, P. C. C. (2023). Princípios da comunicação em pediatria. In E. A. L. Ferreira, S. M. M. Barbosa & S. B. O. Iglesias (Coords.), *Cuidados Paliativos Pediátricos* (pp. 23–28). Medbook, Editora Científica Ltda.
- Mooney-Doyle, K., Franklin, Q. M., Burley, S. R., Root, M. C., & Akard, T. F. (2022). National survey of sibling support services in children’s hospitals. *Progress in Palliative Care*, 30(6), 341–348. <https://doi.org/10.1080/09699260.2022.2094173>

- Morais, A. C., Mascarenhas, J. S., De Araújo, J. C., Souza, M. de J., Amorim, R. da C., & Lima, I. de S. (2020). Significados de grupo de apoio para familiares na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 9(2), 168–176. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v9i2.2819>
- Moura, Alanna Moura e, Santos, Bruna Monyara Lima dos, & Marchesini, Anna Lúcia Sampaio. (2021). O brincar e sua influência no desenvolvimento de crianças com transtorno do espectro autista. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 21(1), 24-38. <https://dx.doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v21n1p24-38>
- Nelson, J., & Watson, J. (2012). *Measuring caring - International research in caritas as healing*. Springer International Publishing.
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Niinomi, K., & Fukui, M. (2018). Related variables of behavioral and emotional problems and personal growth of hospitalized children's siblings: Mothers' and other main caregivers' perspectives. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 004695801878705. <https://doi.org/10.1177/0046958018787054>
- Oatley, Keith; Jenkins, J. M. (2002). *Compreender as emoções*. Instituto Piaget.
- Oliveira, S. D. G., & Antão, C. da C. M. (2021). Rastreio neonatal: a importância da precocidade do teste de Guthrie / Neonatal screening: the importance of the precocity of the guthrie test. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 7205–7215. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-266>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Guia orientador de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: entrevista ao adolescente; promover o desenvolvimento infantil na criança dos 0 aos 5 anos*. Série I (N.º3 (1)). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_sau_deinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Consulta de Enfermagem e teleconsulta de enfermagem*. Parecer do Conselho de Enfermagem N.º 53/2021. URL:https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2001, dezembro). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - enquadramento conceptual enunciados descritos*. Ordem dos

enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor*. Série I (N.º6). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobb_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015, agosto). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroclj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015, dezembro). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Guia orientador de boa prática: Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Série I (N.º8). Ordem dos enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobb_parentaliddepositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017, novembro, 25). Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Organização Mundial de Saúde (2018) Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: a WHO guide for health care planners, implementers and managers. Organização Mundial de Saúde. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-paediatrics>

Organização Mundial de Saúde. (2020, setembro). Pôr termo à morte de recém-nascidos e nados-mortos evitáveis até 2030. Organização Mundial de Saúde & United Nations International Children's Emergency Fund

Organização Mundial de Saúde. (2023, novembro 15). Cuidados de saúde primários. <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/factsheets/details/primary-health-care>

Osório, M. M. R. de F. M. (2019). *Organização e plano funcional da Neonatologia num Hospital terciário* [Universidade do Porto]. https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=343608

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (11), 121–132.

- Pereira, A. G. F. (2020). *O humor no cuidado de enfermagem à criança e adolescente: intervenção do enfermeiro especialista* [Universidade Católica Portuguesa]. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/33022>
- Pereira, M. L., Bordini, D., & Zappitelli, M. C. (2017). Relatos de mães de crianças com transtorno do espectro autista em uma abordagem grupal. *Cadernos de Pós-Graduação Em Distúrbios Do Desenvolvimento*, 17(2), 56–64. <https://doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v17n2p56-64>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Pires, R., Santos, M. R., Pereira, F., & Pires, M. (2021). *Estratégias de supervisão clínica: Análise crítico-reflexiva das práticas*. 2(14), 47–55. <https://doi.org/10.29352/mill0214.21742>
- Pitoli, P. J., Duarte, B. K., Fragoso, A. A., Damaceno, D. G., & Sanches Marin, M. J. (2021). Fever in children: Parents' search for urgent and emergency services. *Ciencia e Saude Coletiva*, 26(2), 445–454. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40782020>
- Pontes, A. F., Barros, N. H. de C., Rodrigues, N. A., Albuquerque, M. L. de, Cabral, M. G. de O., Lucena, M. C. I. de, Duda Júnior, L. G. de S., Paixão, T. B. L. da, Araújo, S. L., & Andrade, Â. R. L. de. (2022). O impacto da hospitalização na criança e na família. *Research, Society and Development*, 11(12), e111111234161. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34161>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised international association for the study of pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Enfermagem em saúde da criança e jovem numa sociedade em mudança. In A.L. Ramos & M.C.B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 2–9). Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Ramos, Sílvia; Salazar, Helena; Franco, Tânia; Pinto, C. (2015). Comunicação em Cuidados Paliativos Pediátricos. *Revista Cuidados Paliativos*, 2(2), 42–51.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª Série (N.º26 de fevereiro de 2019), 4744-4750. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª Série (N.º 133 de 12 de julho de 2018), 19192-19194. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Regulamento n.º 613/2022 (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª Série (N.º 131 de 8 de julho de 2022), 179-182. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>

Rocha, A. M. de O., & Gobbetti, G. J. (2022). O que podemos aprender com obras de arte sobre autonomia em saúde de crianças com condições crônicas complexas? *Saúde Ética & Justiça*, 27(2), 67-74. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v27i2p67-74>

Rocha, E., & Rocha, R. (2018). The treatment of hospitalized children. *Journal of Specialist*, 2(2), 1-21.

Russell, G., Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L., & Ayers, S. (2014). Parents' views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units: a qualitative study. *BMC Pediatrics*, 14(1), 230. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-230>

Salgado Martins, C. I., Ferreira dos Santos Potra, T. M., & Bernardes Lucas, P. (2020). Fatores de motivação dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários. *Pensar Enfermagem - Revista Científica / Journal of Nursing*, 24(1), 27-38. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v24i1.167>

Santos, R. da S., & Ribeiro, V. M. (2020). Transition of blind women to motherhood from the perspective of Transitions Theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl 4), 1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0234>

Santos, S., Santos, E. A., & Lacerda, A. (2018). Dor crónica em Pediatria - orientações para os profissionais de saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 49(2), 167-177. <https://doi.org/10.21069/app.2018.13014>

Saraiva, H., & Sousa, A. (2022). *Cuidados diferenciados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lidel- Edições Técnicas, Lda.

Schwab, K. (c2024). Health promotion of the newborn and family. In M. J. Hockenberry, E.A. Duffy & K. D. Gibbs (Coords.), *Wong's, Nursing care of infants and children* (12th ed., pp. 196-269). Elsevier.

- Sedrez, E. da S., & Monteiro, J. K. (2020). Avaliação da dor em pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl 4), e20190109. <http://www.scielo.br/j/reben/a/MJ7FdLTXpHbHjLYGSY3rcNx/?lang=pt>
- Sequeria, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Shteinbuk, M., Moskovich, A., Shemesh-Mileguir, V., Gleizer, C., & Itzhaki, M. (2022). When a child is hospitalized in a Covid-19 ward: An emotional roller coaster for parents. *Journal of Pediatric Nursing*, 63, 102–107. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.11.025>
- Silva, F. G. da, Andrade, K. E. A., & Barbosa, A. F. de C. (2019). A criança doente e os cuidados da psicologia. *Portal Dos Psicólogos*, 1–16. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1345.pdf>
- Sisk, B. A., Friedrich, A. B., Mozersky, J., Walsh, H., & DuBois, J. (2020). Core Functions of Communication in Pediatric Medicine: an Exploratory Analysis of Parent and Patient Narratives. *Journal of Cancer Education*, 35(2), 256–263. <https://doi.org/10.1007/s13187-018-1458-x>
- Smith, P. (1992). *The emotional labour of nursing: Its impact on interpersonal relations, management and the educational environment in nursing*. Macmillan.
- Smith, P. (2012). *The emotional labour of nursing revisited*. Macmillan Education UK. <https://doi.org/10.1007/978-0-230-35631-3>
- Souto, N. (2021). Cuidados de enfermagem ao recém-nascido em unidades de neonatologia. In C.M.Vieira, L. Sousa & C. L. Baixinho (Coords.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 283–292). Sabooks Editora.
- Souza, R. L. A. de, Mutti, C. F., Santos, R. P. Dos, Oliveira, D. C. de, Okido, A. C. C., Jantsch, L. B., & Neves, E. T. (2021). Hospitalization perceived by children and adolescents undergoing cancer treatment. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 42, e20200122. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200122>
- Suparto, T. A., Somantri, B., Andriani, S., Puspita, A. P. W., Rohaedi, S., Amalia, L., Syihab, S., & Sari, A. T. (2020). Parents' roles in overcoming the impact of hospitalization on preschool children. *Proceedings of the 4th International Conference on Sport Science, Health, and Physical Education (ICSSHPE 2019)*, 21(ICSSHPE 2019), 140–143. <https://doi.org/10.2991/ahsr.k.200214.039>

- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Torres, L. R., Esteban, Y. A., & Alcantud-Marín, F. (2020). Review of evidence of DIR/Flortime™ techniques for intervention in children with Autism Spectrum Disorders. *Siglo Cero*, 51(2), 7–32. <https://doi.org/10.14201/scero2020512732>
- Trajkovski, S., & Mannix, T. (2023). Family-Centred Care in the neonatal care unit. In V. Kain & T. Mannix (Coords.), *Neonatal care for nurses and midwives: Principles for practice* (2nd ed., pp. 405–416). Elsevier.
- UNICEF (2023, maio 15). *150 milhões de bebês nascidos prematuros na última década*. Consultado a 23 de setembro de 2023. <https://www.unicef.org/mozambique/comunicados-de-imprensa/150-milh%C3%B5es-de-beb%C3%AAs-nascidos-prematuros-na-%C3%BAltima-d%C3%A9cada>
- United Nations International Children’s Emergency Fund. (2019). *Convenção sobre os direitos da criança e protocolos facultativos*. Comité Português para a UNICEF.
- Valladares, A. C. A., & Silva, M. T. da. (2011). A arteterapia e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(3), 443–450. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472011000300002>
- Vaz, F., & Trigo, R. (2020). A criança e o jovem em contexto de urgência. In A.L.Ramos & M.C.B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 293–309). Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Vaz, M. J. A., Silva, A. R. V. A., & Silva, T. J. D. (2021). A criança com necessidades especiais na doença aguda. In C.M.Vieira, L. Sousa & C. L. Baixinho (Coords.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 321–326). Sabooks Editora.
- Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. da S., Trindade, L. de L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Verçosa, R. C. M., Santos, R. F. E. P. dos, Cardoso, D. A., & Silva, A. K. L. da. (2021). Percepções das mães com filhos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção Da Saúde*, 6, 1–7. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210013>


- Vieira, A. A. (2023). Avaliação e suporte emocional do paciente pediátrico. In E. A. L. Ferreira, S. M. M. Barbosa & S. B. O. Iglesias (Coords.), *Cuidados Paliativos Pediátricos* (pp. 279–283). Medbook, Editora Científica Ltda.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem*. Lusociência.
- Watson, J. (2018). *Unitary caring science*. University Press of Colorado. <https://doi.org/10.5876/9781607327561>
- Watson, J. (2021). *Caring science as sacred scienc*. Lotus Library.
- Wieder, S., & Greenspan, S. I. (2003). Climbing the symbolic ladder in the DIR model through floor time/interactive play. *Autism*, 7(4), 425–435. <https://doi.org/10.1177/1362361303007004008>
- Zdun-Ryżewska, A., Nadrowska, N., Błażek, M., Białek, K., Zach, E., & Krywda-Rybska, D. (2021). Parent's stress predictors during a child's hospitalization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12019. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212019>

ANEXOS


Anexo I - Publicação do Resumo da Comunicação Livre: Versão Preliminar da Revisão Scoping “Intervenção de enfermagem na gestão das emoções da criança com doença aguda e sua família em contexto hospitalar: uma scoping review”,
na Revista Pensar Enfermagem

Intervenção de enfermagem na gestão das emoções da criança com doença aguda e sua família em contexto hospitalar: uma *scoping review*

Francisca Frias¹

 orcid.org/0000-0002-8647-8761

Paula Diogo²

 orcid.org/0000-0003-4828-3452

¹Enfermeira, Estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Urgência Pediátrica Polivalente, Hospital Dona Estefânia.

²Professora Coordenadora do Departamento de Enfermagem da Criança e do Jovem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, CIDNUR.

Resumo

Introdução

A vivência de uma situação de doença aguda, a recorrência às urgências hospitalares bem como os potenciais internamentos, pautam-se por um turbilhão de sentimentos e emoções, frequentemente de tonalidade negativa, que invadem as crianças e as suas famílias. O ambiente desconhecido, o medo da dor e/ou lesão corporal, a perda de controlo e a ansiedade de separação comportam-se como fatores de insegurança e *stress*, tanto para a criança como para a família envolvida¹. A criança pode experienciar sentimentos de medo, raiva, ansiedade e até animosidade pelos procedimentos implicados nos cuidados, manifestando-os através do choro ou agressão. Consequentemente, podem ver-se retratadas regressões no comportamento e/ou desenvolvimento, alterações do sono, terrores noturnos, irritabilidade e diminuição da autoestima^{2,3}. Também para os pais a vivência de situação de doença aguda é geradora de sofrimento, pois estes ficam imersos em sentimentos de angústia, culpa e stress que podem, inclusivamente, afetar de forma negativa o processo de doença da criança^{4,5}. Cabe assim ao enfermeiro dar resposta às várias necessidades da díade, sejam estas emocionais, cognitivas ou comportamentais, mobilizando intervenções e estratégias de *coping* que lhes permitam lidar com a situação de uma forma positiva.

Objetivo

Identificar a experiência emocional da criança e família em situação de doença aguda e sistematizar as intervenções de enfermagem na gestão da experiência emocional da díade.

Método

Esta revisão *scoping* segue as orientações da JBI. Após a seleção dos termos de pesquisa de acordo com DeCs/MeSH, efetuou-se uma pesquisa nas bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Academic Search Complete e Scopus, tendo-se obtido 19 publicações para revisão, com o limite temporal de 1990 a 2021. Trata-se de uma pesquisa de preliminar, que será continuada noutras bases de dados igualmente relevantes. Os critérios de inclusão foram: idioma português, inglês ou espanhol, e de acordo com o P (enfermeiros) C (gestão emocional) C (contexto hospitalar). Foram excluídas as publicações cuja população comportasse estudantes de enfermagem, o contexto reportasse à Neonatologia bem como à condição de cronicidade e necessidades especiais.

Resultados

As 19 publicações são oriundas de revistas científicas. Os estudos são na sua maioria de abordagem qualitativa e os instrumentos de colheita de dados são a entrevista semiestruturada e a observação participante. Das situações de doença aguda destacam-se: foro respiratório, infetocontagioso e cirúrgico. Cerca de 36,84% dos estudos abordam a experiência emocional da criança (pré-escolares e escolares) em contexto hospitalar; 47,37% relatam a experiência da mãe/pai/família; 15,79% alude à experiência do enfermeiro, no que respeita à experiência emocional da criança e família em situação de doença aguda. Das estratégias de intervenção emocional dos enfermeiros destacam-se os grupos de apoio, a partilha informação, o envolvimento nos cuidados, a arteterapia, o desenho, workshops e comunicação de proximidade, bem como um ambiente relacional afetivo e acolhedor. A

Autor de correspondência:

Francisca Frias

E-mail: franciscafrias@campus.esel.pt



vivência de doença aguda ou de hospitalização da criança, ao acarretar uma experiência emocional intensa, proclama a intervenção do enfermeiro no respeitante à dimensão emocional da criança e da família, e a evidência dos artigos em revista revela a efetividade destas estratégias. De um modo agregador, estas intervenções fundem-se com trabalho emocional em enfermagem pediátrica.

Conclusão

A intervenção dos enfermeiros facilita a gestão emocional da criança e família, com o intuito de minimizar o impacto emocional negativo da experiência de doença aguda e/ou hospitalização. Esta intervenção quando sistematizada enaltece a intencionalidade terapêutica em enfermagem, tal como a continuidade da sua investigação.

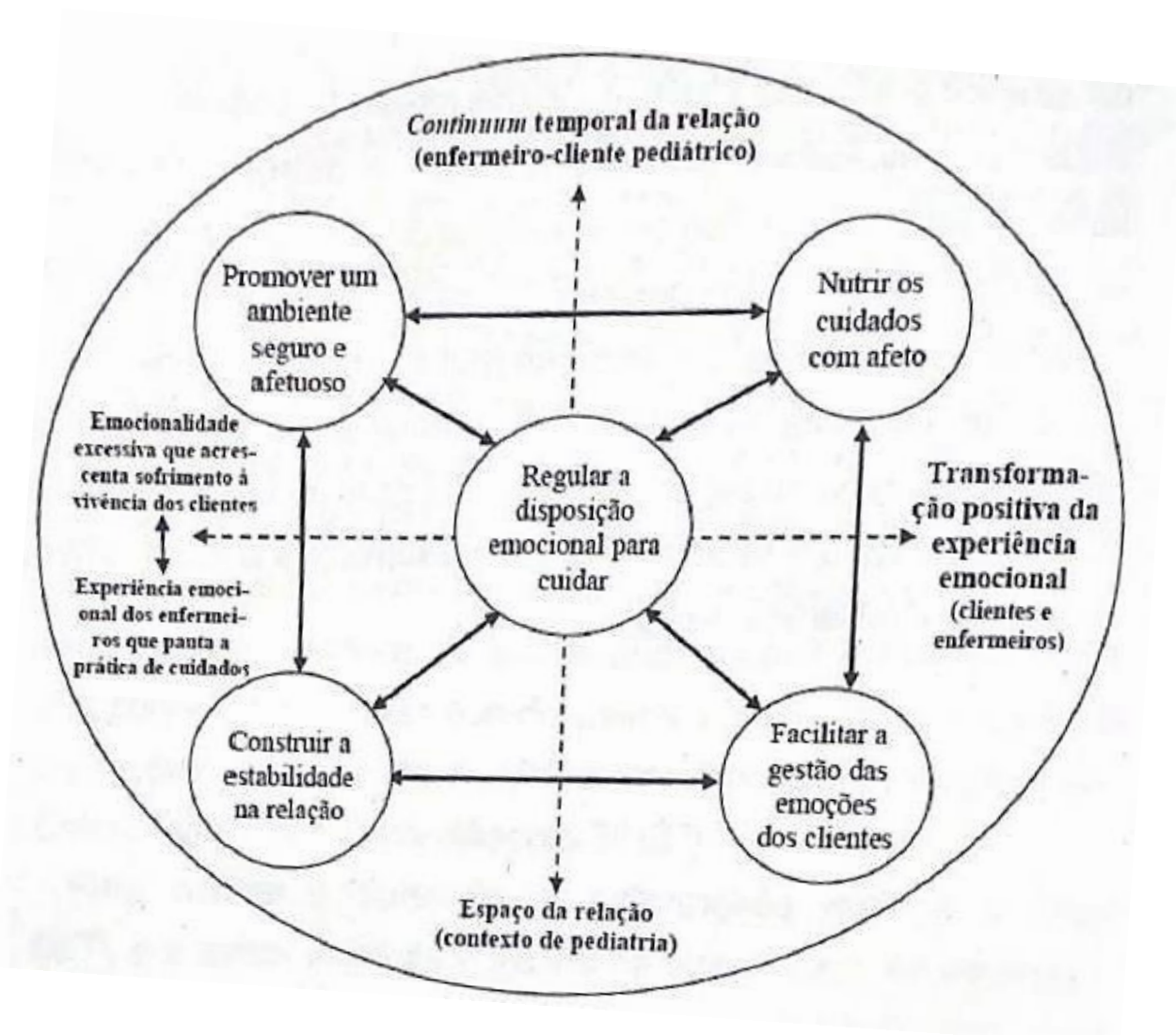
Palavras-Chave

Enfermagem Pediátrica; Emoções; Criança; Família; Doença Aguda; Hospitalização.

Referências

1. Hockenberry, MJ, Wilson, D, Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9ª Edição. Loures, Lisboa: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda; 2014.
2. Salmela M, Aronen ET, Salanterä S. The experience of hospital-related fears of 4- to 6-year-old children. *Child Care Health Dev.* 2011;37(5):719–26.
3. Diogo P, Vilelas J, Rodrigues L, Almeida T. Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar em Enfermagem.* 2016;20(2):26–47.
4. Antão C, Rodrigues N, Anes E, Pereira A. Hospitalização da criança: Sentimentos e Opiniões dos Pais. *Int J Dev Educ Psychol [Internet].* 2018;2(1):125–32. Available from: <https://www.re-dalyc.org/articulo.oa?id=349856003013>
5. Doupnik S, Hill D, Palakshappa D, Worsley D, Bae H, Shaik A, et al. Parent Coping Support Interventions During Acute Pediatric Hospitalizations. *Pediatrics.* 2017;140(3):1–16.


Anexo II - Modelo de trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica
(Modelo TEEP)

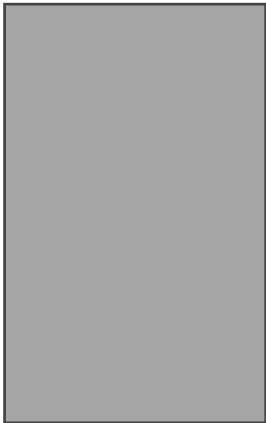


¹ Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisbon International Press.

Anexo III - Certificado de participação na Sessão Formativa “O sono da criança. O uso de ecrãs na infância”

CERTIFICADO

Declaro, para os devidos efeitos, que Francisca Figueiredo esteve presente na sessão da *Oficina de Pais "O sono das crianças - O uso dos ecrãs na infância*, realizada no dia 02 de novembro de 2022, das 10h 30m às 12h, através da plataforma Zoom e no auditório do serviço de 



Unidade
de
Desenvolvimento

Unidade de Desenvolvimento

Diretor AMCA
Dr. Gonçalo Cordeiro Ferreira
Diretor da Pediatría Médica

Equipa Médica
Dr.ª Sílvia Adams (Coordenadora)
Dr.ª Cristina Halpern
Dr.ª Patrícia Lopes
Dr.ª Susana Pereira

Enfermeiros
En.ª Paula Silva
En.ª Diana Costa

Professora Educação Especial
Dr.ª Mariana Martins

Psicóloga Clínica
Dr.ª M.ª João Pinheiro

Técnicos de Sala
Dr.ª Isabel Santos

Morada
R. Jacinta Maré
1165-045 Lisboa

Contactos
Tel. +351 21 396 5339
u.d@nps.hpgp.mal.usp.br

Coordenadora da Unidade de Desenvolvimento



Lisboa, 02 de novembro de 2022

Anexo IV - Certificado de preleção na 1.ª Conferência Internacional do CIDNUR,
Nursing Trends: research for a better health – Lisbon 2022 - Comunicação Livre:
“Intervenção de enfermagem na gestão das emoções da criança com doença
aguda e sua família em contexto hospitalar: uma scoping review”

Certificado

A Comissão Organizadora da **1ª Conferência Internacional do CIDNUR, Nursing Trends: research for a better health – Lisbon 2022**, certifica que a comunicação livre Intervenção de enfermagem na gestão das emoções da criança com doença aguda e sua família em contexto hospitalar: uma scoping review da autoria de Francisca Frias; Paula Diogo foi apresentada e agradece o inestimável contributo da sua participação para o sucesso do evento realizado no dia 07 de outubro de 2022.

Lisboa, 12 de outubro de 2022



A Coordenadora do CIDNUR
Andreia Jorge Silva da Costa

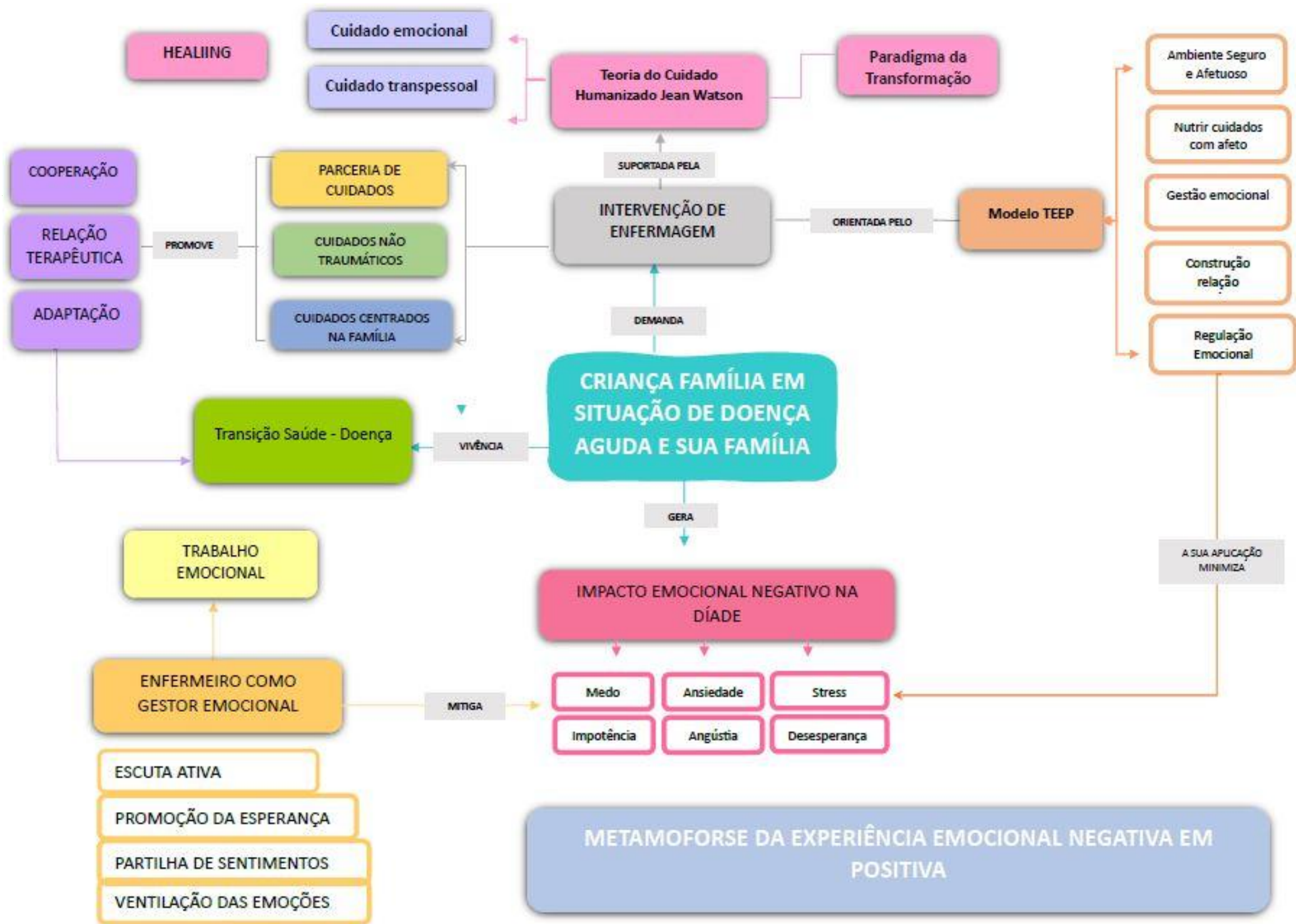


APÊNDICES

APÊNDICE I – Mapa Conceptual

I) JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

O mapa conceptual que se apresenta tem o intuito de representar a estrutura conceptual do presente relatório, estabelecendo de forma gráfica relações significativas entre conceitos, apresentando assim de forma clara o objeto de estudo (Carvalho, 2002).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carvalho, J. E. (2002). *Metodologia do Trabalho Científico*. Escolar Editora

APÊNDICE II - Cronograma de Estágios do 3.º Semestre

ANO		2022												2023							
MÊS	SE T	OUT					NOV				DEZ			JAN					FEV		
DIAS	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	
	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	
SEMANAS	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a	12 ^a	13 ^a	14 ^a	15 ^a	16 ^a	17 ^a	18 ^a	19 ^a	20 ^a	
CONTEXTO DE ESTÁGIO	Cuidados de Saúde Primários <small>Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados</small>																				
	Consulta Desenvolvimento de Pediatria																				
	Serviço de Urgência Pediátrica																				
	Unidade de Neonatologia																				
	Serviço de Internamento de Pediatria																				

Férias Natal

Cronograma de Estágios do 3.º Semestre

APÊNDICE III- Guia Orientador dos objetivos e atividades de estágio nos 5
contextos

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZAD (26 set-21 out/2022)

Objetivos	Atividades	Resultados e Competências
<p>1) Conhecer a dinâmica estrutural, organizacional e funcional da UCSP, bem como reconhecer a filosofia dos cuidados que orienta a prática diferenciada do EEESIP;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Entrevista exploratória com a Enf.ª Orientadora por forma a conhecer a dinâmica (estrutural, organizacional e funcional) da USCP bem como reconhecer qual a filosofia dos cuidados (referências e modelos de intervenção) que orientam a prática, identificando princípios dos cuidados de enfermagem pediátrica na UCSP; ● Consulta e análise de documentos orientadores/manuais/protocolos/normas existentes na UCSP; 	<p>Elaboração de 2 Trabalhos escritos: “Caracterização da USCP” e “Resenha acerca dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal”</p> <p align="center"><u>COMPETÊNCIAS:</u></p> <p>B1.1 - Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade. B2.1- Avalia a qualidade das práticas clínicas. C1.1 - Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica.</p>
<p>2) Prestar cuidados à criança e família, em situações de doença aguda ou em situações de especial complexidade, no contexto de CSP;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Prestação cuidados diretos à díade, participando ativamente na consulta de enfermagem, regida pelo Programa Nacional de Saúde Infantil de Juvenil; ● Divulgação e promoção dos cuidados antecipatórios; ● Avaliação do desenvolvimento através da aplicação da Escala Rastreio de <i>Mary Sheridan</i>; ● Avaliação de dados antropométricos da criança; ● Realização do Rastreio Neonatal; ● Observação e colaboração na Consulta de Vacinação, ao abrigo do Programa Nacional de Vacinação; 	<p align="center"><u>COMPETÊNCIAS:</u></p> <p>E 1.1 - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. E 2.3 - Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados. E 3.1 - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.</p>

<p>3) Mobilizar recursos e conhecimentos na prestação de cuidados avançados, sustentados pelo raciocínio e julgamento clínico e tomada de decisão;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Aquisição e aprofundamento de conhecimentos do crescimento e desenvolvimento infantil - maior domínio nas orientações antecipatórias; ● Construção de uma relação terapêutica de confiança; ● Promoção da parentalidade; da amamentação e da capacitação parental, recorrendo à parceria e negociação de cuidados; ● Intervenção de acordo com as necessidades físicas, psicológicas e emocionais da criança e família; ● Análise e interpretação de situações específicas de cuidados ● Mobilização do cuidado emocional para a prática nas consultas; ● Prestação de cuidados especializados não traumáticos ● Intervir no controlo da dor, com recurso a estratégias não farmacológicas e farmacológicas; 	<p style="text-align: center;"><u>COMPETÊNCIAS:</u></p> <p>A1.1 - Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.</p> <p>A2.1- Promove a proteção dos direitos humanos.</p> <p>B3.1 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.</p> <p>E1.2 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem</p> <p>E2.2 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.</p> <p>E3.2 - Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais.</p>
---	---	---

<p>4) Reconhecer as emoções experienciadas pela criança e família que recorrem à UCSP;</p> <p>5) Observar e refletir sobre as práticas da gestão emocional dirigidas à criança e família na UCSP;</p> <p>6) Analisar as dimensões do modelo TEEP observadas no contexto da UCSP;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Momentos de reflexão conjunta com a Sr.ª Enf.ª Orientadora, observando as práticas de cuidado na CESJI e do estabelecimento de uma relação terapêutica; ● Aquisição e aprofundamento de novos conhecimentos acerca da experiência emocional da criança e família, no contexto de CSP; ● Identificação dos sentimentos e emoções experienciados pela díade, identificando diagnósticos de enfermagem no âmbito da emocionalidade, efetuando o registo no sistema informático; ● Intervenção no âmbito da gestão emocional da díade. 	<p>Elaboração de um Diário de Campo na UCSP, identificando diagnósticos de enfermagem no âmbito da emocionalidade</p> <p style="text-align: center;"><u>COMPETÊNCIAS</u></p> <p>A 1.1 - Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.</p> <p>A 1.2 - Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.</p> <p>A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B1.1 - Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.</p> <p>B2. 1 - Avalia a qualidade das práticas clínicas.</p> <p>B3.1 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.</p> <p>D2.2- Suporta a prática clínica em evidência científica.</p> <p>E1.1 - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</p> <p>E2.4 - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.</p> <p>E3.2 - Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais.</p> <p>E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p>
--	---	--

<p>7) Desenvolver estratégias de cuidado emocional à criança na UCSP;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do cartaz “Árvore das Emoções “com o intuito de facilitar a expressão das emoções das crianças pré-escolares, escolares e adolescentes que recorrem à UCSP. 	<p>- Trabalho Escrito: “Descrição e fundamentação da Árvore das Emoções”</p> <p style="text-align: center;"><u>COMPETÊNCIAS:</u></p> <p>A1.3- Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.</p> <p>B1.1- Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.</p> <p>B2.2- Planeia programas de melhoria contínua.</p> <p>B2.3 - Lidera programas de melhoria contínua.</p> <p>D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica.</p> <p>E2.4 - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.</p> <p>E3. 3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p>
---	--	---

CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO DE PEDIATRIA (CDP) (24 out-4 nov/2022)

Objetivos	Atividades	Resultados e Competências
<p>1) Conhecer a dinâmica estrutural, organizacional e funcional da CDP, bem como reconhecer a filosofia dos cuidados que orienta a prática diferenciada do EEESIP;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Entrevista exploratória com a Enf.ª Orientadora por forma a conhecer a dinâmica (estrutural, organizacional e funcional) da Consulta de Desenvolvimento, reconhecer qual a filosofia dos cuidados (referências e modelos de intervenção) que orientam a prática, identificando princípios dos cuidados de enfermagem pediátrica do EEESIP; ● Consulta e análise de documentos orientadores/manuais/protocolos/normas existentes da consulta de desenvolvimento 	<p>Elaboração do trabalho escrito: “Caracterização da Consulta Desenvolvimento de Pediatria”</p> <p align="center"><u>COMPETÊNCIAS:</u></p> <p>B1.1 - Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade. B2.1- Avalia a qualidade das práticas clínicas. C1.1 - Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica.</p>
<p>2) Prestar de cuidados à criança e família, na CDP ;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Prestação cuidados diretos à díade, participando ativamente nas consultas de enfermagem da CDP; ● Intervir no sentido de facilitar o processo de adaptação à condição da criança e família, capacitando-os para a melhor gestão do processo de saúde/doença; ● Aplicação de escalas de avaliação de desenvolvimento infantil: Mary Sheridan e Grownig Skills II; ● Aplicação do método “FloorTime” ● Adoção de estratégias que permitam a construção de relação terapêutica ● Prestação de cuidados centrados na família (capacitação dos pais) 	<p>Elaboração de trabalho escrito: “Diagnóstico de perturbação do neurodesenvolvimento da criança: o impacto na família”</p> <p align="center"><u>COMPETÊNCIAS:</u></p> <p>A1.1 - Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas. A1.2 - Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade. B3.1 - Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade. D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica. E1.1 - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</p>

		<p>E1.2 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</p> <p>E2.4 - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.</p> <p>E2.5 - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</p> <p>E3.1 - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.</p> <p>E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p>
<p>3) Mobilizar recursos e conhecimentos na prestação de cuidados avançados, sustentada pelo raciocínio e julgamento clínico e tomada de decisão;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Aquisição, aprofundamento e maior domínio de conhecimentos acerca de perturbações do desenvolvimento (PEA, PHDA, perturbações da linguagem, perturbações do sono etc.); ● Reflexão individual e em conjunto com a Sr.ª Enf.ª orientadora acerca das perturbações do desenvolvimento infantil; ● Participação na reunião de interação multidisciplinar do CE; ● Mobilização de intervenção interdisciplinar; ● Participação no Programa Oficina dos Pais – Sessão Formativa: “O sono das crianças. O uso de ecrãs na infância e adolescência” 	<p>- Elaboração de uma Síntese da Sessão Formativa “O sono das crianças. O uso de ecrãs na infância”</p> <p style="text-align: center;"><u>COMPETÊNCIAS:</u></p> <p>A2- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B1.1- Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.</p> <p>C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.</p> <p>D2.2- Suporta a prática clínica em evidência científica.</p> <p>E1.1 - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade</p>

		<p>para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</p> <p>E1.2 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</p>
<p>4) Conhecer estratégias utilizadas pelo EEESIP no cuidado emocional à criança e família, na CDP;</p> <p>5) Reconhecer o Modelo TEEP como intervenção do EEESIP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Refletir sobre as práticas da gestão emocional à criança e família, através da reflexão conjunta com a Sr.ª Enf.ª Orientadora acerca da sua intervenção no âmbito da emocionalidade; ● Identificação das estratégias implementadas pela Sr.ª Enf.ª como facilitadoras da construção da relação terapêutica e expressão de emoções; ● Intervenção de enfermagem com enfoque no cuidado emocional à família; ● Identificar as diferentes dimensões do modelo TEEP, no âmbito da consulta ● Observação e prestação direta de cuidados, com enfoque na prática do cuidado emocional à criança e família; ● Promoção da comunicação expressiva das emoções, ● Escuta ativa acerca das suas preocupações, identificando e validando as necessidades dos pais, 	<p>Elaboração do trabalho escrito: Reflexão acerca do cuidado emocional prestado à criança e família na CDP, à luz do Modelo TEEP</p> <p style="text-align: center;"><u>COMPETÊNCIAS:</u></p> <p>A1.1 - Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.</p> <p>B1.1- Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.</p> <p>B3.1 - Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.</p> <p>D1.1 - Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.</p> <p>D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica;</p> <p>E2.5 - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</p> <p>E3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.</p> <p>E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p>

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA (SUP) (7 nov – 2 dez/2022)

Objetivos	Atividades	Resultados e Competências
<p>1) Prestar cuidados à criança e família, em situações de doença aguda ou em situações de especial complexidade, no SUPP;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Prestação direta de cuidados de enfermagem às crianças e famílias que recorrem ao SUP nos diferentes postos do serviço de urgência (Triagem, Sala de Tratamentos, Serviço de Observação, Apoio às Especialidades e Sala de Reanimação); ● Prestação de cuidados diferenciados à criança em situação de urgência e emergência; ● Identificação e avaliação de atribuição de prioridades de atendimento; ● Reconhecimento das patologias mais comuns em idade pediátrica; ● Prestação de cuidados não traumáticos ● Promoção da parceria de cuidados durante os procedimentos; ● Capacitação dos pais acerca dos cuidados ao seu filho, através da realização de ensinios; 	<p>Elaboração do trabalho escrito: “Caracterização do Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente”</p> <p align="center">COMPETÊNCIAS:</p> <p>A1.1- Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas;</p> <p>A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade;</p> <p>A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>B3.1 - Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade;</p> <p>D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica;</p> <p>E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde</p> <p>E2.1 - Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.</p> <p>E2.2 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.</p> <p>E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p>
<p>2) Mobilizar recursos e conhecimentos na prestação de cuidados avançados, sustentada pelo raciocínio e julgamento clínico e tomada de decisão</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Estabelecimento de uma relação terapêutica com a criança e sua família adequada ao seu estágio de desenvolvimento e situação de saúde; 	<p>Realização de uma síntese reflexiva “Experiência emocional da criança e família no SUPP e intervenção do EEESIP”</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ● Discussão e reflexão com Sr.ª Enf.ª Orientadora acerca das práticas da equipa de enfermagem do SUP com enfoque na gestão emocional como intervenção de enfermagem, nos diversos postos do serviço; ● Identificação os sentimentos e emoções da díade no SUP; ● Adoção de estratégias de gestão emocional; ● Implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor; ● Prestação de cuidados centrados na família; ● Comunicação eficaz com a díade, adequada à situação clínica e faixa etária; 	<p style="text-align: center;"><u>COMPETÊNCIAS:</u></p> <p>A2.1- Promove a proteção dos direitos humanos B1.1- Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade D1.1- Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. D1.2 - Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional. E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde E2.2 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p>
<p>3) Gerir as emoções experienciadas pela criança e família na situação de doença aguda, em contexto de urgência</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Momento de reflexão com crianças e pais no SUP, com o intuito de reconhecer os sentimentos experienciados, as preocupações, de modo concomitante que facilita a expressão de emoções; ● Elaboração de um “Kit d ‘Emoções’” para utilização na sala de tratamentos, ao dispor dos profissionais, crianças e acompanhantes 	<p>- Construção do “Kit das Emoções” - Análise crítica e reflexiva, à luz de evidência científica, acerca da utilização de meios de distração adaptados ao ambiente pediátrico, como elemento promotor da regulação emocional para a criança e família</p> <p style="text-align: center;"><u>COMPETÊNCIAS:</u></p> <p>B1.1- Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a B1.2 - Orienta projetos institucionais na área da qualidade B2.2- Planeia programas de melhoria contínua B2.3 - Lidera programas de melhoria contínua. B3.1 - Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.</p>

		<p>C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados</p> <p>D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p>D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica</p> <p>E2.2 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas</p> <p>E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura</p> <p>E3.4 - Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.</p>
<p>4) Promover o Modelo TEEP como intervenção do EEESIP</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realização de um documento fundamentado, à luz do modelo TEEP e evidência científica atual, que sustente a importância da utilização de fardas pediátrica no SUP, anexando uma carta dirigida aos elementos do Conselho de Administração Hospitalar e à Sr.ª Enf.ª Diretora do Hospital que solicite a autorização da utilização das mesmas e/ou possível aquisição por parte do hospital, com o intuito de promover de um ambiente seguro e afetivo, visando a diminuição da excessiva emocionalidade negativa, consequente da recorrência ao SUP; 	<p>Elaboração da Carta aos elementos do Conselho de Administração Hospitalar e Sr.ª Enf.ª Diretora do Hospital, com a devida fundamentação científica</p> <p style="text-align: center;"><u>COMPETÊNCIAS:</u></p> <p>B1- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</p> <p>B2.1- Avalia a qualidade das práticas clínicas</p> <p>B2.2- Planeia programas de melhoria contínua</p> <p>B3.1- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo.</p> <p>C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.</p> <p>C2.1- Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.</p>

		<p>D1.1- Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro</p> <p>D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica</p> <p>D2.3- Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho</p>
--	--	--

UNIDADE DE NEONATOLOGIA (UN) (5 dez/2022 – 13 jan/2023)

Objetivos	Atividades	Resultados e Competências
<p>1) Conhecer a cultura organizacional, a filosofia de cuidados e a prática diferenciada de cuidados do EEESIP na UN;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Entrevista exploratória com a Enf.ª Orientadora por forma a conhecer a dinâmica (estrutural, organizacional e funcional) da UN, bem como reconhecer qual a filosofia dos cuidados (referências e modelos de intervenção) que orientam a prática, identificando princípios dos cuidados de enfermagem pediátrica do EEESIP; ● Consulta e análise de documentos orientadores/manuais/protocolos/ normas existentes na UN; 	<p>Elaboração do trabalho escrito: “Caracterização da Unidade de Neonatologia”</p> <p align="center"><u>COMPETÊNCIAS:</u></p> <p>B1.1 - Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade. B2.1- Avalia a qualidade das práticas clínicas. C1.1 - Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica.</p>
<p>2) Prestar cuidados ao RN e família em situações de doença aguda e situações de especial complexidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Pesquisa e leitura de evidência científica acerca de enfermagem neonatal (bases de dados científicas, livros, manuais); ● Prestação de cuidados especializados ao RN e sua família na UTIN e na UCIN; ● Promoção de um ambiente de protetor e bem-estar para o RN, recorrendo à implementação de medidas neuroprotetoras; ● Prestação de cuidados não traumáticos ao RN, através da implementação de estratégias de controlo e minimização da dor; 	<p align="center"><u>COMPETÊNCIAS:</u></p> <p>A1.1- Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas. A2.1- Promove a proteção dos direitos humanos B1.1- Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade B3.1 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo. D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica. E2.1 - Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados. E2.2 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas</p>

		<p>E2.5 - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade</p> <p>E3.1 - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil</p>
<p>3) Mobilizar recursos e conhecimentos na prestação de cuidados avançados, sustentada pelo raciocínio e julgamento clínico e tomada de decisão;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Construção de uma relação terapêutica sólida, suportada pela confiança; ● Promoção do desenvolvimento de competências na transição para a parentalidade; ● Implementação de estratégias e intervenções de promoção da vinculação; ● Prestação de cuidados centrados na família; ● Identificação das necessidades emocionais e sociais dos pais /família; ● Prestação de cuidados culturalmente apropriados; ● Realização de ensinamentos acerca de cuidados antecipatórios, de acordo com o PNSIJ; 	<p style="text-align: center;">COMPETÊNCIAS:</p> <p>A1.1- Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas;</p> <p>A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>B3.1 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.</p> <p>E1.2 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</p> <p>E2.5 - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</p> <p>E3.2 - Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais.</p>
<p>4) Reconhecer as emoções experienciadas pela família na situação de doença do RN e com necessidade de internamento na UN;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Entrevista exploratória, com uma das mães que acompanhava o internamento da sua RN na UCIN; ● Identificação e compreensão dos sentimentos experienciados e suas preocupações major, facilitando assim a expressão das emoções; 	<p>Elaboração de uma reflexão acerca da experiência emocional da família do recém-nascido na UN e intervenção do EEESIP;</p>

<p>5) Desenvolver estratégias de cuidado emocional dirigidas à família que permitam a partilha de sentimentos e emoções</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificação e personalização do nome das salas da UCIN, com respetivas ilustrações, visando a promoção de um ambiente acolhedor aos pais e família; ● Intervenção de enfermagem com enfoque no cuidado emocional à família; ● Momentos de partilha de experiências, sentimentos e emoções dos pais na UN, promovendo estratégias facilitadoras da gestão emocional; ● Sessão “Conversa com os Pais: Um momento de Partilha”; 	<p>Elaboração de documento que fundamenta a atividade da identificação das salas da UCIN;</p> <p>Realização do relatório de sessão “Conversa com os Pais: Um momento de partilha”</p> <p>COMPETÊNCIAS:</p> <p>B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>B2.2 - Planeia programas de melhoria contínua;</p> <p>D2.3 – Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.</p> <p>E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p>
---	---	--

INTERNAMENTO DE PEDIATRIA (16 jan – 10/fev 2023)

Objetivos	Atividades	Resultados e Competências
<p>1) Conhecer a cultura organizacional, a filosofia de cuidados e a prática diferenciada do EEESIP no serviço de internamento e no Hospital de Dia Pediátrico (HDP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Entrevista exploratória com a Enf.ª Orientadora e com o 2.º Elemento da Equipa de Enfermagem, com o intuito de conhecer a dinâmica (estrutural, organizacional e funcional) do internamento e do HDP bem como reconhecer qual a filosofia dos cuidados (referências e modelos de intervenção) que orientam a prática, identificando princípios dos cuidados de enfermagem pediátrica no serviço; ● Consulta e análise de documentos orientadores/manuais/protocolos/ normas existentes no serviço de internamento e no HDP; 	<p>Elaboração do trabalho escrito: “Caracterização da Unidade do Internamento do Hospital de Dia Pediátrico”</p> <p align="center"><u>COMPETÊNCIAS:</u></p> <p>B1.1 - Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade. B2.1- Avalia a qualidade das práticas clínicas. C1.1 - Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica.</p>
<p>2) Prestar cuidados à criança e família em situação de especial complexidade, no serviço de internamento e HDP</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Prestação de cuidados especializados dirige-se à criança com doença oncológica e sua família, no internamento e no HDP; ● Aquisição e aprofundamento acerca da Doença Crónica Complexa em idade pediátrica e Cuidados Paliativos Pediátricos; ● Aquisição de novos conhecimentos acerca de procedimentos técnicos e terapêutica específica do internamento e do HDP; ● Estabelecimento de uma relação terapêutica sólida, suportada pela confiança, através da prestação continua de cuidados como enfermeira de referência; ● Prestação de cuidados centrados na família, promovendo a capacitação e <i>empowerment</i>; ● Intervenções facilitadoras à adaptação da díade à doença oncológica; ● Utilização de técnicas de comunicação adequadas na relação com a díade; 	<p>A1.1 - Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas; A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais B1.1 - Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade. B3.1. - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo. C1.1 - Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. C2.1 - Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica. E1.1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. E2.1 - Reconhece situações de instabilidade das funções vitais</p>
<p>3) Mobilizar de recursos e conhecimentos para prestação de cuidados avançados e especializados, sustentados pelo raciocínio e julgamento clínico e tomada de decisão;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Prestação de cuidados centrados na família, promovendo a capacitação e <i>empowerment</i>; ● Intervenções facilitadoras à adaptação da díade à doença oncológica; ● Utilização de técnicas de comunicação adequadas na relação com a díade; 	<p>A1.1 - Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas; A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais B1.1 - Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade. B3.1. - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo. C1.1 - Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. C2.1 - Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica. E1.1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. E2.1 - Reconhece situações de instabilidade das funções vitais</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenções de cuidado emocional (gestão de expectativas transmissão de informações atualizadas e claras, promoção de partilha da experiência emocional); • Gestão eficaz do controlo da dor através da avaliação da dor e aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas (distração, brincar terapêutico, relaxamento, etc.) 	<p>e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.</p> <p>E2.2 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.</p> <p>E2.5 - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</p> <p>E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p>
<p>4) Reconhecer as emoções experienciadas pela criança e família na vivência de uma situação de saúde complexa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas exploratórias com a criança e família que vivem a situação de doença oncológica; • Momentos de reflexão conjunta com a Sr.ª Enf.ª Orientadora; • Pesquisa em bases de dados científicas, livros e publicações que me permitiram conhecer estudos já efetuados acerca da experiência emocional da díade que vivencia a doença oncológica; • Observação e reconhecimento do impacto que a doença oncológica tem na criança e família; 	<p>Elaboração de trabalho escrito: Reflexão escrita acerca do impacto emocional do diagnóstico de doença oncológica na díade e intervenção do EEESIP;</p> <p>COMPETÊNCIAS:</p> <p>A1.1 - Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas;</p> <p>A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica.</p> <p>E2.4 - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.</p>
<p>5) Desenvolver estratégias dirigidas às crianças e família que permitam a partilha de sentimentos e emoções</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Construção do “Emocionómetro”; • Operacionalização do Modelo TEEP na prática de cuidados 	<p>Elaboração de um trabalho escrito: Fundamentação da construção do “Emocionómetro”</p> <p>COMPETÊNCIAS:</p> <p>B2.2 - Planeia programas de melhoria contínua</p> <p>B3.1. - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.</p> <p>E2.5 - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade</p>

		<p>E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p> <p>E3.4 - Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.</p>
<p>6) Reconhecer as práticas da gestão emocional à criança e família</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Momentos de reflexão individual e conjunta com a Sr.ª Enf.ª Orientadora sobre o cuidado emocional de enfermagem; • Reconhecimento do Modelo TEEP nas práticas da equipa de enfermagem; • Observação e reflexão acerca do cuidado emocional prestado pela enfermagem e por entidades externas ao serviço (Doutores Palhaços, Músicas nos Hospitais; Associações de Pais e Amigos de Crianças com Cancro etc.); 	<p>Elaboração de uma reflexão: “O Cuidado Emocional à criança e família no internamento de pediatria”</p> <p style="text-align: center;"><u>COMPETÊNCIAS:</u></p> <p>D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica.</p> <p>E2.2 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.</p> <p>E2.4 - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.</p>
<p>7) Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do cuidado emocional na prestação de cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aquisição e aprofundamento de conhecimentos acerca da experiência emocional do adolescente e a intervenção do EEESIP; • Observação de práticas de cuidado emocional do EEESIP, no serviço; • Mobilização do Modelo TEEP como linha orientadora da prática de enfermagem; 	<p>Relatório da Sessão Formativa – “Intervenção do Enfermeiro no âmbito da Gestão Emocional do Adolescente com doença oncológica”</p> <p style="text-align: center;"><u>COMPETÊNCIAS:</u></p> <p>D1.1 – Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.</p> <p>D2.1 - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho.</p> <p>D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica.</p>

APÊNDICE IV – Caracterização dos Cinco Contextos de Estágio

13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Caracterização dos Cinco Contextos de Estágio:

Cuidados de Saúde Primários, Consulta de Desenvolvimento
de Pediatria, Serviço de Urgência Pediátrica, Unidade de
Neonatologia e Internamento de Pediatria

Francisca Figueiredo Teixeira da Silva Frias
n.º 5702

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa, 2023



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS -Administração Regional de Saúde

CCF – Cuidados Centrados na Família

CDP – Consulta de Desenvolvimento de Pediatria

CE – Centro de Estudos

CESIJ – Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NACJR - Núcleo da Apoio à Criança e Jovem em Risco

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN - Recém-Nascidos

SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SO – Serviço de Observação

Sr.^a Enf.^a – Senhora Enfermeira

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

SUPP- Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente

UCIN - Unidade Cuidados Intermédios Neonatais

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UN – Unidade de Neonatologia

USF – Unidade de Saúde Familiar

UTIN- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

I) JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

Em jeito de introdução, o seguinte trabalho pretende descrever e caracterizar os cinco contextos de estágio: Cuidados de Saúde Primários (CSP), Consulta de Desenvolvimento de Pediatria (CDP), Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), Unidade de Neonatologia (UN) e Serviço de Internamento. É efetuada uma breve descrição dos contextos, caracterizando-os em termos de infraestrutura, de funcionamento e dinâmicas organizacionais, bem como reconhecimento da filosofia de cuidados prestados pelo EEESIP. A realização desta atividade pretende responder ao 1.º objetivo delineado para cada contexto: **Conhecer a dinâmica estrutural, organizacional e funcional de cada contexto de estágio, bem como reconhecer a filosofia dos cuidados que orientam a prática diferenciada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP)**. Recorrendo à realização de entrevistas exploratórias com as Sras. Enfermeiras Orientadoras (Sr.ª Enf.ª) de cada contexto, à observação e à consulta de documentos/protocolos/normas em vigor das instituições, redige-se assim a caracterização de cada contexto.

1. Caracterização dos Contextos de Estágio

1.1 – Caracterização da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

No âmbito do contexto de CSP, efetuei o meu estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [REDACTED] (UCSP), uma unidade funcional pertencente à Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo, nomeadamente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) de Lisboa Central. Esta UCSP tem como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população de diferentes freguesias de Lisboa, pertencentes a determinadas áreas geográficas, prestando também apoio a outras freguesias, cuja população não usufrui do acesso a médico de família. De acordo com o artigo 38.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, as UCSP garantem a acessibilidade e continuidade dos cuidados, bem como a sua qualidade. Sustentada por valores como a cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, conciliação, ética e avaliação, a UCSP

██████ prima por uma realização profissional da equipa multidisciplinar, objetivando a saúde de todos os seus clientes, contribuindo ainda para o desenvolvimento dos CSP.

Segundo dados estatísticos do Registo Nacional de Utentes, relativos a setembro de 2022, encontravam-se inscritos nesta UCSP 46754 utentes. Localizada no mesmo edifício que a Unidade de Saúde Familiar (USF), a UCSP é constituída por uma equipa médica de 17 elementos, 13 enfermeiros, 2 assistentes operacionais e 8 assistentes técnicos, sendo que esta unidade se encontra em funcionamento desde 2007, com horário de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h.

A Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil de Juvenil (CESIJ), funciona de 2.^a a 6.^a feira das 9h às 17h, no piso 1. A sala de espera deste piso apresenta pintado na parede um painel alusivo a uma paisagem tranquilizadora, onde é possível observar uma árvore, rodeada por relva e uma janela onde se observa a paisagem. Nesta sala encontram-se diversas cadeiras e sofás, onde os utentes aguardam a chamada para a consulta. Noutra parede da sala, encontra-se também um painel de cortiça onde estão afixadas em papel algumas normas de funcionamento da UCSP. Neste espaço existe ainda uma zona designada como “Cantinho de Amamentação” destinados às puérperas e mães que se encontrem a amamentar, permitindo assim a privacidade e conforto durante a amamentação. A porta guarda-vento, divide a sala de espera da zona de consultas, onde se encontram: dois gabinetes médicos, dois gabinetes de enfermagem para a realização de CESIJ, um gabinete de vacinação, uma sala de tratamentos, o gabinete da chefia de enfermagem, uma copa, um vestiário e um WC. É de destacar que tanto nos gabinetes de enfermagem como nos gabinetes médicos e na sala de vacinação, se encontram desenhados na parede desenhos infantis, reportando para um ambiente pediátrico e afetuoso.

As CESIJ são realizadas por duas EEESIP, funcionando tanto numa lógica de marcação prévia como numa lógica de consulta não programada.

Às consultas programadas, previamente agendadas, recorrem crianças, de acordo com as idades-chave, preconizadas pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) da Direção Geral de Saúde (DGS) (Direção Geral de Saúde [DGS], 2013). Às consultas de enfermagem não programadas recorrem os recém-nascidos (RN) para a consulta da primeira semana de vida. Nesta consulta é também, realizado o teste

Guthrie, comumente designado “Teste do Pezinho” que comporta o rastreio de 27 patologias (Hipotireoidismo Congénito, Fibrose Quística, Drepanocitose e 24 Doenças Hereditárias do Metabolismo) e deve ser realizado entre o 3.º e o 6.º dia de vida do recém-nascido (RN) de pré-termo (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2022).

A CESIJ é conduzida sob a orientação do PNSIJ, da DGS, que consiste no agendamento periódico de consultas em idades-chave, que correspondem a marcos importantes no ciclo vital do cliente pediátrico, como são as etapas de desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo, emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade, articulando com a Consulta de Vacinação, de modo a diminuir o número de deslocações da criança e família aos serviços de saúde. A valorização dos cuidados antecipatórios vê-se também como fio condutor desta consulta, procurando capacitar os pais no que toca a uma panóplia de conhecimentos acerca do exercício da parentalidade, promoção de saúde e prevenção de doença (DGS, 2013). É adotado o método de prestação de cuidados enfermeiro de referência, na medida em que a mesma criança e família, sempre que possível é consultada pela mesma EEESIP. Na CESIJ o EEESIP orienta a sua prática, tendo por base o modelo de parceria de cuidados, bem como a prestação de cuidados centrados na família.

As CESIJ pautam-se pelo acolhimento inicial à família e criança, levantamento de necessidades e esclarecimento de dúvidas, observação e avaliação do crescimento e desenvolvimento, realização de ensinamentos e reforço do papel parental, promoção de cuidados antecipatórios e avaliação de risco. A Sr.ª Enf.ª Orientadora, responsável pela orientação do meu estágio, era elemento integrante da equipa do Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR). De acordo com o Despacho n.º 31292/2008, em cada ACeS deve existir pelo menos um NACJR, sendo que sempre que as características socio-demográficas assim o exigirem, poderão existir mais do que um núcleo no mesmo ACeS. O núcleo nos CSP deve ser constituído por um médico, um enfermeiro e outros profissionais da área da saúde mental ou serviço social, no mínimo. Todas as quartas-feiras à tarde a Sr.ª Enf.ª Orientadora participava nas reuniões do NACJR, contudo, por serem reuniões de elevada complexidade, em termos de confidencialidade e proteção das crianças e jovens referenciados, envolvendo até entidades judiciais, não foi possível estar presente.

Os registos das consultas são efetuados no sistema informático SClínico®. Este sistema informático é um sistema de informação evolutivo, que pretende uniformizar a realização dos registos clínicos, permitindo homogeneizar as práticas e a informação recolhida, procurando a eficácia, um melhor apoio e acompanhamento do utente (Ministério da Saúde, 2019). Neste sistema são registados dados como o crescimento antropométrico, o desenvolvimento da criança, baseada na Escala de Mary Sheridan Modificada, os cuidados antecipatórios, a avaliação de risco e os encaminhamentos para o NACJR e para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).

Para além do registo efetuado no sistema informático, também são registados no Boletim de Individual Saúde Infantil, os parâmetros de desenvolvimento e crescimento ou notas de observação relevantes, às quais os pais e outros profissionais de saúde que não trabalhem com o SClínico® podem ter acesso.

1.2 - Caracterização da Consulta de Desenvolvimento de Pediatria

A Consulta de Desenvolvimento de Pediatria (CDP) onde efetuei o meu segundo estágio pertence ao Centro de Estudos (CE) de um hospital central de Lisboa, cuja população alvo são as crianças até aos 5 anos de idade e sua família, intervindo de forma prioritária com crianças até aos 3 anos. Este CE projeta ser centro de referência e de excelência de diagnóstico, efetuando intervenção terapêutica precoce, formação e investigação, na área do neurodesenvolvimento, assim como na área de saúde mental da primeira infância.

O objetivo *major* do CE pauta-se por diagnosticar e intervir precocemente nas perturbações do desenvolvimento infantil e na saúde mental das crianças, através de uma atuação multidisciplinar articulada. Neste seguimento, detém a sua intervenção em crianças com suspeita de atraso no desenvolvimento infantil, previamente referenciadas ou pelo médico de família ou pelos próprios pais, que identifiquem alterações do comportamento, relação ou desenvolvimento; alterações do padrão de sono e dificuldades na alimentação e alterações da comunicação ou interação social (Halpern, et al., 2021).

Em termos funcionais o CE comporta a Unidade de Desenvolvimento e a Unidade de Primeira Infância. A equipa é constituída por Pediatras, Neuropediatras, Pedopsiquiatras, Enfermeiras Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, Psicólogas Clínicas, Terapeutas da Fala, Terapeutas Ocupacionais, Professora de Educação Especial e Assistente Social. Por forma a atingir o seu objetivo *major*, esta escrupulosa equipa articula-se com o SNIPI, nomeadamente com as Equipas Locais de Intervenção (ELI) Precoce na Infância, com escolas/creches/jardins de infância e com os Médicos de Família dos CSP.

De acordo com a legislação portuguesa, o SNIPI

consiste num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas actividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento (Decreto – Lei n.º 281/2009, p. 7298).

A intervenção do SNIPI resulta da atuação articulada entre os Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, com as famílias das crianças (Decreto-Lei, n.º 281/2009; Augusto et al., 2020).

Em termos estruturais, o CE, localiza-se no rés do chão de um dos pavilhões do hospital e constitui-se por: uma sala de espera, um espaço administrativo, gabinetes médicos, gabinetes de enfermagem, gabinete da professora de educação especial, gabinete da terapeuta da fala, gabinete de psicologia, sala de reuniões polivalente, dois ginásios de integração social utilizados pela terapia ocupacional, sala de desinfeção de brinquedos, uma copa, um vestiário e um WC.

Especificamente, o corpo clínico da Unidade de Desenvolvimento comporta duas EEESIP, três pediatras e uma neuropediatra.

As consultas de enfermagem de desenvolvimento infantil efetuam-se de segunda a sexta-feira, das 9h às 16h, pelas EEESIP alocadas ao departamento do desenvolvimento infantil. Os registos de enfermagem são elaborados no sistema informático SClínico®, onde são identificados os diagnósticos e as intervenções de enfermagem, de acordo com o Classificação Internacional para a Prática Enfermagem (CIPE®), havendo também um espaço para escrita de texto livre.

Existe um gabinete atribuído à Sr.^a Enf.^a Orientadora, contudo as consultas desenrolam-se num dos gabinetes amplos que o CE detém. Estes gabinetes são espaços amplos, que comportam inúmeros materiais lúdico-pedagógicos, uma secretária com um computador e cadeiras. As paredes coloridas e decoradas com ilustrações infantis, os tapetes policromáticos e os brinquedos disponíveis, tornam estes gabinetes acolhedores, remetendo para um espaço infantil, permitindo à criança sentir-se num ambiente familiar.

A consulta de enfermagem e o seu agendamento são efetuados de forma autónoma pela Sr.^a Enf.^a Orientadora, após a avaliação das necessidades da díade. O objetivo desta consulta prende-se com a promoção da saúde e do desenvolvimento infantil, de crianças com perturbações do desenvolvimento, priorizando intervenções que incentivem a adoção de estilos de vida saudáveis e padrões de comportamento favoráveis ao desenvolvimento infantil, como é exemplo a temática do sono da criança, hábitos e estilos de vida, o uso de ecrãs, adesão ao regime terapêutico, entre outros.

Em articulação com a equipa multidisciplinar do CE e com os parceiros comunitários, a consulta de enfermagem garante a prestação de cuidados de qualidade à criança e família, avaliando o desenvolvimento infantil, trabalhando também as competências parentais.

Além das consultas presencias de enfermagem do desenvolvimento, são também efetuados diversos contactos com a família da criança, nas quais a Sr.^a Enf.^a Orientadora, telefonicamente ou via email, faz o acompanhamento e monitorização das crianças que iniciam terapêutica (metilfenidato, risperidona, etc.). Esta consulta "*Follow Up*" é agendada autonomamente pela Sr.^a Enf.^a e registada no processo clínico do cliente. A Sr.^a Enf.^a efetiva ainda a marcação de consulta de enfermagem para avaliação dos sinais vitais da criança, com o intuito de monitorizar efeitos secundários da terapêutica (avaliação de tensão arterial, frequência cardíaca, hábitos alimentares e de sono, etc.).

No CE também é efetuada a consulta conjunta, cujo a população alvo são crianças com idades inferiores a 3 anos, previamente referenciadas, com aparentes dificuldades na relação e comunicação / suspeita de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). Além da consulta médica, é realizada uma consulta de enfermagem em conjunto com a Sr.^a Enf.^a EEESIP e a Sr.^a Enf.^a Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

São realizadas semanalmente reuniões multidisciplinares, denominadas por “Reuniões de Interação do CE”, que decorrem às sextas-feiras, com duração de 1h30m, na qual são discutidos casos clínicos de crianças, com idades inferiores a 24 meses e analisadas detalhadamente as interações pais-crianças.

Na consulta de enfermagem de desenvolvimento foi possível compreender a filosofia orientadora de cuidados adotada pela Sr.^a Enf.^a. Esta detém a sua intervenção, procurando a parceria de cuidados com os pais das crianças, numa lógica de capacitação, explicando quais as áreas que devem intervir, sublinhando a importância da sua intervenção, em termos dos resultados esperados para o seu filho, tocando os cuidados centrados na família (CCF). De tom afetuoso, a Sr.^a Enf.^a Orientadora procura constantemente estabelecer uma relação terapêutica com a criança e família, não só na consulta presencial, mas também na consulta telefónica de “Follow Up”. Interessa-se genuinamente pelo bem-estar da díade, da família alargada, pelos seus hábitos e rotinas e pelos seus apoios na comunidade. Durante a minha experiência clínica neste estágio, foi possível compreender as suas intervenções ao nível do cuidado emocional, no qual sistematicamente promoveu a minimização do impacto da doença na díade.

A Sr.^a Enf.^a detém a sua intervenção holística à criança e família, sendo muitas vezes elemento de referência para a díade. Através da capacitação da família, do recurso à brincadeira e ao método “FloorTime” (como ferramentas promotoras do desenvolvimento), do reconhecimento do impacto da perturbação de desenvolvimento na díade (sentimentos, comportamentos, alterações de hábitos, rotinas e novas responsabilidades), da realização de educação para a saúde e da procura da articulação multidisciplinar, presta cuidados de nível avançado, que efetivam a excelência. Durante a aplicação do método “FloorTime” é mobilizada a *Schedulle of Growing Skills II*, que na sua tradução corresponde a Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil e possibilita a avaliação rápida do desenvolvimento da criança dos 0 aos 5 anos, auscultando a função motora, o domínio da linguagem, competências auditivas, da visão, da fala e linguagem e a dimensão do desenvolvimento social (interação e autonomia pessoal) (ANIP, 2020; Bellman et al., 2020).

1.3 - Caracterização do Serviço de Urgência Pediátrica

O terceiro estágio iniciou a 7 de novembro e terminou a 2 de dezembro de 2022, num Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente (SUPP), num Hospital da região de Lisboa.

O Serviço de SUPP, pauta-se pelo atendimento de nível diferenciado, às crianças com situações de doença ou trauma grave e dispõe de especialidades de atuação local e permanente: pediatria, neuropediatria, neurocirurgia, cirurgia pediátrica e ortopedia. Estando localizada num grande centro urbano, existem outras especialidades médicas que não se encontram *in loco*, sendo asseguradas e garantidas condições de resposta adequadas. Disponibiliza assim canais privilegiados para urgência de outras especialidades não residentes, articulando-se com o centro hospitalar onde está inserida, como é exemplo a oftalmologia, a otorrinolaringologia, a cirurgia maxilo-facial e outras.

O SUPP está aberto 24 horas e recebe clientes até aos 18 anos menos um dia de idade e salvo exceções, de acordo com autorização médica, utentes com doença crónica até aos 25 anos, prestando cuidados de saúde diferenciados e de qualidade, centrados na criança e família. Este serviço atende os clientes que ali se deslocam pelos próprios meios, os trazidos pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, os referenciados pela Linha de Saúde 24 ou por outras entidades de saúde, sendo que a referenciação abrange toda a área da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, zona sul e ilhas.

Conforme enunciado em pelo Decreto-Lei n.º 106/2009, em Diário da República Portuguesa, a criança poderá permanecer acompanhada por uma pessoa durante a sua permanência no Serviço de Urgência (SU).

Em termos estruturais, o SUPP encontra-se localizado no rés-do-chão do edifício principal do hospital e é constituído por: 1 espaço administrativo, onde é realizada a admissão dos clientes, 2 salas de espera, 1 gabinete de triagem, 13 gabinetes médicos, 2 salas de tratamento de enfermagem, 1 sala de isolamento, 1 sala de aerossóis, 1 sala de reanimação, 1 serviço de observação (SO) de curta duração reservado às especialidades médicas e cirúrgicas, 1 serviço de observação de curta duração reservado à especialidade de pedopsiquiatria, 1 sala de pequena cirurgia, 1 sala de contenção, 3 salas de apoio à enfermagem que comportam macas e ainda 1 copa. Em termos de recursos humanos, de acordo com cada turno e o dia da semana, são escalados médicos, enfermeiros e

assistentes operacionais, em quantidades diferentes. A equipa de enfermagem constitui-se por cerca de 50 enfermeiros, a equipa de assistentes operacionais constitui-se por, aproximadamente, 15 elementos e n.º de elementos da equipa médica é variável.

Em termos funcionais e de dinâmica de serviço, a criança e acompanhante iniciam o seu percurso no SUPP na admissão no serviço administrativo, sendo posteriormente encaminhados para a sala de triagem. A equipa de enfermagem é responsável pela triagem da criança, no qual, através do Sistema *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*, são atribuídas prioridades de atendimento de acordo com a sua situação clínica.

Tal como recomendado pela DGS (2018) este hospital adota o sistema de triagem "*Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*", uma vez que este se configura como um sistema de triagem exclusivamente pediátrico, no qual é possível efetuar uma avaliação clínica através do triângulo de avaliação pediátrica (TAP), avaliar o motivo da consulta de urgência, bem como avaliar os sinais vitais da criança, tendo em consideração a idade e fatores de risco associados (*Canadian Association of Emergency Physicians*, 2012; DGS, 2018).

Existem 5 níveis de atribuição de prioridade e um tempo médio de atendimento, isto é: para o nível 5 (não urgente) é atribuída uma pulseira azul e pretende-se que a criança seja atendida em, aproximadamente, 120 minutos; para nível 4 (pouco urgente) é atribuída a pulseira verde e espera-se que avaliação da criança ocorra nos próximos 60 minutos; com o nível 3 (classificação urgente) é atribuída a pulseira amarela e espera-se que criança seja atendida nos 30 minutos seguintes; ao nível 4 (muito urgente) corresponde a atribuição da pulseira laranja e pretende-se que a criança seja atendida dentro de 15 minutos, pois requer uma observação rápida e vigilância contínua. No nível 5 (emergência) é atribuída a pulseira vermelha, com necessidade de avaliação clínica e prestação de cuidados imediatos (*Canadian Association of Emergency Physicians*, 2012). É na sala de reanimação, contígua à sala de triagem, que entram as crianças em situação de emergência, sendo emitido um sinal sonoro que ativa os cuidados imediatos da equipa do SUP (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais).

Depois da triagem efetuada, as crianças regressam à sala de espera, onde aguardam a observação médica. Após a avaliação, de acordo com a condição clínica, poderão ser efetuados tratamentos ou exames complementares de diagnóstico. De

acordo com cada situação, as crianças poderão dirigir-se aos outros serviços do hospital como o laboratório ou o serviço de imagiologia. Frequentemente passam pela sala de enfermagem para realização de procedimentos e tratamentos. Estas salas de tratamentos e os respetivos corredores são decoradas com desenhos nas paredes e muitas vezes os enfermeiros colocam músicas infantis a tocar na sala, para criar um bom ambiente de fundo. A colocação destas músicas torna o ambiente mais leve e familiar para a criança, uma vez que está sintonizada com o seu mundo, e frequentemente conhecem as canções que ali tocam, sendo uma forma de acolher a díade.

Entende-se que, tanto na sala de tratamentos como no serviço de observação, os enfermeiros prezam por uma prestação de cuidados não traumáticos durante toda a sua prática. Recorrem a diversas técnicas, de controlo da dor (farmacológicas e/ou não farmacológicas), à parceria de cuidados com os pais, durante a realização de procedimentos e frequentemente detêm intervenções de cuidados emocional à díade, com o intuito de minimizar a ansiedade sentida neste ambiente de saúde.

A equipa de enfermagem explica sempre à criança e família os procedimentos e tratamentos que irão efetuar, esclarecendo dúvidas e elucidando-os acerca dos resultados esperados. A equipa procura, não só a cooperação da criança, mas também a parceria do acompanhante durante os procedimentos, seja como fator de distração ou facilitador de cuidados, como quando, a título de exemplo, oferecem ao pai/mãe a possibilidade de serem eles a administrar o xarope via oral, uma vez que a criança se sente mais segura e confiante.

Quando as crianças em situação de doença não estão aptas para ter alta para domicílio e necessitam de uma vigilância e monitorização, ficam internadas no SO. Este, configura-se como uma unidade de internamento de curta duração, num máximo de 48h, dado que a situação clínica das crianças requer uma vigilância acentuada, uma vez que a sua condição é impeditiva para alta domiciliar ou para a cuidados em enfermaria. Este serviço comporta 5 vagas e permite que o acompanhante permaneça continuamente com a criança, tendo a possibilidade de alternar com outro cuidador, caso assim pretenda. O SO é também munido de um ambiente pediátrico, que acolhe e envolve a díade e dispõe de duas televisões que se encontram sintonizadas em canais infantis para a promoção de distração da criança.

Foi possível compreender que o método de trabalho adotado neste serviço é o método individual de trabalho, uma vez que a execução de cuidados à criança é efetuada somente por um enfermeiro, de acordo com o posto onde está alocado, sendo responsável pela tomada de decisão e a satisfação das necessidades da díade (Ventura e Silva, 2021).

Tanto no SO como na sala de tratamentos, os registos de enfermagem são efetuados no sistema informático *HealthCare Information Solution* (HCIS), um sistema de informação integrado que estabelece ligações com sistemas terciários.

1.4 - Caracterização da Unidade de Neonatologia

A Unidade de Neonatologia (UN) onde realizei o meu 4.º estágio está inserida num Hospital Central de Lisboa, considerada unidade de referência para o território nacional e ilhas. Esta unidade configura-se como uma unidade de apoio neonatal, que recebe o RN e sua família, que necessitem de cuidados altamente especializados e diferenciados, provenientes do bloco de partos, do serviço de puerpério ou do bloco operatório do próprio hospital, e também provenientes de outros hospitais ou do contexto de domicílio.

O serviço de Neonatologia onde realizei estágio comporta a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e a Unidade Cuidados Intermédios Neonatais (UCIN). Este serviço é considerado referência para Portugal Continental e Ilhas, com capacidade de admissão de 34 RN (13 vagas na UTIN e 21 vagas na UCIN). Em termos de estrutura na UTIN os quartos são individuais. No que respeita à estrutura da UCIN, existem 3 salas: duas das salas contam com 6 incubadoras e uma sala com 8 berços, existindo ainda um quarto de isolamento composto por uma incubadora. Os quartos individuais ou de grupo nas UN são considerados como espaços ideais, promotores do neurodesenvolvimento do RN, que aumentam a satisfação dos pais (O'Callaghan et al., 2019).

De acordo com a DGS (2003), as Unidades de Cuidados Intensivos caracterizam-se por serem “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (DGS, 2003, p.6). Especificamente nas UN são prestados cuidados de

saúde altamente especializados ao RN prematuro ou doente (Sociedade Portuguesa de Neonatologia [SPN], n.d.). A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2020) considera prematuro qualquer bebé que nasça antes das 37 semanas de gravidez, definindo diferentes estádios de prematuridade de acordo com a idade gestacional: extremamente prematuro (menos de 28 semanas); muito prematuro (28 a 32 semanas); prematuro moderado a tardio (32 a 37 semanas).

Em termos estruturais o serviço, localizado no piso 1 do hospital, comporta um espaço administrativo externo à unidade, uma sala de preparação de medicação, sala de preparação de leites, uma copa de leites onde se encontra localizado o “Banco de Leite Humano”, uma sala para utilização dos pais, gabinete da enfermeira chefe, uma copa para profissionais, uma sala de reuniões.

À entrada do serviço encontra-se um espaço reservado aos pais, que dispõem de cacifos, lavatório e equipamentos de proteção individual, para que estes e as visitas se possam vestir antes de entrar na unidade. As paredes do espaço têm pendurados painéis de cortiça, onde se encontram fotografias, agradecimentos escritos, desenhos, fornecidos pelas crianças e pais, que outrora estiveram internados na UN.

Estruturalmente a UTIN detém um espaço aberto que comporta secretarias, computadores e cadeiras, onde os profissionais podem efetuar os seus registos clínicos informáticos, nas folhas da unidade. Existe um longo corredor que comporta quartos individuais, envidraçados, onde é possível observar a unidade individual do RN.

Já na UCIN, existem três salas abertas e envidraçadas: duas das salas contam com seis incubadoras e uma sala com oito berços, existindo ainda um quarto de isolamento composto por uma incubadora.

A UN detém uma equipa de saúde multidisciplinar que se constitui por médicos, cerca de setenta enfermeiros, assistentes operacionais, fisioterapeutas e terapeutas da fala, que prestam cuidados de forma articulada.

No que respeita à filosofia dos cuidados de enfermagem, a equipa adota o método de enfermeiro de referência, uma vez que sempre que possível, o enfermeiro que recebeu o RN e família no primeiro dia de internamento, é responsável pela prestação de cuidados à díade ao longo de toda a permanência na UN, permitindo-o acompanhar

a evolução clínica e o desenvolvimento de uma relação terapêutica de confiança, até ao dia da alta.

Ao longo do estágio foi possível compreender que toda a equipa norteia as suas intervenções sustentadas pela prestação de cuidados não traumáticos e com especial enfoque na prestação de cuidados neuroprotetores.

Os cuidados centrados na família são também escopo de atuação dos enfermeiros da UN. Para além da realização de ensinamentos aos pais, durante a prestação de cuidados, os enfermeiros realizam ainda sessões formativas que visam a promoção de conhecimentos acerca dos cuidados ao RN como formações sobre a amamentação, método canguru, cuidados à pele do bebé, etc. É também notória a preocupação e sensibilidade com que a equipa de enfermagem acolhe os pais na unidade, procurando esclarecer todas as suas dúvidas e anseios primordiais, fornecendo explicações acerca dos aparelhos técnicos, das intervenções, dos possíveis procedimentos e técnicas a realizar. Este cuidadoso esclarecimento permite aos pais não só um sentimento de confiança no profissional como também desconstrói o ambiente pesado da unidade. É possível verificar o esforço da equipa para minimizar o seu impacto, tanto na família como também no RN.

A equipa de enfermagem procura ainda a sua intervenção em pequenos detalhes como frases motivadoras em cada incubadora, dirigidas aos pais, celebração de conquistas de cada bebé, comemoração de épocas festivas ou dias temáticos, por forma a promover o bem-estar da família no espaço físico, tal como preconizado pelo Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica.

Ao longo da sua prática a Sr.^a Enf.^a Orientadora atenta na gestão emocional dos pais, procurando constantemente reconhecer e validar os sentimentos dos pais, abrindo frequentemente espaço para conversas com diáde, que lhes permita a ventilação de emoções e por conseguinte a sua intervenção eficaz, mobilizando muitas vezes outras áreas de atuação como psicologia, terapia da fala e a assistência social.

Destaco ainda o bom ambiente da equipa de enfermagem que se faz sentir, neste serviço, reconhecendo-o não só como facilitador da minha integração, mas também como promotor da regulação emocional para cuidar, de cada elemento da equipa de enfermagem (Diogo, 2023).

1.5 Caracterização do Internamento de Pediatria

O serviço de internamento de pediatria onde efetuei o meu estágio, insere-se num hospital da região de Lisboa e recebe crianças até aos dezoito anos de idade, com doença oncológica e sua família. Este serviço, inserido do departamento de pediatria, do hospital suprarreferido funciona em articulação com o hospital de dia pediátrico e a consulta de pediatria, sendo considerado Centro de Referência de Oncologia Pediátrica para a região sul de Portugal Continental, Açores e Madeira e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes administrativos, nutricionistas, psicólogas, professoras, educadoras e assistente social. Referencio ainda as equipas de voluntários, pertencentes a organizações profissionais, que desenvolvem atividades no serviço com as crianças e famílias, contribuindo indubitavelmente para a promoção do seu bem-estar durante a hospitalização.

Relativamente à sua dimensão estrutural, este serviço funciona no 7.º piso do hospital e comporta 25 vagas das quais 14 são quartos individuais, 8 são em quartos partilhados e 3 são quartos de isolamento com pressão positiva. O serviço constitui-se ainda por um gabinete de secretariado, a sala dos médicos, sala de enfermagem, gabinete da enfermeira chefe, sala de procedimentos, sala de atividades/ brincar, escola, gabinetes de reunião, copa para os clientes, copa para os profissionais, vestiário, sala de esterilização e uma casa de banho para os pais.

A sala de enfermagem é um espaço aberto, que compila um espaço de arrumação de armazenamento de terapêutica, material e equipamento técnico; detém uma bancada para preparação terapêutica e no centro da sala existe um espaço destinado à passagem de turno, que configura uma mesa com computadores e cadeiras.

À semelhança dos corredores, os quartos de internamento encontram-se pintados com cores neutras, chão azul-claro que emanam tranquilidade. Todos os quartos dispõem de uma televisão e cada unidade do cliente é composta por uma cama articulada, uma mesa de cabeceira e um cadeirão para o acompanhante. De destacar

que muitos dos suportes de soro se encontravam pintados com cores pastéis e tinham pendurado o desenho de um boneco.

Ao longo do estágio foi possível compreender a intervenção da equipa de enfermagem que incide a sua prática na prestação de cuidados humanizados à criança e família, com especial enfoque na prestação de cuidados não traumáticos e cuidados centrados na família. É explanado em todos os contactos enfermeiro – criança – família o cuidado, a cautela, a sensibilidade com a qual equipa de saúde se dirige à díade, procurando ampará-la e cuidá-la na sua totalidade ao longo de todo o percurso de internamento/doença. Há cuidado notório não só com os pais, mas também com os irmãos, avós e família alargada, sendo que frequentemente incentivam as suas visitas, quando possível. Aquando do internamento os enfermeiros esclarecem as famílias acerca de todos os apoios e intuições à qual podem recorrer, disponibilizando informações e contactos. Além da prestação de cuidados técnicos, os enfermeiros dirigem-se frequentemente aos quartos ou à sala de brincar, no sentido de encontro total com a díade. Brincam, conversam, ouvem, desenham, contam anedotas ao longo dos dias de internamento, estabelecendo assim uma relação de confiança que transcende a relação de cuidar.

A equipa de enfermagem adota no internamento o método de trabalho enfermeiro de referência.

Os registos de enfermagem são efetuados no programa informático Sorian®.

Referências Bibliográficas

- Augusto, C., Rosário, R., Silva, M. J., Araújo, B., & Barbieri-Figueiredo, M. do C. (2020). Crianças com Necessidades Especiais. In *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 248–263). Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Canadian Association of Emergency Physicians. (2012). *The canadian triage and acuity scale combined adult/paediatric Educational Program: Participant's Manual* (Issue April 2012). <http://www.caep.ca/template.asp?id=B795164082374289BBD9C1C2BF4B8D32>.
- Decreto – Lei n.º 106/2009 (2009). Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. Ministério da Saúde. Diário da República I Série (N.º 178 de 14-09-2009). ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/106-2009-489768>
- Decreto-Lei n.º 281/2009 (2009). Cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. Ministério da Saúde. Diário da República I Série A (N.º 193/2009 de 6-10-2009). ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/281-2009-491397>
- Decreto-Lei n.º 52/2022 (2022). Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Presidência de Conselho de Ministros. Diário da República I Série A (N.º 150 de 4-08 - 2022), 5-52. ELI: <https://files.dre.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>
- Diogo, P. (2023). *Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica*. LisbonPress.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). Cuidados Intensivos. Direção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2013, maio 31). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2018, janeiro 9). *Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. Circular Normativa N.º 002/2018. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>
- Halpern, C. M., Caldeira da Silva, P., Costa, D., Nascimento, M. J., Mesquita Reis, J., Martins, M. T., Pinto Ferreira, B., Santos, I., Carvalho, L., Paiva Gomes, M., Martins, M.,

Pimentel, M. J., Lopes, P., Silva, P., Rapazote, R., Catarino, S., Aires Pereira, S., Pereira, S., & Afonso, S. (2021). A perturbação do espectro do autismo na primeira infância: O modelo do centro de estudos do bebé e da criança de avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica. *Acta Médica Portuguesa*, 34(10), 657–663. <https://doi.org/10.20344/amp.13397>

O'Callaghan, N., Dee, A., & Philip, R. K. (2019). Evidence-based design for neonatal units: a systematic review. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*, 5(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s40748-019-0101-0>

Organização Mundial de Saúde. (2020, setembro). Pôr termo à morte de recém-nascidos e nados-mortos evitáveis até 2030. Organização Mundial de Saúde & United Nations International Children's Emergency Fund

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2019). Manual de Consulta Rápida: SClínico. In *Ministério da Saúde*. https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/DIGITAL_Brochura_Guia-SClinico_2019.pdf

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (s.d.). *O ambiente das unidades de cuidados intensivos neonatais*. Consultado a 23 de setembro de 2023. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/O-ambiente-nas-Unidades-Cuidados-Intensivos-Neonatais1.pdf>

Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. da S., Trindade, L. de L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>

APÊNDICE V – Resenha acerca dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

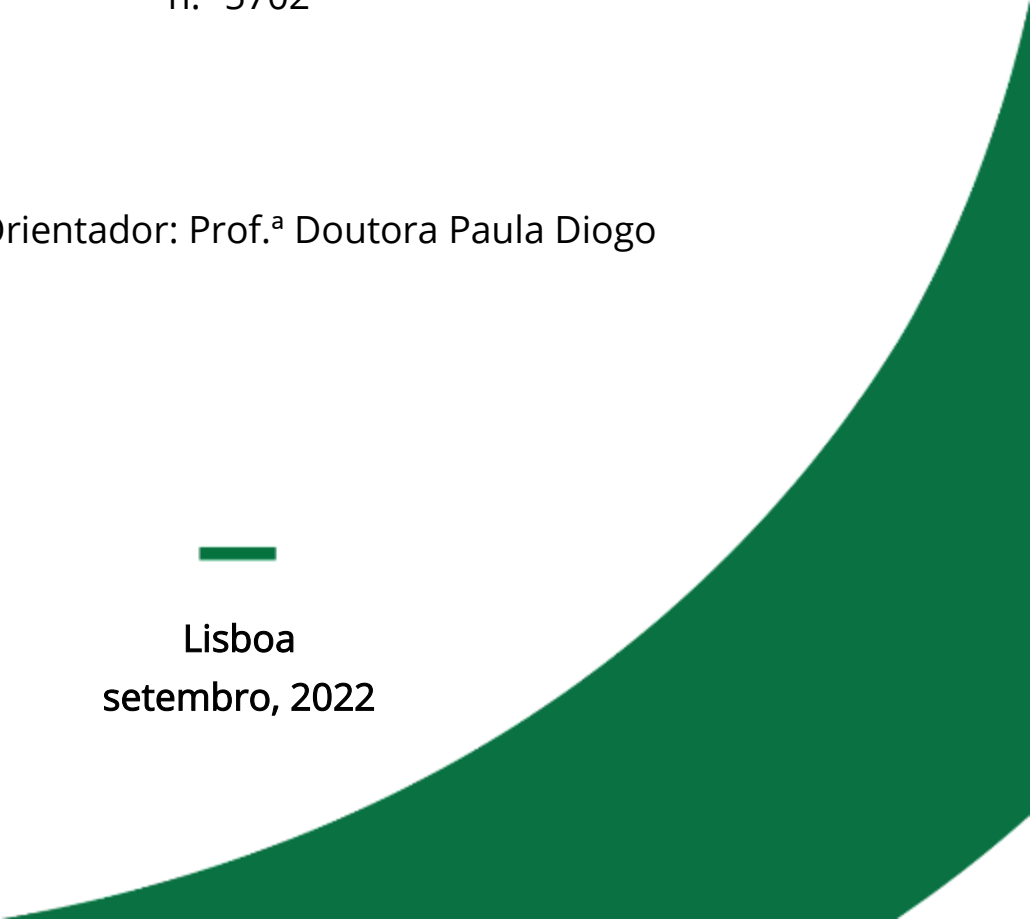
Contexto Clínico: Cuidados de Saúde Primários
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Resenha acerca dos Cuidados de Saúde Primários

Francisca Figueiredo Teixeira da Silva Frias
n.º 5702

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa
setembro, 2022



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS - Administrações Regionais de Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

CSP- Cuidados de Saúde Primários

OMS - Organização Mundial de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNICEF - *United Nations Children's Fund*

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

I) **Justificação da Atividade**

A título introdutório, o presente trabalho surge como indicador de atividade, resultante do 1.º **Objetivo** no âmbito do estágio nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). A fim de conhecer a dinâmica estrutural, organizacional e funcional da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), realizei inicialmente uma pesquisa bibliográfica, com evidência científica pertinente e atual, que se traduziu na elaboração de uma síntese acerca dos CSP em Portugal, com o intuito de alcançar uma melhor apropriação do contexto clínico. Também a entrevista exploratória realizada à Sr. Enf.^a Orientadora foi contributo para a elaboração deste trabalho.

1. Breve Resenha acerca dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Foi no ano de 1978 que a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a *United Nations Children's Fund* (UNICEF) realizaram a primeira conferência internacional sobre CSP, em Alma-Ata, no Cazaquistão. Esta conferência apontava a necessidade de atenção à saúde primária, propondo a implementação de serviços locais de saúde, virados para as necessidades da população, sustentados numa lógica multidisciplinar, no qual se veem envolvidos médicos, enfermeiros, auxiliares, agentes comunitários, entre outros (Pisco & Pinto, 2020). Assinada por 134 países, incluindo Portugal, a Declaração de Alma-Ata objetivava a meta “Saúde para todos no ano de 2000”, apelando assim à equidade em saúde, promovendo uma cobertura universal (Organização Mundial da Saúde, [OMS] 2008). A declaração afirmava assim a importância dos CSP, reconhecendo a saúde, não só como ausência da doença, mas também como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, concebendo-a como um direito humano (Gava & Dias, 2018; Pisco & Pinto, 2020).

Surgem assim os CSP. De acordo com a Entidade Reguladora de Saúde (ERS), os CSP são um elemento central do Sistema Nacional de Saúde, representantes do primeiro nível de serviços de saúde pessoais na comunidade. Através de uma lógica de integração e articulação com outros serviços, os CSP assumem diversas funções como: promoção da

saúde e prevenção de doença, prestação de cuidados de saúde e ainda primam pelo acompanhamento de qualidade e proximidade à população-alvo, garantindo uma continuidade e dando resposta às necessidades de saúde imediatas aos clientes e às famílias (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2021; OMS, 2020).

A implementação dos CSP em Portugal traduziu-se em ganhos evidentes na saúde da população, sendo disso exemplo a diminuição da mortalidade infantil, neonatal e perinatal e o aumento da esperança média de vida. Concomitantemente, assistiu-se a uma excessiva centralização de serviços nas Sub-Regiões e nas Administrações Regionais de Saúde (ARS), culminando num défice de recursos humanos nos CSP. A acrescentar, a falta de um sistema remuneratório com incentivos, que visava alcançar melhores desempenhos, conduziram a uma desmotivação dos profissionais e um declínio na qualidade dos cuidados prestados (Biscaia et al., 2008; Miguel & Sá, 2010). Sendo a motivação considerada fator determinante para a eficiência dos profissionais, para a qualidade dos cuidados prestados e para a eficácia das organizações, seria previsível o declínio dos CSP (Salgado Martins et al., 2020).

Assim, em 2005, surge formalmente, a reforma dos CSP em contexto nacional, que se traduziu na reorganização destes, assumindo-se como uma das mais bem-sucedidas reestruturações nos serviços públicos. Esta mudança almejava uma maior qualidade e acessibilidade aos cuidados, promovendo uma participação mais ativa e uma maior satisfação, quer dos usuários, quer dos profissionais. Pretendia-se a melhoria do desempenho dos Centros de Saúde, onde o trabalho em equipa e a multidisciplinaridade se configuravam como focos centrais e os ganhos em saúde um objetivo primordial (Biscaia & Heleno, 2017).

Neste seguimento, em fevereiro de 2008 os Centros de Saúde foram transformados em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). Os ACeS constituem-se como serviços públicos de saúde descentralizados, com autonomia administrativa, sob a dependência da ARS respetiva. São constituídos por diversas unidades funcionais que integram um ou mais centros de saúde (ERS, 2021).

Assim, derivam dos ACeS as seguintes unidades funcionais: Unidade de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades

de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e as Unidades de Saúde Pública (USP) (ERS, 2021).

A constituição das USF pauta-se, segundo Biscaia e Heleno (2017), pela reestruturação mais relevante da reforma dos CSP. Disciplinadas por uma legislação específica, as USF são constituídas por uma equipa multidisciplinar, com autonomia organizativa e técnica, com capacidade de atuação em intercooperação com outras unidades funcionais e do ACeS. As USF podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C (modelo experimental) e têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de determinada área geográfica, assegurando acessibilidade, a globalidade, a qualidade e continuidade dos mesmos (Decreto-Lei n.º 52/2022). À data, apenas existem USF de Modelo A e B.

A UCSP têm uma estrutura idêntica à prevista para a USF, composta por uma equipa multiprofissional: médicos, enfermeiros e administrativos, que prestam cuidados personalizados de saúde, garantido o seu acesso, continuação e globalidade (Decreto – Lei n.º 28/2008). Contudo, as UCSP distinguem-se das USF por apresentarem um nível mais baixo de desenvolvimento e dinâmica de equipa, não possuindo autonomia, pois dependem do diretor executivo (Gava & Dias, 2018). Nas USF e UCSP, os enfermeiros prestam cuidados à pessoa e família, ao longo do ciclo de vida, de acordo com os programas nacionais de saúde.

Já nas UCC, a população-alvo são grupos comunitários de vulnerabilidade acrescida, no qual são prestados cuidados de saúde, apoio psicológico e social, tanto no âmbito comunitário como no âmbito domiciliário. A equipa da UCC, no qual muitas das unidades são coordenadas pela enfermagem, é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, terapeutas da fala e outros profissionais, acompanhando a pessoa, família e grupo, que se encontrem em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença, atuando na educação para a saúde, na integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Decreto de Lei n.º 52/2022; Guedes et al., 2019).

As USP são responsáveis pela elaboração de planos do domínio da saúde pública, gerindo programas no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde em geral ou

grupos específicos. São constituídas por profissionais especializados na área de saúde pública (Decreto de Lei n.º 52/2022; Gava & Dias, 2018).

Por fim, as URAP são as responsáveis por apoiar as restantes unidades funcionais, prestando serviços de consultoria, onde a equipa se constitui por médicos, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral, entre outros (Decreto-Lei n.º 52/2022).

Prevê-se que a 1 de janeiro de 2024, entrem em funcionamento as Unidades Locais de Saúde, que perspetivam a modernização do SNS, integrando numa mesma entidade os cuidados de saúde prestados pelos hospitais e centros de saúde, vindo por isso extintas as USF, UCSP, UCC, USP e URAP (Decreto-Lei n.º 108/2023).

2. Conclusão

Através desta breve análise acerca dos CSP em Portugal foi possível adquirir e aprofundar conhecimentos acerca das unidades funcionais que derivam dos ACeS, resultante da reorganização dos CSP em 2005, cumprindo o objetivo da reforma: melhoria dos cuidados, com maior satisfação dos usuários e ganhos em saúde para a população.

A informação recolhida previamente, permitiu-me uma prestação mais ativa e consciente enquanto discente, uma vez que a procura de um conhecimento aprofundado e específico é instrumento do processo de aprendizagem.

Por forma a atingir a excelência dos cuidados, numa lógica de uma prática de enfermagem avançada, e tendo por sustento o Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro deve procurar a melhor informação para tomada de decisão no processo de cuidar, otimizando assim o mesmo, permitindo o avanço e a melhoria contínua da prática de enfermagem.

Referências Bibliográficas

Biscaia AR, Martins JN, Carreira MF, Gonçalves IF, Antunes AR, Ferrinho P (2008). Cuidados de saúde primários em Portugal, reformar para novos sucessos. Padrões Culturais Editora, 2ª Edição

Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: Portuguesa, moderna e inovadora. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(3), 701–711. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>

Decreto-Lei n.º 108/2023 (2023). Aprova medidas de valorização dos trabalhadores que exercem funções pública. Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República 1ª Série (N.º 226 de 22-11-2023), 2-4. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/108-2023-224615906>

Decreto-Lei n.º 28/2008 (2008). Governo Constitucional reconheceu os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde. Diário da República 1.ª Série (N.º 38 de 22-02-2008), 1182-1189. ELI: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>

Decreto-Lei n.º 52/2022 (2022). Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Presidência de Conselho de Ministros. Diário da República I Série A (N.º 150 de 4-08 – 2022), 5-52. ELI: <https://files.dre.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>

Entidade Reguladora da Saúde. (2021). *Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde*. Consultado a 21 de outubro de 2022. <https://www.dgs.pt/em-destaque/lei-n-152014-de-21-de-marco-direitos-e-deveres-do-utente-dos-servicos-de-saude-pdf.aspx>

Gava, G. B., & Dias, H. R. (2018). A reforma dos Cuidados de Saúde Primários: êxitos e desafios da experiência portuguesa. *NAU Social*, 9(16), 19–39. <https://doi.org/10.9771/ns.v9i16.31411>

Guedes, V. M. S., Figueiredo, M. H. J. S., Apóstolo, J. L. A., Silva, M. L., Oliveira, P. C. M., & Ferreira, M. M. H. P. (2019). Práticas de enfermagem em cuidados de saúde primários com base num referencial de competências. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 9(27), 23. <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2019.9.27.23-32>

Miguel, L. S., & Sá, A. B. de. (2010). Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. *Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*, 40. <https://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSP1.pdf>

Organização Mundial da Saúde. (2008). *The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever*. Consultado a 21 de outubro de 2022. https://reliefweb.int/report/world/world-health-report-2008-primary-health-care-now-more-ever?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAvJarBhA1EiwAGgZI0BzF9XgnMFjVE-BTK6k6a3GoSm5Zjt-xf4izXZG_c1Y1GH8u17Z3RoC8LQQA_VD_BwE

Organização Mundial de Saúde. (2020). Competencies for nurses working in primary health care. In *World Health Organization*. Consultado a 21 de outubro de 2022. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery>

Pisco, L., & Pinto, L. F. (2020). From alma-ata to astana: The path of primary health care in Portugal, 1978-2018 and the genesis of family medicine. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25(4), 1197–1204. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31222019>

Salgado Martins, C. I., Ferreira dos Santos Potra, T. M., & Bernardes Lucas, P. (2020). Fatores de motivação dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 24(1), 27–38. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v24i1.167>

APÊNDICE VI – Diário de Campo na Unidade de Cuidados de Saúde
Personalizados

**13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**Contexto Clínico: Cuidados de Saúde Primários
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados**

**Diário de Campo na Unidade de Cuidados de Saúde
Personalizados**

**Francisca Figueiredo Teixeira da Silva Frias
n.º 5702**

Docente Orientador: Prof.ª Doutora Paula Diogo

**Lisboa
outubro, 2022**

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CSP - Cuidados de Saúde Primários

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Sr.^a Enf.^a – Senhora Enfermeira

TEEP - Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

I) JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

A realização deste trabalho decorreu no mês de outubro de 2022, aquando da realização do meu primeiro estágio, em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), numa das Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da região da grande Lisboa.

Com o intuito de desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) na prestação de cuidados à criança/jovem e família, em diferentes contextos pediátricos, com enfoque no cuidado emocional à díade, o presente trabalho pretende dar resposta aos 4.º, 5.º e 6.º objetivos inerentes ao contexto de estágio de CSP.

Desta forma, é elaborado um diário de campo, onde é descrita e refletida uma situação de cuidados experienciada na UCSP, com a pertinência de: **Reconhecer as emoções experienciadas pela criança e família que recorrem à UCSP (4.º objetivo); observar e refletir sobre as práticas da gestão emocional à criança e família na UCSP (5.º objetivo) e analisar as dimensões do Modelo Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP) observadas no contexto da UCSP (6.º objetivo)**, reconhecendo deste modo a importância da emocionalidade na consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil.

A situação que se pretende analisar é elaborada sob a forma de um diário de campo, no qual se pode ver descrita a circunstância, sendo posteriormente refletida, à luz da evidência científica, incidindo também nas intervenções utilizadas pelo EEESIP, na sua prática de cuidado emocional. O diário de campo é uma ferramenta que compreende o registo completo, detalhado e profundo das observações dos factos concretos, acontecimentos, sentimentos, relações verificadas, experiências pessoais do profissional, suas reflexões e comentários (Campos et al., 2021). Este é considerado instrumento de aprendizagem, pois na sua utilização vê-se articulada o saber teórico com o saber prático, resultante da observação participante e do pensamento crítico (Soares et al., 2011).

1. Diário de Campo

A menina A. dirigiu-se à UCSP na companhia da sua mãe para efetuar a consulta dos quatro anos de idade. Encontrava-se sentada na sala de espera, entretida a jogar no telemóvel da sua mãe, enquanto aguardavam a chamada para a consulta. Acompanhada pela Sr.^a Enf.^a Orientadora, como já era habitual, dirigi-me à sala de espera para chamá-las, cumprimentando-as. Apresentei-me e pedi que nos acompanhassem até ao gabinete de enfermagem para a consulta, que iria ser realizada por mim e pela Sr.^a Enf.^a Orientadora em conjunto. A A. não dirigiu o olhar permanecendo a jogar no telemóvel da mãe. No intuito de me aproximar, perguntei-lhe o que estava a jogar no telemóvel e ela timidamente e, como que assustada, respondeu-me que estava a fazer o jogo das cores. A conversa continuou ao longo do corredor e perguntei à A. qual era a sua cor preferida. Prontamente e de resposta curta a A. disse "Amarelo." Já no gabinete de enfermagem, a Sr.^a Enf.^a Orientadora abordou a mãe, procurando saber como estava, atentando na restante família, perguntando sobre o filho mais velho, uma vez que já os conhecia previamente, de idas anteriores à UCSP. Nesta abordagem, a A. mostrou-se pouco disponível para a conversa, permanecendo a jogar no telemóvel da sua mãe, direcionando pontualmente o seu olhar desconfiado e receoso para o ambiente envolvente.

Enquanto a mãe e a Sr.^a Enf.^a Orientadora falavam, procurei interagir com a A. no sentido de me aproximar, criar uma relação terapêutica e de cooperação. Levantei-me e recorrendo aos bonecos desenhados nas paredes do gabinete, perguntei "*Tu queres jogar comigo ao jogo das cores, aqui?*". A A. deixou o telemóvel e prontamente veio ter comigo e as duas percorremos as cores de todos os bonecos ali pintados. Às minhas perguntas sobre as cores: "*De que cor é o chapéu do urso?*"; "*Qual é a cor das botas do coelho?*" e ela alegremente respondia e devolvia com outras perguntas "*Tu sabes esta cor?*".

A brincadeira estendeu-se ao longo de toda a consulta e foi através da mesma que efetuámos as avaliações preconizadas na consulta dos 4 anos de idade sendo que a A. mostrou-se muito colaborante e sorridente no seu decorrer. Procurei estratégias que a incentivavam à sua colaboração como: "*Vamos ver de que cor é o boneco que está colado*

na balança?"; "Deixa ver se tu és mais alta que o elefante azul!" ou "Podemos colocar esta manga azul no teu braço e mostrar à mamã como estás muito, muito forte?", reforçando positivamente todas as suas intervenções.

Por entre corridas, cócegas, sorrisos, gargalhadas e elogios, avalei os parâmetros preconizados no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, pela Direção-Geral de Saúde (2013), enquanto a Sr.^a Enf.^a tecia orientações acerca dos cuidados antecipatórios como alimentação, higiene, saúde oral, desenvolvimento e esclarecia questões acerca da creche e tempos de ecrã, uma vez que era perceptível o contacto que A. tinha com o telemóvel e jogos.

O ambiente da consulta foi genuinamente tranquilo e de cooperação, onde através de uma dinâmica conjunta entre mim e a Sr.^a Enf.^a Orientadora foi possível uma avaliação eficaz da criança. Se inicialmente a A. se mostrou pouco recetiva à minha abordagem, algo receosa e desconfiada, no final da consulta, antes de se dirigir ao gabinete médico, já questionava a mãe se podiam voltar no dia seguinte.

Durante a minha passagem pela UCSP, foi possível compreender a complexidade e sensibilidade que a prestação de cuidados de enfermagem exige, onde a dimensão emocional desempenha um papel crucial que demanda a intervenção do EEESIP.

Os CSP são na maioria das vezes o primeiro contacto que as crianças têm com o contexto de saúde, no qual frequentemente se sentem emocionalmente ameaçadas, pelo ambiente desconhecido e pelos procedimentos, por vezes, dolorosos e invasivos (ex. vacinação), sendo um evento potencialmente traumatizante (Silva, 2011; Lerwick, 2016). A Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil Juvenil, por ser instrumento crucial para a promoção e vigilância da saúde da criança e exigir um acompanhamento regular, permite o estabelecimento de uma relação de proximidade entre o enfermeiro, a criança e a família (Fernandes & Andrade, 2020; Gaiva et al., 2018).

Cabe ao EEESIP reconhecer a emocionalidade negativa acoplada às consultas de CSP, com o propósito de minimizar a ansiedade e o medo, prevenindo futuros traumas induzidos pelos cuidados de saúde (Lerwick, 2016).

Na primeira abordagem à A. e à sua mãe, quando as recebi e cumprimentei na sala de espera procurei acolhê-las. Esta prática é adotada pela Sr.^a Enf.^a Orientadora, sendo que considero que é uma intervenção dotada de humanização, uma vez que

demonstra um especial cuidado com cada família, um acolhimento individual, onde há um reconhecimento do Outro, e não apenas uma chamada através de um sistema de senhas ou via intercomunicador. Para me aproximar da A. procurei identificar o seu foco de atenção, que neste caso era o jogo das cores e sintonizar-me. Ainda que de início não existisse confiança da A. em mim, ao perguntar-lhe qual a sua cor favorita, demonstrei interesse em conhecê-la. Esta intervenção promoveu a aproximação à criança e fez com que esta me identificasse como pessoa de confiança e preocupada com ela.

Frequentemente, os contextos de saúde são percebidos pelas crianças como ambientes hostis e ameaçadores, por não lhes serem familiares ou porque os associam a memória de experiências negativas (OE, 2015; Fox, c2024). A Carta da Criança nos CSP, do Instituto de Apoio à Criança prevê a adequação do espaço físico às necessidades da criança, oferecendo um ambiente familiar e “amigo da criança” através de ilustrações, respondendo às suas necessidades físicas e afetivas (Agostinho et al., 2021).

No gabinete de enfermagem, as alusões ao mundo infantil com bonecos desenhados e colados nas paredes, foram o vetor essencial para a minha intervenção. A conexão com o mundo infantil permitiu-me a aproximação da A., lançando assim alicerces para uma relação afetiva e de proximidade, na qual a A. me reconheceu como elemento seguro e de confiança. Este conjunto de intervenções permitiram que a A. sentisse o gabinete de enfermagem como um **ambiente seguro e afetuoso** (Diogo, 2015, 2023).

Era evidente o receio da A. que a acompanhava desde a sala de espera. O medo, o stress e a ansiedade são sentimentos frequentemente experienciados pelas crianças no contexto de cuidados de saúde (Diogo et al, 2016; Lewirck, 2016). Neste sentido, por forma a evitar estes sentimentos, a minha interação com a A., no decorrer da consulta, foi pautada por sorrisos, espontaneidade, genuínos abraços, brincadeiras, cócegas, reforço positivo e elogios, que permitiram a mitigação de sentimentos de medo e desconfiança, alcançando assim o seu bem-estar. Esta atuação, reflete a dimensão do Modelo TEEP “**Nutrir cuidados com afeto**”, onde através de intervenções embebidas em ternura e carinho, de total envolvência de ambas as partes, permitiu a tranquilidade da A., a sua confiança e colaboração ao longo da consulta (Diogo, 2015, 2023).

Envolvida numa esfera de brincadeira, que lhe possibilitou um distanciamento do ambiente de saúde e do sentimento de desconfiança, a A. viu o seu receio mitigado, alcançando a tranquilidade, confiança e bem-estar no contexto. Acolher a criança através do brincar, permite a redução do stress e o medo, configurando-se assim como uma intervenção terapêutica, que concorre para uma prática de excelência de cuidados (Tavares, 2011; OE, 2013). Além da brincadeira, também a abordagem carinhosa, a distração, a disponibilidade, a explicação dos procedimentos como a “avaliação do peso, avaliação de tensão arterial”, com o propósito de alcançar um resultado, a gestão da informação e a interação recíproca, foram motes para que a A. se sentisse segura e à vontade no âmbito da consulta. Compreende-se assim que, a utilização deste conjunto de estratégias foram promotoras de uma gestão emocional positiva e adaptativa, explanando a terceira dimensão do Modelo TEEP, onde o enfermeiro intervém no sentido de **facilitar a gestão das emoções do cliente** (Diogo 2015; 2023; Martinho & Diogo, 2020).

Em consonância com o exposto, constata-se que a promoção do ambiente seguro e afetuoso, a prestação de cuidados com afeto e a gestão das emoções do cliente são pilares da construção de uma relação que se pretende estável e de confiança. Reconheço que não foi o tempo de contacto o elemento vital da construção da relação com A., uma vez que a minha interação se cingiu ao tempo de consulta. Porém, considero que a intensidade e genuinidade foram os alicerces mestres na construção desta relação. O envolvimento emocional investido, a total entrega à brincadeira, as interações cimentadas pelo carinho e afeto, foram cruciais para **construir estabilidade na relação** com a A.. Através da interação afetiva e profunda, envolvência e proximidade, foi fomentada a confiança, no qual a A., me reconheceu como elemento seguro da relação, traduzindo-se na sua colaboração ao longo de toda a consulta. Este envolvimento do enfermeiro, que se une com o Outro na sua totalidade, estabelece uma relação terapêutica que eleva o cuidado de enfermagem ao seu expoente máximo, transpondo-o para uma dimensão emocional e espiritual (Diogo, 2015, 2023; Watson, 2002, 2018).

No fim da interação, quando a A. questiona a mãe da possibilidade de regressar no dia seguinte, respondi com um sorriso. Esta questão leva-me a perceber que a minha intervenção, repleta de carinho, cuidado e intencionalidade terapêutica, teve um resultado positivo na A. e por consequência em mim, enquanto profissional. A expressão

da sua vontade de nova interação teve em mim um efeito motivador e gratificante. Ainda que a A. não tenha reconhecido a minha intencionalidade no cuidado, facto é que a intervenção foi eficaz com resultados bastante positivos. A **regulação da disposição para cuidar** do Outro é crucial, pois cuidar em permanência Daquele que se encontra doente e vulnerável, influencia a disposição emocional do enfermeiro. Deste modo, o reconhecimento e a relação gratificante são elementos que proporcionam ao enfermeiro maior motivação e melhor disposição para cuidar (Diogo, 2023).

Ao promover um ambiente seguro e afetuoso, nutrir cuidados com afeto, facilitar a gestão das emoções, construir estabilidade na relação e regular a disposição para cuidar, o enfermeiro facilita a vivência da experiência emocional e potencialmente perturbadora da criança, simultaneamente que a cuida em todas as dimensões, alcançando um cuidado transpessoal (Diogo, 2023; Watson, 2018).

Ainda que muitas vezes não seja reconhecido e frequentemente subvalorizado aos olhos do profissional e do cliente, o cuidado emocional é uma intervenção de enfermagem essencial na prestação de cuidados. O Modelo TEEP, aplicável a diversos contextos de cuidados de saúde pediátrica, pretende orientar as intervenções do enfermeiro, objetivando a metamorfose da vivência de uma experiência emocional potencialmente, perturbadora para o cliente, numa experiência de positiva pautada pelo cuidado humano e emocionalmente sensível (Diogo, 2015, 2023).

2. Conclusão

Em suma é possível concluir que na prestação de cuidados de enfermagem, na UCSP, o Modelo TEEP se configura como orientador e crucial na prestação de cuidados. As suas dimensões, ainda que interdependentes, estão intrinsecamente ligadas e quando consideradas explanam o cuidado emocional como intervenção terapêutica. Ao reconhecer a importância da dimensão emocional na prática de enfermagem pediátrica, com enfoque na compreensão profunda das emoções da criança e família, a aplicabilidade do Modelo TEEP atinge a prática de cuidado humanizado na sua plenitude. O ato de cuidar em enfermagem é alcançado na íntegra quando o enfermeiro é capaz de compreender as emoções e a gestão das mesmas como intrínseco à sua prática (Diogo, 2019).

A mobilização do modelo TEEP ao longo do meu percurso formativo foi constante, permitindo-me uma gestão das emoções que se efetivam na melhoria da vivência emocional da díade. Neste sentido, o cuidado emocional com intencionalidade terapêutica, com recurso ao Modelo TEEP, efetiva-se como intervenção especializada do enfermeiro, pois este traduz a sua prestação de cuidados de nível avançado, respondendo a todas as necessidades da criança e família, sejam estas físicas ou emocionais.

Referências Bibliográficas

- Campos, J. L. A., Silva, T. C. da, & Albuquerque, U. P. (2021). Observação Participante e Diário de Campo: quando utilizar e como analisar? *Métodos de Pesquisa Qualitativa Para Etnobiologia, April*, 95–112.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2a ed). Lusodidacta.
- Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisbon International Press.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: Enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Em Enfermagem, 20*(2), 26–47.
- Diogo, P. (2019). Editorial Revista Pensar Enfermagem: Sobre as Emoções Humanas e o Cuidar de Enfermagem. 23. 3-6
- Fernandes, I., & Andrade, L. (2020). Nas Consultas de Enfermagem em Contexto de Cuidados de Saúde Primários. In *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1st ed., pp. 86–94). Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Gaiva, M. A. M., Monteschio, C. C., Moreira, M. S., & Salge, A. M. (2018). Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. *Avances En Enfermería, 36*(1). <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n1.62150>
- Lerwick, J. L. (2016). Minimizing pediatric healthcare-induced anxiety and trauma. *World Journal of Clinical Pediatrics, 5*(2), 143. <https://doi.org/10.5409/wjcp.v5.i2.143>
- Agostinho, I., Tavares, M. & Abecassis, V. (2021) - *Carta da criança nos cuidados de saúde primários*. Instituto de Apoio à Criança, 2021. https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/05/CARTA-V14_digital.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor. Série I (N.º6).Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobb_estrategiasnaofarmacologica_scontrolodorcrianca.pdf

- Martinho, L., & Diogo, P. (2020). Gestão recíproca das emoções e da informação no cuidado à criança e família: proposta de um algoritmo de atuação em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 24(1), 7-15. <https://doi.org/10.37548/rpe/1sem2020/1>
- Silva, J. E. C. da. (2011). *Intervenções do enfermeiro para reduzir o medo das crianças na Enfermagem de cuidados de saúde primários* [Faculdade de Ciências da Saúde]. <http://hdl.handle.net/10284/2670>
- Soares, A. N., Silveira, A. P. de O., Silveira, B. V. da, Vieira, J. S., Souza, L. C. B. A., Alexandre, L. R., Paula, L. V. de, Cirilio, P. B., & Spagnol, C. A. (2011). O diário de campo utilizado como estratégia de ensino e instrumento de análise do trabalho da enfermagem. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 13(4), 665-670.
- Tavares, P. (2011). *Acolher Brincando*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem* (Lusociência).
- Watson, J. (2018). *Unitary caring science - The philosophy and praxis of nursing*. University Press of Colorado. <https://doi.org/10.5876/9781607327561>
- Direção-Geral da Saúde. (2013, maio 31). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015, dezembro). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Guia orientador de boa prática: Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Série I (N.º8). Ordem dos enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentaliddep ositiva_vf.pdf

APÊNDICE VII - "Árvore das Emoções"

**13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Contexto Clínico: Cuidados de Saúde Primários
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

“Árvore das Emoções”

Francisca Figueiredo Teixeira da Silva Frias
n.º 5702

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa
outubro, 2022

I) - JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

A elaboração da “Árvore das Emoções” (Fig. 1 e 2), trabalho inserido no âmbito de estágio no contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), pretende dar resposta ao 7.º **Objetivo** delineado para este contexto: **Desenvolver estratégias de cuidado emocional à criança.**

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com Fox (c2024) o desenho configura-se como um meio de expressão da criança, pois através dele é capaz de expressar os seus medos, ansiedades e preocupações, permitindo assim ao enfermeiro identificar as suas necessidades emocionais e facilitar a construção da relação com a criança (Tielsch & Allen, 2005). A escrita e o desenho efetivam-se como estratégias de carácter cognitivo comportamental, inseridas nas estratégias não farmacológicas de controlo da dor, pelo que cabe ao enfermeiro a sua promoção e incentivo (OE, 2013).

O desenho livre é facilitador da expressão emocional exercendo também a função de regulador de emoções, sendo um recurso para a criança lidar com situações de stress, uma vez que se distrai, distanciando-se assim dos sentimentos negativos que a atormentam e expressando-os (Drake, 2023; Valladres & Silva, 2011).

A “Árvore das Emoções” comporta três ramos de cores diferentes: amarelo, azul e vermelho, correspondendo às emoções alegria, tristeza e medo, respetivamente. A escolha destas cores foi inspirada no livro infantil “O Monstro das Cores”, pelo facto deste ser uma referência didática, escrito e ilustrado por uma arte-terapeuta. O livro é reconhecido por professores e educadores, pais e crianças, sendo considerado uma ferramenta de aprendizagem facilitadora para a compreensão e identificação das emoções através das cores. Neste livro vê-se atribuída a cor **amarelo** à emoção **alegria**, a cor **azul** à **tristeza** e a cor preta ao medo. Todavia, não foi escolhida a cor preta para representar o medo por se tornar pouco atrativa num cartaz infantil que se queria cativante. Assim, foi preterida a preta a favor da **cor vermelha** uma vez que esta, de acordo com Tavares (2017), remete para o perigo e para o **medo**.

Para Damásio (2003), as emoções primárias são: o medo, a alegria, a raiva, a tristeza, o nojo e a surpresa. Neste contexto apenas foram escolhidas as três emoções primárias **alegria, medo e tristeza**.

Quando as crianças reconhecem os CSP como um local seguro, no qual os profissionais proporcionam o seu bem-estar físico e emocional, e reforçam positivamente os seus comportamentos, podem atribuir um significado positivo à sua experiência e por isso manifestar a sua alegria quando vão aos CSP.

O medo é uma emoção frequentemente experienciada nos contextos de saúde, sobretudo nos CSP, uma vez que são associados a procedimentos dolorosos, como é exemplo a vacinação infantil (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2021; Diogo et al., 2016).

A criança poderá também sentir-se triste quando recorre aos CSP, não só porque poderá estar a vivenciar uma situação de doença aguda, mas também porque sente a perda do controlo da situação, sentindo-se vulnerável e recordando experiências anteriores stressantes (DGS, 2013, Hellsten, c2024).

Além da figura da árvore, é possível observar um regador que simboliza a intervenção dos pais, destacando-os como promotores vitais do crescimento e desenvolvimento saudável do seu filho.

No canto inferior esquerdo, junto ao regador, encontram-se orientações para os pais utilizarem como:

"Procure:

Desmitificar os medos;

Encorajar o/a seu/sua filho/a e explicar a importância da vinda ao Centro de Saúde;

Reforçar positivamente e elogiar após a saída;

Presentear com um passeio pelo Parque Infantil da [REDACTED]".

Estas orientações/conselhos dirigidos aos pais, objetivam fazer com que estes se sintam reconhecidos na prestação de cuidados de saúde dos seus filhos, procurando a parceria de cuidado, tocando ainda a filosofia dos Cuidados Centrados na Família.

A exposição deste cartaz na sala de espera da UCSP pretende, através do desenho ou da escrita, que a criança possa expressar os seus sentimentos ou emoções, quando recorre à UCSP, enquanto aguarda a chamada para a consulta permitindo, simultaneamente, a promoção de um ambiente mais afetuoso (Diogo, 2023).

2. PLANEAMENTO

Nome: “Árvore das Emoções “

Apresentação: Cartaz - elaborado em língua portuguesa e língua inglesa;

População alvo: crianças em idade pré-escolar, escolar e adolescentes que recorrem à UCSP;

Objetivos:

- Identificar os sentimentos e emoções experienciados pela criança ou adolescente, quando recorrem à UCSP;
- Permitir a partilha e ventilação de sentimentos e emoções da criança ou adolescente, através da escrita ou desenho livre;
- Intervir eficazmente, no sentido de gerir emocionalmente a experiência da dade, facilitando a vivência na ida à UCSP;

Caracterização: Cartaz tamanho A0 (84 cm x 118cm). Apresenta um título colorido; Anuncia a sua utilização com uma pequena instrução escrita, de rápida e simples leitura para a criança, para o adolescente ou para pais que os acompanham; Apresenta uma árvore, com três grandes ramos com cores diferentes (amarelo, azul e vermelho). Junto de cada ramo vê-se alocado o nome de três emoções: alegria, tristeza e medo. Ao lado da árvore, um regador, com a inscrição “*Pais*”, faz o seu papel, de regar e nutrir a árvore. Próximo deste objeto, existe um pequeno quadrado que contém alguns conselhos para a intervenção dos pais com os seus filhos.

Localização: Sala de Espera da UCSP;

Recursos materiais: Painel de Cortiça, Pionés, Lápis de cor, Folhas brancas;

Duração da atividade: 17 de outubro a 21 de outubro (5 dias);

3. EXECUÇÃO

A “Árvore das Emoções” foi afixada na sala de espera estando disponível por 5 dias. Ao longo desta semana, em conjunto com a Sr.^a Enf.^a Orientadora procurei identificar as crianças que afixaram um papel com a emoção ou sentimento vivido, na “Árvores das Emoções” para posteriormente intervir.

O “Árvore das Emoções” foi elaborada em língua portuguesa (Fig. 1) e em língua inglesa (Fig.2), uma vez que esta UCSP detém uma percentagem significativa de população estrangeira, que adota esta língua como preferencial na comunicação. Contudo, optou-se inicialmente pela afixação do cartaz em língua portuguesa numa lógica experimental.

Junto do cartaz foram também disponibilizados lápis de cera e folhas brancas para levar a cabo a atividade e piónés para a afixar.

A identificação e partilha das emoções pode ser efetuada pela própria criança/adolescente ou pelo seu acompanhante. Os pais podem escrever ou desenhar a experiência emocional do seu filho, caso pretendam partilhar os sentimentos e emoções do mesmo, quando este não possua ainda competências cognitivas para o fazer ou não se mostre interessado.

4. AVALIAÇÃO

Durante o período de exposição da “Árvore das Emoções”, percebeu-se a adesão das crianças a esta atividade, obtendo-se seis desenhos afixados. Quatro deles não são perceptíveis, pelo que não é possível identificar a emoção/sentimento descrito. Contudo, é possível reconhecer um desenho no ramo vermelho (medo) e outro desenho no ramo amarelo (alegria). No desenho afixado no ramo vermelho, é possível observar o desenho de uma seringa, uma agulha e uma mão e vê-se escrito, de forma destacada, a palavra “MEDO”. No desenho afixado no ramo amarelo é possível observar o desenho de uma figura humana a sorrir, um símbolo de saúde (cruz) e um olho, onde se vê escrito “*Eu sinto alegria*” e o nome da criança que realizou o desenho (Fig. 3 e 4).

Atendendo que sempre acolhi e recebi as crianças e famílias na sala de espera, foi possível verificar se havia algum desenho ou papel escrito, afixado na árvore. Quando

observei que a “Árvore das Emoções” tinha um desenho no ramo vermelho, ao chamar a criança em causa, iniciei de imediato a minha intervenção, pois identifiquei aquela criança como sendo a autora do desenho, que sugeria o procedimento de vacinação. Ainda que não tivesse agendada a vacinação nesse dia naquele, procurei desmitificar o procedimento, reforçando a sua importância e a coragem necessária. Ao longo da consulta, construí uma relação de confiança, num ambiente tranquilo, com intervenções de cuidado emocional, suportadas pelo afeto, para que o medo fosse mitigado num próximo contacto com contexto de saúde. Uma intervenção análoga foi realizada aquando da chamada da criança que tinha o desenho afixado no ramo da alegria.

Assim, foi possível verificar que, além de sentimentos de índole negativa, como o medo da criança que recorre aos CSP, estas também experienciam emoções de índole positiva, como a alegria.

Neste sentido, a elaboração do cartaz “Árvore das Emoções” permite que o enfermeiro identifique facilmente a emoção sentida pela criança, quando recorre à USCP, sendo capaz de intervir no sentido de minimizar o impacto negativo a ida à UCSP ou até reforçar positivamente a sua atitude. Estamos perante a aplicação do Modelo TEEP, uma vez que este se vincula “à compreensão de experiência humana das emoções, acopladas aos processos de saúde doença e ao desenvolvimento de uma relação enfermeiro-criança-família, que é facilitadora da expressão e gestão dessas emoções.” (Diogo, 2023, p.112).

CONCLUSÃO

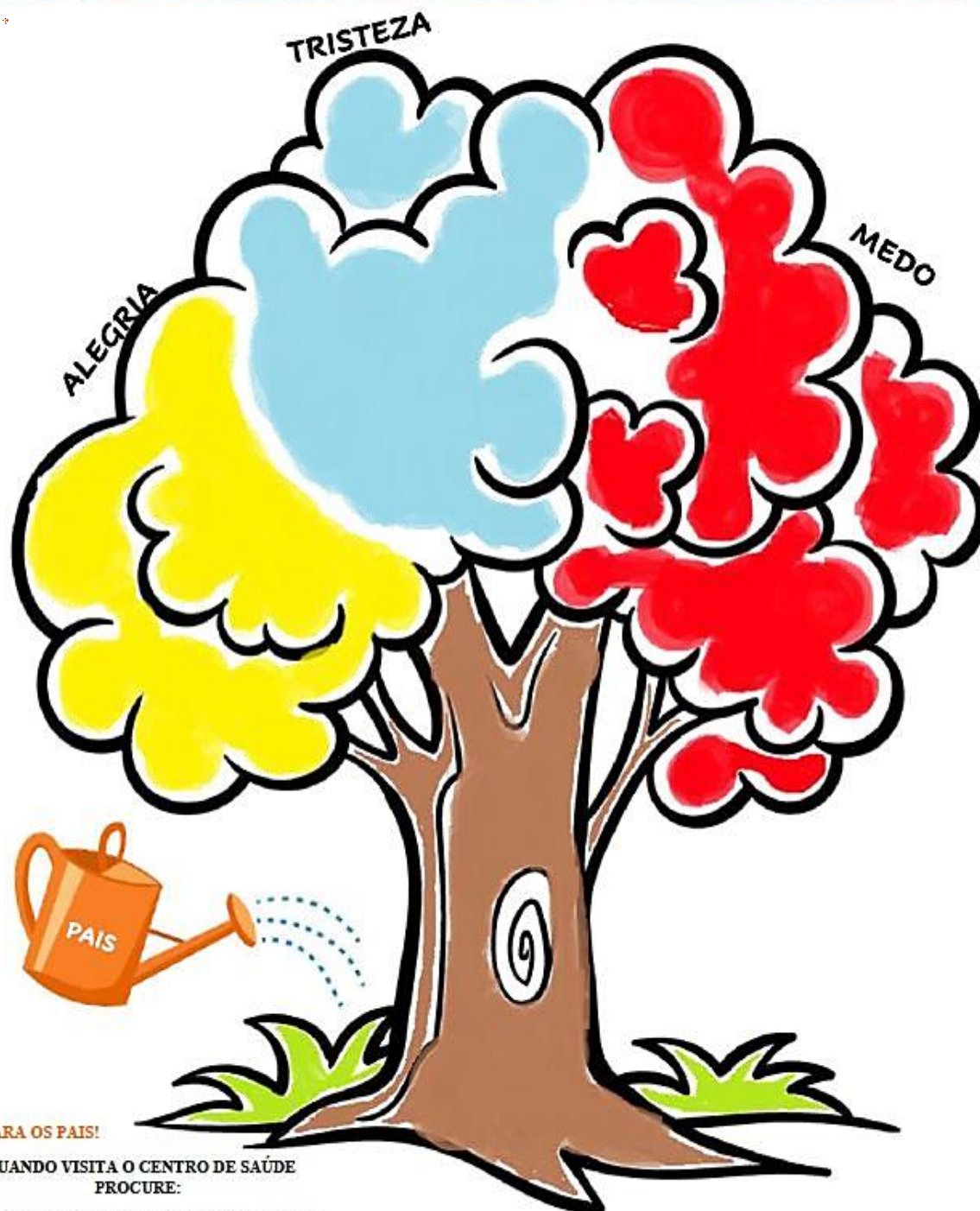
Considero que a realização desta atividade foi extremamente produtiva em termos de estágio, pois permitiu o aprofundamento acerca da experiência emocional da criança, em contexto de CSP, nomeadamente na UCSP. Ademais, com a sua operacionalização, uma vez que, ao identificar os sentimentos e emoções da criança, através da escrita ou do desenho, foi possível reconhecer a sua experiência emocional. Este reconhecimento gera uma intervenção individual, promotora da gestão emocional, neste contexto, criando a oportunidade para a construção de uma relação terapêutica enfermeiro-cliente.

Após a reflexão conjunta com a Sr.^a Enf.^a Orientadora, concluiu-se ser uma atividade com avaliação positiva quanto à sua exequibilidade, percecionando-se ainda que a sua continuidade, num maior período temporal e com maior estímulo e incentivo, poderia apresentar resultados vantajosos, merecedores de uma análise mais profunda. Considero que a elaboração desta atividade contribuiu para o meu desenvolvimento de competências enquanto futura EEESIP.

A ÁRVORE DAS EMOÇÕES



Desenha ou escreve num papel o que sentes quando vens ao Centro de Saúde e pendura na Árvore das Emoções



PARA OS PAIS!

QUANDO VISITA O CENTRO DE SAÚDE
PROCURE:

- o Desmistificar os medos do seu / da sua filho/a;
- o Encorajar o/a seu/sua filho/a e explicar a importância da vinda ao Centro de Saúde;
- o Reforçar positivamente e elogiar após a saída;
- o Presentear com uma ida ao Parque Infantil (Ex. Passeio na)

Fig. 1 – Árvore das Emoções, língua portuguesa

THE EMOTION TREE



Draw or write in a paper what you feel when you come to the Health Centre and hang it in the Emotion Tree.



TO THE PARENTS!

WHEN YOU ATTEND A HEALTH CENTRE LOOK TO:

- o Demystify your child's fears;
- o Empower your child and explain the importance of attending a Health Centre;
- o Give positive reinforcement and compliment your child on the way out;
- o Reward your child by going to a Playground or Park (For example: take a walk in Park).

Fig. 2 – Árvore das Emoções, língua inglesa



Fig. 3 – Árvore das Emoções, afixada na sala de espera da UCSP



Fig. 4 – Árvore das Emoções – identificação dos sentimentos das crianças

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2021). *Recomendações da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor para o Controlo da Dor na Vacinação Pediátrica: Linhas orientadoras para a prática clínica*. Grupo de Trabalho Dor na Vacinação & Grupo de Dor Pediátrica da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. https://www.aped-dor.org/documentos/vac_young/recomendacoes_aped.pdf
- Damásio, A, (2003). Ao encontro de Espinosa. As emoções sociais e a neurologia do sentir. Europa-América.
- Diogo, P. (2023). *Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica*. Lisboa: Lisbon International Press.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Em Enfermagem*, 20(2), 26–47.
- Direção-Geral da Saúde. (2013, maio 31). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Drake, J. E. (2023). How children can use drawing to regulate their emotions. *Theory into Practice*, 62(2), 181–192. <https://doi.org/10.1080/00405841.2023.2202132>
- Fox, J. L. (2023). Family-Centered Care of the Child During Illness and Hospitalization. In *Wong's, Nursing Care of Infants and Children* (12th ed., pp. 648–667). Elsevier.
- Hellsten, M. B. (c2024). Pain Assessment in Children. In M. J. Hockenberry, E.A. Duffy & K. D. Gibbs (Coords.), *Wong's, Nursing Care of Infants and Children* (12th ed., pp. 131–160). Elsevier
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor. Série I (N.º6).Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobb_estrategiasnaofarmacologica_scontrolodorcrianca.pdf
- Tavares, F. (2017). *A Influência da Cor no Desempenho*. Instituto Universitário de Lisboa.
- Tielsch, A. H., & Allen, P. J. (2005). Listen to them draw: screening. *PEDIATRIC NURSING*, 31(4).

Valladares, A. C. A., & Silva, M. T. da. (2011). A arteterapia e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(3), 443–450. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472011000300002>

APÊNDICE VIII – Reflexão Crítica “Diagnóstico de perturbação do neurodesenvolvimento da criança: o impacto na família”

**13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Contexto Clínico: Consulta de Desenvolvimento

**Diagnóstico de perturbação do neurodesenvolvimento da
criança: o impacto na família**

**Francisca Figueiredo Teixeira da Silva Frias
n.º 5702**

Docente Orientador: Prof.ª Doutora Paula Diogo

**—
Lisboa
outubro, 2022**

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CDP - Consulta de Desenvolvimento de Pediatria

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

PEA - Perturbações do Espectro do Autismo

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

I) JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

O desenvolvimento deste trabalho acerca da criança com o diagnóstico de perturbação do neurodesenvolvimento e o seu impacto na família, insere-se no contexto de estágio na Consulta de Desenvolvimento de Pediatria (CDP), por forma a dar resposta ao **2.º objetivo - Prestar cuidados à criança e família, na consulta de desenvolvimento de enfermagem**. A sua elaboração discorre da necessidade de aprofundar conhecimentos acerca do impacto emocional que a doença crónica tem na família da criança, de modo a intervir de forma especializada e individual, intencionando uma prática de cuidados de enfermagem de excelência. A pesquisa de evidência científica, nas bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete, a leitura de livros e revistas científicas foram sustento para a elaboração do presente trabalho, com especial enfoque nas perturbações do neurodesenvolvimento diagnosticadas na CDP, nomeadamente as Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) e as Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA).

1. REFLEXÃO

Nos últimos anos têm-se assistido ao aumento da prevalência das perturbações do neurodesenvolvimento infantil, sendo consideradas as patologias crónicas mais frequentes em idade pediátrica. Em Portugal entre o ano de 2007 e 2017 as consultas de pediatria de desenvolvimento quase triplicaram, e conseqüentemente houve um aumento dos diagnósticos de problemas de linguagem e aprendizagem, perturbações do desenvolvimento intelectual, PEA, PHDA, entre outros problemas emocionais e de comportamento (Oliveira et al., 2021).

O desenvolvimento infantil caracteriza-se por inúmeros processos de maturação cerebral, na qual a criança adquire e aprimora as suas habilidades cognitivas, motoras, emocionais e sociais. Estes processos de aquisição ou a sua progressão podem ser enviesados por um caminho turbulento, pelo que cabe ao EEESIP intervir no sentido de acompanhar a criança e sua família, uma vez que a promoção do desenvolvimento

infantil é elemento central na sua prática (Centro de Estudos ██████████, 2019; Souza et al., 2018).

O neurodesenvolvimento consiste num processo de aquisição de competências cognitivas, motoras, sensoriais, sociais, comportamentais/emocionais, que se prevê contínuo, dinâmico e evolutivo, numa lógica de gradual complexidade, visando a aquisição plena da autonomia da criança (Belinha et al., 2022; Correio, 2020). Fatores biológicos e fatores ambientais influenciam o processo de neurodesenvolvimento da criança. Este pode ser dividido em quatro áreas fundamentais:

- 1) Postura e motricidade global;
- 2) Visão e motricidade fina;
- 3) Audição e linguagem;
- 4) Comportamento e adaptação social.

De acordo com American Psychiatric Association's (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.; DSM – 5) as perturbações do neurodesenvolvimento são

um grupo de perturbações com início no período de desenvolvimento (...) que se manifestam muitas vezes antes da criança iniciar a escola primária, sendo caracterizadas por défices de desenvolvimento que condicionam dificuldades no funcionamento a nível pessoal, social, académico e ocupacional (*American Psychiatri Association, 2013, p. 35*).

Importa destacar que estamos perante um atraso do desenvolvimento psicomotor, quando numa criança com menos de cinco anos de idade, se verifica um desfasamento de pelo menos dois desvios-padrão, entre a sua idade real (idade cronológica) e a idade correspondente às competências e aquisições demonstradas (idade de desenvolvimento), em relação à média para a idade. Esta situação pode ser transitória e reversível, consoante a sua precoce deteção e a adequada intervenção dirigida (Correio, 2020).

A vigilância e acompanhamento da criança na consulta de saúde infantil nos Cuidados de Saúde Primários é elemento crucial para a deteção precoce de eventuais transtornos de neurodesenvolvimento, sendo que a identificação e intervenção terapêutica

antecipada, influencia significativamente a evolução e o prognóstico (Belinha et al., 2022; Halpern et al., 2021).

Dentro das perturbações do neurodesenvolvimento destacam-se as perturbações intelectuais, as perturbações da comunicação, as PEA, as PHDA, as perturbações de aprendizagem, as perturbações motoras e as perturbações de tiques (*American Psychiatri Association*, 2013).

Durante a minha permanência no estágio da CDP tive um maior contacto com a PEA e a PHDA, pelo que procurei aprofundar e adquirir conhecimentos, focados nestas perturbações.

A PEA é a perturbação do neurodesenvolvimento mais comum na infância, configurando-se como uma condição crónica, uma vez que se prolonga pela vida adulta e acarreta comorbilidades, frequentemente graves, que afetam a vida de relação e a autonomia (Hesselgrave & Santucci, c2024; Direção – Geral da Saúde, 2019). A PEA caracteriza-se por múltiplos e persistentes défices na comunicação, na interação social, na existência de comportamentos repetitivos e um leque restrito de atividades (*American Psychiatri Association*, 2013).

A PHDA, pertence também a umas das perturbações do neurodesenvolvimento, comumente diagnosticado na infância, que se caracteriza por sintomas de desatenção, desorganização e hiperatividade/impulsividade, podendo também prolongar-se para a vida adulta (*American Psychiatri Association*, 2013; Catala-Lopez et al, 2017).

Neste seguimento, tal como outras doenças crónicas, estas perturbações, além de impactarem a criança, afetam também a sua família transformando-se frequentemente numa “doença familiar” (Hesselgrave & Santucci, c2024). Cuidar da criança com um transtorno crónico interfere significativamente com qualidade de vida dos seus pais, impactando a esfera da dinâmica familiar e também a sua própria esfera emocional (Pereira et al., 2017; Hickey et al., 2022). O diagnóstico de uma doença crónica efetiva-se como um processo de elevada complexidade, que exige uma abordagem transdisciplinar e uma parceria de cuidados efetivos com a família (Charepe, 2020).

Ainda que muitas vezes os pais já identifiquem no seu filho algumas alterações de desenvolvimento, aquando da comunicação do diagnóstico o impacto inicial é assolador,

onde o medo do desconhecido se apodera e lhe irrompem a vida sem permissão (Bonfim et al., 2020).

Aquando do diagnóstico do seu filho, os pais são vítimas de um sofrimento avassalador, que catapulta muitas das vezes em sentimentos de culpa, tristeza, medo, insegurança, desespero e negação (Carvalho-Filha et al., 2018; Mendes, 2019). Os pais vivenciam um processo de luto, uma vez que perdem o filho sonhado e idealizado, para um filho que não corresponde às suas expectativas e com projetos de futuro comprometidos (Loureiro, 2020). Sequestrados na doença do seu filho, muitas vezes os pais das crianças veem a solidão e o isolamento dominar o seu mundo, pois devido às características do comportamento do seu filho, procuram manter-se afastados, evitando também o estigma social (Alonso et al., 2021).

Os pais de crianças com PEA apresentam elevados níveis de stress, desgaste físico e emocional e, por conseguinte, maior probabilidade de desenvolver sintomas de ansiedade e depressão (Pereira et al., 2017).

A esperança parental vê-se penhorada numa fase inicial, contudo, ao longo da trajetória da doença vai sofrendo oscilações. Por ser influenciada pela condição de saúde dos seus filhos, pela resposta efetiva dos tratamentos e pelo contexto psicossocial, a esperança assume um papel preponderante na adaptação dos pais à condição de saúde (Maravilha et al., 2021).

A notícia do diagnóstico traz consigo uma abrupta mudança na dinâmica familiar, que impacta tanto a família nuclear (pais e irmãos) e também a família alargada. O impacto emocional negativo que o diagnóstico traz, pode gerar sentimentos de negação e frustração na família, além de exigir muitas vezes uma reorganização, reajuste e adaptação da mesma (Bonfim, 2020). Esta condição de vulnerabilidade potencia os níveis de ansiedade e stress parental, obrigando a um esforço acrescido e a constantes reorganizações do sistema familiar (OE, 2010; Vaz et al., 2021).

Os pais quando recebem o diagnóstico equacionam de imediato as necessidades do seu filho, no respeitante às respostas dos sistemas de educação e de saúde e também dos custos financeiros acarretados (Hickey et al., 2022).

A vivência da transição de saúde/doença crónica da criança, exige à díade um conjunto de alterações que afetam a dinâmica da família, no qual esta experiencia

ambientes, sensações, emoções singulares, sendo confrontados com o medo do desconhecido e com a incerteza, exigindo-lhe também um permanente ajuste à nova condição e redefinição de papéis (Meleis, 2019). Quando confrontada com necessidades de saúde, a criança e família ficam diante uma experiência emocionalmente intensa, e frequentemente de carácter negativo, onde o seu bem-estar físico e emocional é afetado (Diogo, 2023).

A transmissão do diagnóstico de perturbação do neurodesenvolvimento impacta profundamente a família, pelo que se proclama a intervenção do EEESIP, uma vez que é figura privilegiada no cuidado à díade. Cabe ao EEESIP acompanhar a criança e família na vivência desta transição, oferecendo-lhes respostas e intervenções eficazes que supram as suas necessidades. O enfermeiro deve assim deter um aprofundado conhecimento das perturbações do neurodesenvolvimento, construindo uma relação terapêutica e sólida com a criança e família, por forma a intervir neste processo contínuo de cuidar, definindo intervenções individualizadas, com o intuito de prestar cuidados seguros e de qualidade (Magalhães et al., 2022).

No que tange ao cuidado emocional, o EEESIP, além de se posicionar como facilitador da transição da doença crónica, deve também intervir no sentido de reconhecer a experiência emocional, fomentar a esperança e oferecer um suporte social e emocional adequado à família, ajudando no alívio do seu sofrimento e sensação de culpa (Maravilha et al., 2022; Hesselgrave & Santucci, c2024). A identificação das necessidades emocionais é prioridade na atuação do EEESIP, sendo que este deve gerir as emoções da família, facilitando o processo de adaptação à doença (Diogo, 2023).

Conclusão

Em suma, a elaboração do presente trabalho possibilitou a aquisição de novos conhecimentos acerca do impacto emocional que o diagnóstico de uma perturbação do neurodesenvolvimento detém na família da criança, bem como permitiu a reflexão sobre o tema. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2017), a melhoria contínua do exercício profissional configura-se como uma premissa do EEESIP, contribuindo assim para a prestação de cuidados de qualidade, numa lógica de melhoria contínua.

Desta forma e após conhecer e identificar o impacto que a doença têm na família, sobretudo na dimensão emocional, foi possível levar a cabo a implementação de estratégias e intervenções especializadas, devidamente fundamentadas e suportadas pela evidência científica, enquanto futura EEESIP.

REFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, M. Y., Almeida, M. M., De Freitas, Y. V., Do Prado, M. C. C., Pereira, M. C., De Almeida, N. M., Barreto, C. M., & Simão, R. M. (2021). Transtorno do espectro autista: origem incerta e impasses no processo de humanização / Autistic spectrum disorder: uncertain origin and impasses in the humanization process. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(5), 23409–23416. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-410>
- American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.).
- Belinha, F., Castelo, T. M., & Vicente, I. N. (2022). Atraso no Desenvolvimento Psicomotor. *Ficha Clínica Do Centro de Desenvolvimento Da Criança*, 44(2), 77–82.
- Bonfim, T. de A., Arruda, B. C. C. G., Uliana, C. H., Galera, S. A. F., & Marcheti, M. A. (2020). Vivências familiares na descoberta do Transtorno do Espectro Autista : implicações para a enfermagem familiar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), 1–9.
- Carvalho-Filha FSS, Silva HMS, Castro RP, Moraes-Filho IM, Nascimento FLSC. (2018). Coping e estresse familiar e enfrentamento na perspectiva do transtorno do espectro do autismo. *Rev. Cient.* 7(1): 23-30.
- Catalá-López, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán, A., Page, M. J., Ridao, M., Macías Saint-Gerons, D., Catalá, M. A., Tabarés-Seisdedos, R., & Moher, D. (2017). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PLOS ONE*, 12(7), e0180355. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180355>
- Centro de Estudos do Bebê e da Criança. (2019). Unidade de Desenvolvimento: Guia de acolhimento. [Unpublished manuscript]. Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central
- Charepe, Z. (2020). A Criança e o Jovem com Doença Crónica ou Incapacitante. In *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1st ed., pp. 231–237). Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Correio, S. F. A. (2020). A importância da vigilância do neurodesenvolvimento na consulta de saúde infantil e juvenil em Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 36(2), 215–220. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v36i2.12501>
- Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisboa: Lisbon International Press.

Direção-Geral da Saúde. (2019, abril 24). Abordagem Diagnóstica e Intervenção na Perturbação do Espectro do Autismo em Idade Pediátrica e no Adulto. Direção-Geral da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Abordagem-Diagnostica-e-Intervencao-na-Perturbacao-do-Espectro-do-Autismo-em-Idade-Pediatica-e-no-Adulto_2019.pdf

Halpern, C. M., Caldeira da Silva, P., Costa, D., Nascimento, M. J., Mesquita Reis, J., Martins, M. T., Pinto Ferreira, B., Santos, I., Carvalho, L., Paiva Gomes, M., Martins, M., Pimentel, M. J., Lopes, P., Silva, P., Rapazote, R., Catarino, S., Aires Pereira, S., Pereira, S., & Afonso, S. (2021). A Perturbação do espectro do autismo na primeira infância: O modelo do centro de estudos do bebé e da criança de avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica. *Acta Médica Portuguesa*, *34*(10), 657–663. <https://doi.org/10.20344/amp.13397>

Hesselgrave, J., & Santucci, G. (c2024). Impact of complex chronic illness, disability, or end-of-life care on the child and family. In M. J. Hockenberry, E.A. Duffy & K. D. Gibbs (Coords.), *Wong's: Nursing care of infants and children* (12th ed., pp. 574–620). Elsevier.

Hickey, E. J., Feinberg, E., Kuhn, J., Cabral, H. J., & Broder-Fingert, S. (2022). Family impact during the time between autism screening and definitive diagnosis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *52*(11), 4908–4920. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05354-5>

Loureiro, S. (2020). *Desafios da parentalidade em famílias de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo: Construção e implementação do programa "No 'PE' do Autismo"* [Instituto Politécnico de Viseu]. <http://hdl.handle.net/10400.19/6446>

Magalhães, J. M., de Sousa, G. R. P., dos Santos, D. S., dos Santos Lima Costa, T. K., Gomes, T. M. D., Neta, M. M. R., & de Carvalho Alencar, D. (2022). Nursing diagnoses and interventions in children with autism spectrum disorder: Perspective for self-care. *Revista Baiana de Enfermagem*, *36*, 1–10. <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.44858>

Maravilha, T. L. F. D., Marcelino, M. F. L., & Charepe, Z. B. (2021). Fatores influenciadores da esperança nos pais de crianças com doença crónica. *Acta Paulista de Enfermagem*, *34*, 1–8. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021ar01545>

Mendes, A. P. (2019). *A Família e o Diagnóstico de Perturbação de Espectro do Autismo* [Universidade Fernando Pessoa]. <http://hdl.handle.net/10284/7657>

Oliveira, G., Nunes Vicente, I., Guardiano, M., Aguiar, L., Loureiro, S., Gouveia, R., & Glória Silva, F. (2020). Neurodevelopmental pediatrics in Portugal: Hospital patient volume,

resources and needs – Changes after ten years. *Acta Medica Portuguesa*, 33(13).
<https://doi.org/10.20344/AMP.13316>

Ordem dos Enfermeiros (2010). Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Guia orientador de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, Guia orientador de boa prática: Entrevista ao Adolescente; Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança dos 0 aos 5 anos. Série I (N.º3 (1)).
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_sau_deinfantil_pediatica_volume1.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017, novembro, 25). Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto2_padroesqualidcuidesip.pdf

Pereira, M. L., Bordini, D., & Zappitelli, M. C. (2017). Relatos De Mães De Crianças Com Transtorno Do Espectro Autista Em Uma Abordagem Grupal. *Cadernos de Pós-Graduação Em Distúrbios Do Desenvolvimento*, 17(2), 56–64.
<https://doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v17n2p56-64>

Souza, J. M. de, Veríssimo, M. D. L. Ó. R., & Cruz, D. A. L. M. da. (2018). Análise do conteúdo de diagnósticos de enfermagem sobre desenvolvimento infantil. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 20. <https://doi.org/10.5216/ree.v20.45041>

Vaz, M. J. A., Silva, A. R. V. A., & Silva, T. J. D. (2021). A Criança com Necessidades Especiais na Doença Aguda. In *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 321–326). Sabooks Editora.

Apêndice IX – Síntese da Sessão “O Sono da criança. O uso de ecrãs na infância”

**13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Contexto Clínico: Consulta de Desenvolvimento

**Síntese da Sessão “O Sono da criança. O uso de ecrãs na
infância”**

**Francisca Figueiredo Teixeira da Silva Frias
n.º 5702**

Docente Orientador: Prof.ª Doutora Paula Diogo

**Lisboa
novembro, 2022**

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CDP - Consulta de Desenvolvimento de Pediatria

CE - Centro de Estudos

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

PEA - Perturbações do Espectro do Autismo

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

OE - Ordem dos Enfermeiros

I) JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

No âmbito do contexto de estágio da Consulta de Desenvolvimento de Pediatria (CDP), foi possível assistir a uma sessão formativa acerca do sono da criança e a utilização dos ecrãs, na infância. Ao longo do ano o Centro de Estudos (CE), no qual está inserida a CDP desenvolve, entre outras atividades, a “Oficina de Pais” que se conjetura em sessões formativas mensais, dirigidas aos pais das crianças acompanhadas no CE, profissionais de saúde do hospital, sendo também divulgado pela professora de educação especial nas escolas, para os pais, professores e educadores. Estas sessões abordam vários temas relacionados com as perturbações do neurodesenvolvimento, com o intuito de capacitar pais e profissionais para a melhor prestação de cuidados à criança. Os oradores das sessões são os profissionais do CE: pediatras, pediatras no neurodesenvolvimento, pedopsiquiatras, enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica, enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria, professora de educação especial e psicóloga.

1. RESUMO DA SESSÃO

A sessão “O Sono da criança. O uso de ecrãs na infância” decorreu no dia 2 de novembro, entre as 10h30 e as 12h, no auditório do CE, ministrada por duas pediatras do desenvolvimento. O público presencial era composto pelos enfermeiros e médicos do hospital e on-line encontravam-se presentes pais, educadoras de infância e psicólogas escolares. A sessão foi apresentada em formato PowerPoint.

A **primeira parte da sessão** foi realizada por uma pediatra especialista na área do neurodesenvolvimento e em medicina do **sono em pediatria**. Em jeito introdutório foi explicada a função do sono e sua importância no desenvolvimento da criança, e seguidamente foram apresentadas as patologias do sono mais frequentes na infância, como roncopatias, parassónias, sonambulismo e insónia comportamental. Posteriormente, após uma explicação simples e breve acerca das patologias do sono, foram apresentadas algumas rotinas promotoras e facilitadoras do sono a adotar pelos cuidadores, como: estipular de horários de deitar e levantar da criança, incentivar a criança a dormir na própria cama, não ver TV ou outros ecrãs após o jantar, não beber

bebidas com cafeína e não praticar atividades demasiadamente enérgicas no final do dia, por ser muito estimulantes devido à elevada libertação de dopamina.

Foi também abordada a temática do sono nos infantários, uma vez que em Portugal existem estabelecimentos públicos de educação que não promovem as sestas a partir dos três anos de idade. Contudo, a pediatra aconselha às escolas a criação de um espaço com condições para a sesta da criança, uma vez que nem todas as crianças têm as mesmas necessidades, sendo importante a criação deste ambiente, ainda que a sesta não seja de carácter obrigatório.

A **segunda parte da sessão** teve como temática principal a **utilização dos ecrãs na infância**, apresentada por uma pediatra do desenvolvimento.

Inicialmente foi efetuada uma abordagem introdutória acerca do uso excessivo de tecnologias por parte da criança e a sua exposição aos ecrãs na atualidade, uma vez que desde que nascem estão em permanente contacto com tecnologias, estendendo-se ao longo do seu crescimento e desenvolvimento.

Após a nota introdutória foram efetuados alguns esclarecimentos acerca das consequências da utilização dos ecrãs nas crianças como: repercussões no sono, perturbações do neurodesenvolvimento (atraso na fala, défice cognitivo), diminuição do rendimento escolar, diminuição da criatividade, risco de desenvolvimento de perturbações alimentares, dificuldades na gestão emocional, relações familiares afetadas, entre outras. Foram também apresentados os riscos da utilização das tecnologias, internet e ecrãs como: desenvolvimento de comportamentos de risco – violência, consumo de substâncias ilícitas, cyberbullying, exposição a conteúdo sexual, publicidades enganosas, vídeos que incentivam a adoção de atitudes que põe em risco a segurança da criança e do adolescente.

Depois de desenvolver cada uma das consequências do uso anárquico de ecrãs e tecnologias por parte da criança e do adolescente, a pediatra apresentou um conjunto de “dicas” aos pais, que estes podem adotar. Esta defende que, uma vez que a criança do século XXI, nasce envolta de tecnologias, seria absurdo bani-las na totalidade, do seu quotidiano, contudo, ressalva a importância do controlo e presença dos pais aquando da sua utilização. A pediatra apresentou aplicações de controlo parental como uma das estratégias a implementar, a utilização conjunta dos ecrãs (pais e filhos) evitando a

navegação aleatória na internet e a utilização de aplicações e jogos didáticos para a criança. Os pais devem sugerir outras atividades em conjunto, quando a criança termina o seu tempo de utilização do tablet e evitar o uso de ecrãs após o jantar. Destacou também que os pais devem minimizar a própria utilização de ecrãs quando estão na presença da criança, evitando ser um exemplo negativo. Referiu ainda a importância de estabelecer de regras de utilização como estratégia: o tempo limitado de ecrã, não recorrer ao uso de tablets como recompensa rápida e não utilizar os ecrãs como mecanismo para tranquilizar a criança.

A sessão formativa encerrou com esclarecimentos de dúvidas levantadas pela assistência, nomeadamente pelos pais e educadores, que em tom de desabafo procuraram validar várias medidas e estratégias já adotadas em casa ou na escola.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Numa lógica de aprofundar e sistematizar os conhecimentos adquiridos nesta sessão formativa, efetuei uma pesquisa bibliográfica, com recurso a bases de dados científicas, entidades certificadas e consultas de livros, que me permitiram a elaboração de uma síntese acerca da temática. Neste sentido, foi possível perceber qual a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) na abordagem às questões do sono da criança e também na abordagem da utilização das tecnologias na infância e adolescência.

SONO NA CRIANÇA

O sono concebe-se como uma necessidade fisiológica básica e fundamental do ser humano, que desempenha inúmeras funções cerebrais como: crescimento e desenvolvimento do sistema nervoso central, desempenho neurocomportamental e cognitivo, consolidação da memória, regulação do humor, do apetite e desempenhando ainda, funções imunológicas e hormonais (Associação Portuguesa de Sono & Sociedade Portuguesa de Pediatria, (s.d.); Watson et al., 2015)

Quando a criança apresenta problemas de sono, culminando na sua privação, poderão existir consequências negativas, que a impactam, nomeadamente a nível cognitivo, motor, comportamental e da regulação emocional. O défice de atenção e concentração, a diminuição do desempenho cognitivo, a impulsividade e hiperatividade, a alteração do humor e irritabilidade, configuram-se como repercussões negativas que a privação de sono pode ter a curto prazo (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2023). Contudo, também a longo prazo, a privação de sono pode afetar a criança no que respeita a alterações psicológicas (stress, ansiedade, depressão), perturbações na aprendizagem (baixo rendimento escolar), alterações orgânicas (diminuição do sistema imunitário, excesso de peso, hipertensão, diabetes tipo II). Do mesmo modo que afeta a criança, a privação do sono poderá afetar também a família, diminuindo a sua qualidade de vida e o desempenho de papéis, sendo este um fator de risco de depressão materna e disfunção familiar (OE, 2023). Neste sentido, a compreensão dos padrões de sono da criança, por parte dos adultos que rodeiam a criança é crucial para o estabelecimento de rotinas adequadas do sono e, por conseguinte, para a promoção de um desenvolvimento saudável (Brazelton & Sparrow, 2009).

Segundo a Associação Portuguesa de Sono, as creches e os infantários, devem promover e facilitar a sesta nas crianças até aos seis anos de idade, uma vez que a sua privação pode acarretar consequências em termos de desempenho cognitivo e aprendizagem, sendo fator de risco para o desenvolvimento de outras patologias, como já acima supramencionado (Associação Portuguesa de Sono, s.d.).

A qualidade e a quantidade de horas de sono, pode induzir a uma vida sedentária, resultante da fadiga causada pela falta do sono e em consequência um menor gasto energético, levando simultaneamente a um excessivo consumo de alimentos com açúcar e gorduras, como recompensa à falta de sono (Hermes et al., 2022).

Neste sentido, de acordo com o Regulamento n.º 422/2018, da OE (2018), o EEESIP por ter um papel de destaque na prestação de cuidados de nível avançado à criança e família, procurando a maximização da sua saúde, atuando na promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, deve atentar nesta temática. O sono apresenta-se como uma das prioridades de enfermagem de saúde infantil e pediátrica efetivando-se, de acordo com a *American Academy of Pediatrics* e o Programa Nacional de Saúde Infantil

e Juvenil, da Direção-Geral de Saúde (2013) como um dos cuidados antecipatórios. Explicar aos pais a importância do sono, ensinar estratégias para a promoção de sono de qualidade e identificar precocemente potenciais problemas nesta área é escopo de atuação do EEESIP (OE, 2023).

Em qualquer consulta de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários, de desenvolvimento, de saúde escolar e até mesmo no internamento hospitalar, o enfermeiro deve identificar as necessidades e levantar diagnósticos de enfermagem acerca do sono da criança, elaborando posteriormente um plano individualizado de intervenções (OE, 2023).

USO DE TECNOLOGIAS E ECRÃS NA INFÂNCIA

Atualmente, as crianças do século XXI, consideradas já por Prensky (2001), como “nativos digitais”, veem o seu mundo infantil inundado por tecnologias pelo que, para além de abrir caminho para a sua utilização precoce, abre também caminho para uma transformação no que concerne ao ato de brincar (Paiva e Costa, 2015).

Um estudo realizado por Rafael et al., (2020) revela que crianças e adolescentes apresentam um “tempo de ecrã” 71.4% maior do que o tempo recomendado, estabelecendo -se uma relação com impacto na saúde (ansiedade, depressão, problemas de comportamento, perturbações de hiperatividade e défice de atenção). A má utilização das tecnologias, para além de dar um novo sentido ao conceito de brincar impacta, indubitavelmente, o desenvolvimento das crianças em várias dimensões e consequentemente a sua aquisição de competências (Santos & Barros, 2017).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2019), as crianças com idade inferior a dois anos não deve ter qualquer tipo de contacto com os ecrãs. Recomendam que entre os 18 e os 24 meses poderão ser utilizados os ecrãs, com conteúdos educativos, cerca de 15 minutos diários. Entre os 2 e os 5 anos de idade, o tempo de ecrã recomendado é de uma hora por dia, havendo sempre um acompanhamento parental à criança.

Existe diversa literatura que aponta para os riscos e impacto negativo da utilização das tecnologias na criança, contudo, é possível também encontrar evidência científica que destaca os benefícios da sua utilização.

Para Oliveira & Marinho (2020), a adoção das tecnologias em contexto educacional tem vindo a abrir um novo caminho para a aprendizagem, novas formas de construir conhecimento, considerando as tecnologias de informação e comunicação como verdadeiros instrumentos pedagógicos. O facto de estas serem geralmente acessíveis e universais à população, a sua utilização permite a inclusão de crianças com necessidades específicas de saúde e também o ensino à distância (Rocha & Deliberato, 2012). Evidencia-se também que a utilização das tecnologias e ecrãs por parte das crianças pode apresentar vantagens, pelo facto de permitirem o vínculo e o contacto à distância. A título de exemplo, foi através do uso de ecrãs e tecnologia que se mantiveram vínculos e interações entre famílias e também a relação com as instituições escolares, durante a vivência da pandemia COVID-19 (Anjos & Francisco, 2021). A alfabetização digital reconhece-se também como uma vantagem da sua utilização, por parte das crianças, uma vez que o seu prematuro contacto, faz com que as estas desenvolvam competências no domínio das tecnologias, que muitas vezes os adultos não conseguem alcançar (Palaiologou, 2016).

No que concerne às desvantagens e riscos de utilização de tecnologias por parte das crianças e adolescentes, são inúmeros os resultados apresentados com evidência científica.

A utilização dos ecrãs traduz-se em potenciais problemas de sono da criança, uma vez que a emissão da luz azul do ecrã, atrasa a produção de melatonina, provocando assim dificuldades em adormecer, em especial se os ecrãs forem utilizados na cama antes de dormir (Santana et al., 2021). Associadas à perturbação do sono surgem inúmeras repercussões como: maior irritabilidade, dificuldade de concentração e diminuição do rendimento escolar (Santos & Barros, 2017). Também o desenvolvimento de competências sociais se vê afetada, uma vez que a criança, ao estar submersa nos ecrãs, brincando permanentemente com a tecnologia, além de se isolar, tem dificuldade em estabelecer relações com os pares e também com a família, afetando o seu desenvolvimento emocional e relacional (Carvalho, 2020; Santos & Barros, 2017).

A utilização desmedida e inconsciente da tecnologia afeta a criança em várias dimensões, levando inclusive ao desenvolvimento de comportamentos de risco ou agressivos, perturbações alimentares e também a problemas de saúde mental (Rodrigues, 2022).

Diante o exposto, é assim traçada uma linha ténue que distancia o efeito catabólico ou anabólico das tecnologias, no respeitante aos desenvolvimentos das crianças nas suas diversas dimensões (Santana et al., 2021). Neste sentido, cabe ao EEESIP, conhecer os riscos e benefícios da utilização das tecnologias, dando a conhecer à família da criança as vantagens e desvantagens, assumindo que o brincar tecnológico é atualmente parte integrante da infância das crianças. No entanto, os pais devem ser alertados e sensibilizados para a sua utilização limitada e comedida, minimizando as consequências negativas do seu uso.

CONCLUSÃO

Em suma, a presença na sessão formativa do CE, a elaboração do seu resumo e a realização de uma pesquisa e síntese acerca do sono e da utilização da tecnologia por parte das crianças, foi promotora do desenvolvimento de competências enquanto futura EEESIP. A aquisição de novos conhecimentos acerca do sono da criança e as suas implicações, permitiu-me o reconhecimento antecipado de problemas, podendo intervir de forma eficaz na sua resolução. Também ao aprofundar o meu conhecimento acerca da utilização das tecnologias por parte das crianças, reconhecendo as suas vantagens e desvantagens, é-me possível intervir junto da mesma e da sua família, no sentido de promover a saúde e minimizar o seu impacto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anjos, C. I. dos, & Francisco, D. J. (2021). Educação infantil e tecnologias digitais: reflexões em tempos de pandemia. *Zero-a-Seis*, 23(Especial), 125–146. <https://doi.org/10.5007/1980-4512.2021.e79007>

Associação Portuguesa do Sono & Sociedade Portuguesa de Pediatria (s.d.), Higiene do Sono da Criança e do Adolescente - Ter um bom sono é um sonho possível! Consultado a 14 de novembro de 2023. <https://apsono.com/images/higienesono.pdf>

Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2009). *A Criança e o Sono* (5.º). Editorial Presença, Lda.

Carvalho, J. M. M. (2020). *Relações entre pais e pares e o uso de tecnologias pelas crianças e adolescentes*. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/8750/1/DM_31270.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2013, maio 31). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>

Hermes, F. N., Nunes, E. E. M., & Melo, C. M. de. (2022). Sono, estado nutricional e hábitos alimentares em crianças: um estudo de revisão. *Revista Paulista de Pediatria*, 40, 1–10. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020479>

Oliveira, N. M. de, & Marinho, S. P. P. (2020). Tecnologias digitais na Educação Infantil: representações sociais de professoras. *Revista Ibero-Americana de Estudos Em Educação*, 15(4), 2094–2114. <https://doi.org/10.21723/riaee.v15i4.14068>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Guia Orientador de Boas Práticas: O sono da criança e adolescente*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31188/gobp_sonobebeadolescente_v7-okn.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*. Consultado a 14 de novembro de 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550536>

Paiva, N., & Costa, J. (2015). A influência da tecnologia na infância: desenvolvimento ou ameaça? *Psicologia.Pt*, 1–13.

Palaiologou, I. (2016). Children under five and digital technologies: implications for early years pedagogy. *European Early Childhood Education Research Journal*, 24(1), 5–24. <https://doi.org/10.1080/1350293X.2014.929876>

Prensky, M. (2001) Digital Natives Digital Immigrants. In: PRENSKY, Marc. On the Horizon. NCB University Press, Vol. 9 No. 5, October (2001)

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, da Direção-Geral de Saúde (2013)

Rafael, A., Gouveia, M., Fernandes, S. G., Costa, A. V., Melo, S., Borges, S., Calejo Jorge, J., Mendes, G., Correspondente, A., Corresponding, I, & Vera Costa, A. (2020). exposição a “tempo de ecrã” e psicopatologia na infância “screen time” and psychopathology in children and adolescents. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 6(2), 54–66.

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª Série (N.º 133 de 12 de julho de 2018), 19192-19194. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Rocha, A.N.D.C. & Deliberato, D. (2012.), Tecnologia assistida para a criança com paralisia cerebral. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18(1):71 92

Rodrigues, I. S. M. (2022). *O impacto da utilização de ecrãs na PHDA na infância e adolescência* [Universidade da Beira Interior]. <http://hdl.handle.net/10400.6/12778>

Santana, M., Ruas, M., & Queiroz, P. (2021). The impact of screen time on child growth and development. *Revista Saúde Em Foco*, 169–179.

Santos, C., & Barros, J. (2017). Efeitos do uso das novas tecnologias da informação e comunicação para o desenvolvimento emocional infantil: Uma compreensão psicanalítica. In *Portal dos Psicólogos* (Issue 1). <https://doi.org/10.5216/cei.v8i1.24596>

Watson, N. F., Safwan Badr, ; M, Belenky, ; Gregory, Donald, ;, Bliwise, L., Buxton, O. M., Buysse, D., David, ;, Dinges, F., Gangwisch, J., Grandner, M. A., Clete Kushida, ;, Raman, ;, Malhotra, K., Martin, J. L., Sanjay, ;, Patel, R., Stuart, ;, Quan, F., ... 17, M. A. (2015). Recommended amount of sleep for a healthy adult Non-Participating Observers. *Sleep*, 38(8), 1161–1183.

APÊNDICE X - Reflexão sobre o cuidado emocional prestado à criança e família
na Consulta de Desenvolvimento de Pediatria, à luz do Modelo TEEP



13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Contexto Clínico: Consulta de Desenvolvimento

Reflexão sobre o cuidado emocional prestado à criança e
família na Consulta de Desenvolvimento de Pediatria, à luz
do Modelo TEEP

Francisca Figueiredo Teixeira da Silva Frias
n.º 5702

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa
novembro, 2022

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CDP - Consulta de Desenvolvimento de Pediatria

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OE - Ordem dos Enfermeiros

TEEP - Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Sr.^a Enf.^a – Senhora Enfermeira

I) JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

No âmbito do contexto de estágio da Consulta de Desenvolvimento de Pediatria (CDP), a elaboração desta atividade visa dar resposta aos 4.º e 5.º objetivos delineados: **Conhecer estratégias utilizadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) no cuidado emocional à criança e família, na CDP e Reconhecer o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP) como intervenção do EEESIP, respetivamente.**

1. REFLEXÃO

No decorrer do estágio, foi notório o cuidado emocional que a Sr.ª Enf.ª Orientadora, deteve com as crianças e famílias na CDP. Além de se ver estabelecida uma sólida relação terapêutica entre enfermeiro-criança- família, frequentemente a enfermeira procurava a demonstração de atitudes carinhosas com as crianças, que compareciam na consulta. Respeitando sempre a sua individualidade, as suas necessidades e vontades, a Sr.ª Enf.ª Orientadora recebia as crianças com um sorriso cativante e de braços abertos, fazendo com que estas corressem até ela e rapidamente se transformavam num longo e acolhedor abraço. Este pequeno gesto traduz-se numa intervenção de enfermagem, no qual é espelhado o cuidado emocional com o Outro; uma vez que a prática de enfermagem se alicerça numa bonita relação simbiótica entre o cuidado e o amor (Watson, 2002).

Durante as consultas de enfermagem, a Sr.ª Enf.ª brincava com as crianças, entrando em plena sintonia com o mundo infantil, cantando, gatinhando, fazendo jogos simbólicos e rebolando com as crianças. Incansavelmente acolhia as crianças da CDP, munida de disponibilidade e afeto nas suas intervenções.

Recordo quando numa das sessões, com uma criança com atraso da linguagem, a Sr.ª Enf.ª disse: "*Posso não conseguir fazer-te falar, mas consigo fazer-te sorrir!*", fazendo-lhe cócegas. A mãe encontrava-se sentada a observar a interação, olhando enternecidamente para a Sr.ª Enf.ª e para a sua filha, enquanto estas eram assoberbadas por gargalhadas. Esta foi, sem dúvida, uma imagem que me marcou e relembro-a a

sempre com enorme carinho, pois efetivamente espelha a essência do cuidar de enfermagem, na sua plenitude. Mesmo perante o silêncio das palavras, a consulta foi pejada de sorrisos e risos, escutando ativamente a criança, reconhecendo as suas necessidades e particularidades, recorrendo a encenações, jogos e brincadeiras. Dedicando tempo para compreender a sua visão do mundo, mesmo que as palavras estivessem comprometidas, a Sr.^a Enf.^a deu voz ao afeto durante a interação, cuidando emocionalmente (Vieira, 2023).

Após observar e refletir acerca da prática da Sr.^a Enf.^a, tomando-a como exemplo, procurei adotar as mesmas estratégias, visando uma intervenção eficaz, no que concerne ao cuidado emocional. Ao longo da minha prática, simultaneamente que efetuava a avaliação do desenvolvimento da criança, procurava o estabelecimento de uma relação de terapêutica, no qual a criança me reconhecesse como figura parceira e de confiança. Com recurso à brincadeira de chão, jogos simbólicos, demonstrações de afeto, palavras e gestos ternurentos, procurei aproximar-me e minimizar os potenciais sentimentos de índole negativa que esta poderia sentir, por se encontrar num ambiente hospitalar, com pessoas desconhecidas. O facto dos diversos gabinetes se encontrarem equipados com material lúdico e infantil facilitaram a minha intervenção enquanto futura EEESIP. Ao utilizar os brinquedos na consulta, oferecendo à criança espaço e liberdade para brincar, facilitou o meu envolvimento e aproximação a ela. Tal como referido por Diogo et al., (2021) e Diogo (2023), nutrir cuidados com afeto, promover um ambiente seguro e acolhedor, munido de empatia, é crucial na intervenção do enfermeiro, uma vez que permite o alcance do cuidar emocional.

Ao longo da minha prática, o envolvimento dos pais foi também foco da minha intervenção. Para além de procurar trabalhar competências parentais, capacitando-os e potenciando as suas capacidades, procurei também conhecer qual a sua experiência emocional ao longo do processo de acompanhamento do seu filho na CDP. Uma vez que as perturbações de neurodesenvolvimento da criança, interferem significativamente o bem-estar e qualidade de vida da família, cabe ao EEESIP, assegurar a prestação de cuidados diferenciados, compreendendo inclusive de que modo a família está a lidar com a situação e quais os apoios disponíveis e adequados (Howe et al., 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2023).

No término das consultas ou no final do dia, foram efetuadas diversas reflexões em conjunto com a Sr.^a Enf.^a Orientadora acerca das práticas de gestão emocional na consulta de enfermagem, dirigidas à criança e família, que me permitiram a sistematização das intervenções. Deste modo, o cuidado emocional foi refletido na prática, destacando as intervenções executadas, promotoras do bem-estar físico e emocional da criança e família, sendo estas prioritárias na atuação de enfermagem. Devido à sua longa experiência em pediatria, a Sr.^a Enf.^a Orientadora reconhecia astutamente a vivência emocional da família, intervindo precocemente, por forma a evitar a escalada dos sentimentos de índole negativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisboa: Lisbon International Press.
- Diogo, P. M. J., Freitas, B. H. B. M. de, Costa, A. I. L. da, & Gaíva, M. A. M. (2021). Care in pediatric nursing from the perspective of emotions: from Nightingale to the present. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(4), e20200377. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0377>
- Howe, S. J., Baraskewich, J., & McMorris, C. A. (2023). Anxiety in autistic youth: understanding the impact on child, caregiver, and family quality of life. *Journal of child and family studies*, 32(3), 892–907. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02277-2>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Guia Orientador de Boas Práticas: A criança e o jovem com necessidades de saúde especiais em contexto escolar*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31169/gobp_nseemmeioescolar_v5n.pdf
- Vieira, A. A. (2023). Avaliação e Suporte Emocional do Paciente Pediátrico. In *Cuidados Paliativos Pediátricos* (pp. 279–283). Medbook, Editora Científica Ltda.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem* (Lusociência (ed.)).

APÊNDICE XI – Síntese reflexiva sobre a experiência emocional da criança e
família no SUPP e intervenção do EEESIP

**13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Contexto Clínico: Serviço de Urgência Pediátrica

**Síntese reflexiva sobre a experiência emocional da
criança e família no SUPP e intervenção do EEESIP**

Francisca Figueiredo Teixeira da Silva Frias
n.º 5702

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa
dezembro, 2022

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAEP - *Canadian Association of Emergency Physicians*

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OMS – Organização Mundial de Saúde

SO – Serviço de Observação

SU - Serviço de Urgência

SUP- Serviço de Urgência Pediátrica

SUPP - Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente

TAP – Triângulo de Avaliação Pediátrica

I) JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

A elaboração do presente trabalho, surge como atividade desenvolvida no contexto de estágio no Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente (SUPP), inerente aos 2.º e 3.º objetivos. Deste modo, através da mobilização de recursos conhecimentos para a prestação de uma prática de cuidados avançados nos diferentes postos do SUPP, sustentada pelo raciocínio e julgamento clínico e tomada de decisão, intencionalizando também a gestão das emoções experienciadas pela diáde, foi realizada uma síntese reflexiva, que retrata a minha atuação enquanto futura EEESIP nos diversos postos do SUPP: sala de triagem, sala de tratamentos de enfermagem, serviço de observação (SO) e sala de reanimação.

2. SÍNTESE REFLEXIVA

Durante a minha passagem pelo SUPP, tive a possibilidade de prestar cuidados nos diferentes postos de enfermagem do serviço, sob a orientação da Sr.^a Enf.^a Orientadora.

A **sala de triagem** é o local onde se efetua o primeiro contacto entre o enfermeiro e o cliente criança-família, que recorrem ao serviço de urgência. Pretende-se, nesta primeira abordagem, que seja atribuído o nível de prioridade de doença da criança, após a avaliação de sinais, sintomas e do quadro de evolução de doença retratado pelos pais. Segundo a *National Emergency Nurses Affiliation*, citado pela Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP) (2012) a palavra triagem advém da língua francesa "*trier*" que na sua tradução significa "separar ou selecionar", tendo a sua origem na I Guerra Mundial, por parte da medicina francesa. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2013), o processo de triagem consiste na priorização e classificação rápida da criança, de acordo com o tipo de urgência da sua situação clínica de saúde, que recorrem a um serviço de urgência. A triagem visa a identificar aqueles que apresentam sinais de emergência, que requerem tratamento imediato, aqueles que apresentam sinais que

requerem atendimento prioritário e identificar casos pouco urgentes ou não urgentes (OMS, 2013).

Tal como referido no Apêndice IV, na caracterização do SUPP, o sistema de triagem adotado neste hospital é o Sistema "*Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*", vulgarmente designado como "Sistema de Triagem Canadiana". A triagem canadiana, recorre ao olhar clínico, como primeiro instrumento da avaliação da criança, o TAP – Triângulo de Avaliação Pediátrica. Desenvolvido pela Academia Americana de Pediatria o TAP é uma ferramenta de fácil utilização e rápida aplicação, que permite identificar os clientes gravemente doentes, ideal para a primeira fase da triagem, avaliando, em poucos segundos, a aparência geral, a respiração e a circulação da criança (CAEP, 2012; Fernández et al., 2017). Neste seguimento, compreende-se assim que ao enfermeiro triador é exigido um domínio de conhecimentos na área da saúde infantil e pediátrica, bem como experiência em contexto pediátrico, para que desta forma possa efetuar uma correta avaliação da mesma.

Pretende-se que a triagem seja realizada por um enfermeiro experiente, capaz de aliar o pensamento crítico e raciocínio clínico de forma ágil e eficaz, atuando eficazmente (CAEP, 2012). Durante a minha experiência clínica no posto de triagem, logo à entrada da sala, era possível após uma avaliação visual a criança, com recurso ao TAP, reconhecer a criança que se encontrava pálida, que remetia rapidamente para um quadro de desidratação ou vômitos persistentes ou até por exemplo, a criança que se encontrava com a pele marmoreada, que de imediato me levaria a considerar um quadro de febre. De acordo com o Regulamento n.º 422/2018 o EEESIP é capaz de diagnosticar precocemente as doenças comuns da saúde infantil, uma vez que detém conhecimento sobre as doenças comuns às várias idades.

A seguinte etapa da triagem consiste na avaliação do motivo de recorrência ao SUP, no qual o enfermeiro explora de forma sucinta os sinais e sintomas de doença da criança, abordando de forma sintética o quadro de evolução, conduzindo a entrevista. Nesta etapa o enfermeiro deve adequar a sua comunicação de acordo com a faixa etária e fase de desenvolvimento da criança, sendo o EEESIP capaz de "comunicar com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis." (Regulamento n.º 422/2018, p. 19193).

Diante o exposto, ao longo das minhas intervenções na triagem, procurei sempre cumprimentar a díade de modo mais geral e posteriormente dirigir-me à criança e apresentar-me de forma breve, "*Bom dia! Olá M., eu sou a Francisca. Podes sentar aqui nesta cadeira? (...)*". De acordo com a faixa etária adequava o discurso, questionando, por exemplo, à criança pré-escolar "*onde é o teu dói-dói*". Com crianças até à idade escolar, para além de comunicar com elas, procurei uma troca de informação sólida com os pais que me permitiu efetuar a triagem de forma segura e eficaz. Quando perante o adolescente procurei dirigir-lhe sempre o discurso, inversamente do que faço quando se trata de crianças mais pequenas, adolescente, perguntando, a título de exemplo, "*Como te sentes J.? O que se passa contigo?*", procurando neste sentido que este se sentisse reconhecido e já capaz de se fazer explicar.

Além de efetuar uma comunicação verbal e empática, procurei também atentar à minha postura não verbal, uma vez que a linguagem corporal, a expressão facial e o tom de voz são aspetos essenciais a ter em conta na comunicação em saúde (Phaneuf, 2005). Compreendi que na maioria das vezes quando me levantava da cadeira, por trás secretária para fazer a avaliação dos sinais vitais da criança (avaliação da temperatura, saturação periférica de oxigénio etc.), ainda que a informasse e pedisse autorização para a minha intervenção, esta frequentemente chorava ou apresentava um fâcies assustado. Procurei assim adotar várias estratégias. A primeira estratégia passava por solicitar à criança que a mesma viesse até junto de mim, se a sua condição assim o permitisse, por forma a lhe dar sensação de controlo nesta abordagem, por exemplo "*Podes vir até aqui para eu ver o teu ouvido e verificar se tens febre?*". De modo geral, a criança colaborava mostrando-se menos assustada. Compreendi que o facto de permanecer sentada, atrás de uma mesa, que se figurava quase como "barreira" e não assustava tanto a criança. Permanecendo à sua altura, sentada na cadeira, "alocada ao meu posto" e ao "meu espaço", considerei que as crianças se sentiam mais seguras, uma vez que foram elas que tomaram a decisão de vir até junto de mim, sendo que podem também tomar a decisão de se afastar, caso pretendam. Além da adoção desta estratégia, procurei também o envolvimento com o seu mundo infantil, através dos desenhos que traziam na sua indumentária, dos bonecos animados que viam no telemóvel ou fazendo até recurso das figuras infantis que se encontravam pintadas na sala de triagem "*Este passarinho*

aqui, vai ajudar-me a ver a tua temperatura com este telefone e faz piu-piu. Vê se o consegues ouvir!", uma vez que a promoção de um ambiente seguro permite a diminuição da emocionalidade negativa acoplada a estes contextos (Diogo, 2023). Estes exemplos de intervenção configuram-se no alcance de competências de futura EEESIP, demonstrando conhecimento acerca de técnicas e habilidades de adaptação de comunicação no contacto com a díade (Regulamento n.º422/2018).

Ainda na triagem fase, para além do desafio de comunicar em pediatria, levanta-se também o desafio de comunicar com os pais que frequentemente se encontram ansiosos e assustados com a condição clínica do seu filho.

Em território nacional, a utilização dos serviços de urgência de forma indiscriminada, tem sido crescente, sobretudo quando se trata de serviços de urgência pediátricas (Rocha, 2020). Os pais frequentemente mostram-se ansiosos, deveras preocupados com a situação de doença do seu filho. Um estudo Butun & Hemingway (2018), reflete a desnecessária recorrência dos pais aos SUP, quando o seu filho apresenta uma situação de doença não urgente. O estudo retrata que estes se sentem manifestamente preocupados e ansiosos com a saúde da criança, com a possibilidade de recuperação tardia da doença, com as possíveis complicações da doença, sentindo-se também frustrados, ansiosos e com receio de não conseguir oferecer mais cuidados de saúde ao seu filho, destacando ainda a ansiedade e insegurança daqueles que são pais pela primeira vez.

Desta forma, procurei abordar os pais de forma serena e tranquila, desmitificando a situação de doença do seu filho e explicando a possível trajetória de percurso da urgência, procurando assim minimizar o sentimento de ansiedade e preocupação. Segundo Cruz (2019), os pais reconhecem o enfermeiro da triagem como competente, não só pela sua capacidade de avaliar a criança, dando resposta imediata ao problema, mas também pela sua capacidade de os tranquilizar e aconselhar. Este cuidado emocional a eles dirigido visa a minimização do impacto emocional da doença do seu filho, no sentido de não só alcançar uma parceria efetiva de cuidados, mas também de os cuidar emocionalmente. De facto, no decorrer do estágio neste contexto, frequentemente os pais recorriam ao SUPP, numa espiral de ansiedade e preocupação com o seu filho, atribuindo, muitas vezes uma gravidade injustificada à condição clínica

da criança. Frequentemente o motivo de ida à urgência era febre. De modo geral, os pais temem a febre associando-a a infecções, convulsões, doenças graves, baixa imunidade e mostram dificuldade em lidar com a sensação de doença da criança, que frequentemente se encontra chorosa, mais prostrada, sem apetite e por vezes com dor (Pitoli et al., 2021). Os pais recorrem assim aos SUP por não se sentirem seguros na sua prestação de cuidados em domicílio, procurando uma avaliação de um profissional, que lhes permita a confirmação de doença grave, tranquilizando-os (Bont et al., 2022). Neste sentido, procurei reconhecer e compreender os seus sentimentos e emoções, validando-os e intervindo no sentido de os minimizar, facilitando assim a comunicação expressiva das emoções, tal como reiterado no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros (2018). A capacidade de estabelecer uma relação de confiança com os pais e com a criança, na triagem, a capacidade de os escutar ativamente, demonstrando interesse e disponibilidade com a díade, configuram-se como competências psicossociais e pessoais, que o EEESIP apresenta e que permitem a minimização da ansiedade vivida (Cruz, 2019).

Ainda na triagem é efetuada a avaliação dos sinais vitais necessários, de acordo com a história clínica apresentada. Neste sentido, é necessário deter domínio acerca dos parâmetros vitais espectáveis para cada faixa etária, e em caso de alteração, ser capaz de deter raciocínio clínico que permita uma intervenção eficaz. Dou assim o exemplo de uma criança de 2 anos que recorre por noção materna prostração. Numa primeira avaliação verifiquei que efetivamente a criança se encontra prostrada, mas atenta e reativa a estímulos. Quando observei os membros inferiores verifiquei que estão marmoreados, pelo que avaliei a temperatura timpânica e confirmei que se encontrava com febre. A pele marmoreada, isto é, a má perfusão, trata-se de um fenómeno fisiológico característico da subida térmica (Salgado, 2008). Neste seguimento, para além de administrar um antipirético, procurei avaliar a sua tensão arterial e frequência cardíaca, uma vez que a mãe descrevia a sensação de mau estar da criança. Os valores da tensão arterial estavam estáveis, contudo encontrava-se tendencialmente taquicárdica. Contudo, considerei que a frequência cardíaca alterada poderia ser, muito provavelmente, consequência da hipertermia. Esclareci a mãe acerca dos sinais vitais e

pedi que regressasse para reavaliação na triagem dentro de 40 minutos. Quando regressou reavalei a temperatura, confirmando que já se encontrava em descida térmica e avalei novamente a FC, que também já se encontrava estável para a faixa etária, uma vez que já não estava em pico febril (Garcia-Zapata & Souza, 2006). Verificou-se também que a criança se encontrava com boa vitalidade, mais ativa e reativa quando apirética. Este raciocínio clínico, que sustenta a prática baseada na evidência científica, conjuntamente com o domínio de conhecimentos sobre a saúde e processos de doença da criança, configuram-se como competências de enfermeiro especialista, como explanado nos Regulamento n.º 422/2018 e Regulamento n.º 140/2019, da Ordem dos Enfermeiros.

No decorrer do estágio tive também a oportunidade de intervir na **sala de tratamentos de enfermagem**. Nesta sala realizam-se diversos procedimentos e técnicas de enfermagem, algumas delas invasivas e dolorosas. Muitas das crianças, frequentemente manifestam o seu medo através do choro, comportamentos de hetero agressividade, gritos, chegando até à tentativa de fuga. Além de reconhecerem o ambiente da sala como hostil e assustador, por todo o material que o rodeia (marquesa, carrinhos de material técnico), muitos associam a sala a experiências anteriores. Os medos das crianças no SUP estão geralmente relacionados com a dor, injeções e análises clínicas (Diogo et al., 2016).

Face ao exposto, procurei durante a minha intervenção enquanto futura EEESIP, no sentido de não só minimizar o medo da criança no SUPP, mas também diminuir a sua ansiedade e dor associada aos procedimentos. Tal como referido por Diogo et al. (2016), o medo intenso das crianças é influenciado pela falta de compreensão da situação, idade, sexo e comunicação dos pais, pelo que cabe ao EEESIP criar ambientes acolhedores e gerir emoções, visando reduzir o medo e também construir relações de apoio e segurança.

A adoção de estratégias não farmacológicas de controlo da dor foi apanágio da minha intervenção na sala de tratamentos, mesmo quando não era eu a profissional que iria realizar o procedimento. Procurei explicar o procedimento à criança, abordando de forma calma e carinhosa, utilizando uma linguagem adequada ao seu desenvolvimento cognitivo, demonstrando o procedimento e muitas das vezes adotei a técnica de

demonstração da punção, mostrando inclusive os materiais do procedimento às crianças, de acordo com a sua faixa etária e fase de desenvolvimento, por forma a que esta ficasse mais tranquila e colaborasse nos cuidados (Diogo, 2023; OE, 2013).

Sempre que possível, durante os procedimentos dolorosos, como é o exemplo a punção venosa, perguntei à criança se queria contar até três para efetuar a punção, de modo a promover a sua autonomia e um melhor controlo da dor (OE, 2013). Utilizando ainda o *storytelling* como estratégia de comunicação, na realização de procedimentos invasivos e dolorosos, com o intuito de criar um ambiente acolhedor e seguro, utilizando narrativas envolventes para acalmar a criança e sua família. Ao introduzir elementos de conto, como personagens, cenários ou metáforas, o enfermeiro é capaz de contextualizar o procedimento, tornando-o mais compreensível e menos ameaçador para a criança. Essa abordagem não apenas ajuda a diminuir a ansiedade da criança, mas também fortalece a relação de confiança entre o profissional de saúde e a família, proporcionando um cuidado mais humanizado (Gonçalves et al., 2021). A comunicação em saúde, consiste numa abordagem multifacetada, ligada à informação que visa apresentar, adotar ou manter um determinado comportamento, prática ou política que permita melhorar os resultados na saúde Schiavo (2012). *"Sabes que este spray fresquinho, é o spray da Frozen que ajuda a tirar a dor da piquinha... às vezes a Frozen vem aqui e traz-nos este spray de gelo que ela faz para nós ajudarmos os meninos que estão doentes..."*.

No que respeita à intervenção com os RN e lactentes, quando era necessário efetuar, por exemplo, punções periféricas, promovi a amamentação durante a punção venosa por forma a minimizar a dor e também a administrei sacarose 24%, tal como recomendado pela OE no guia orientador de boas práticas: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança (2013). Utilizei ainda os computadores da sala de tratamentos, colocando músicas e/ou vídeos favoritos da criança aquando da realização de procedimentos e também nas abordagens mais simples, fazendo assim da música infantil a música de fundo da sala de tratamentos, como técnica de distração, uma vez que esta é reduz o stress e potencia a recuperação / equilíbrio – *healing* e o bem-estar emocional (Watson, 2002; Diogo et al., 2016; Diogo, 2023).

Além destas estratégias procurei também garantir que o acompanhante permanecesse junto da criança, evitando a sua separação e promovendo-o como uma figura de segurança para o seu filho.

Muitas vezes também os pais se encontravam receosos na sala de tratamentos, pelo que procurei sempre explicar não só às crianças, mas também aos pais a procedimento a ser realizado, a sua intenção e resultado, por forma a minimizar a sua ansiedade. Também incentivei à participação nos procedimentos, uma vez que ajuda a diminuir o medo, a ansiedade, o stress da díade, reforçando o papel parental (Diogo et al., 2016). Este cuidado centrado na família, não só fortalece a relação enfermeiro-criança-família, como também permite a melhor tomada de decisão conjunta para a criança, articulado numa lógica do Modelo de Parceria de Cuidados. Neste sentido, é possível compreender que este conjunto de intervenções pretendem a gestão da dor e aplicação de medidas farmacológicas de combate à mesma, concomitantemente que espelham a negociação da partição da criança e família no seu processo de saúde, tal como explanado no Regulamento n.º 422/2018.

Também no **SO** a minha prática de cuidados se regeu pela adoção das intervenções supramencionadas na sala de tratamentos, à luz de uma prática de cuidado humanizado, com intuito de minimizar a experiência emocional negativa vivenciada pela díade. No SO, o tempo de contacto com a díade foi maior, pelo que a relação que se desenvolve é por ele solidificada. Foi possível compreender, após conversar com as crianças e famílias internados no SO, que o facto de esta hospitalização, ainda que se preveja curta, ser inesperada é potenciadora da ansiedade e receio na díade. Neste sentido, procurei diversas oportunidades para construir uma relação terapêutica de confiança com a díade, através do estabelecimento de conversas profundas, explorando os seus medos e receios, procurando apaziguá-los.

A **sala de reanimação**, de acordo com a Direção-Geral da Saúde (2001), tem como objetivo a abordagem ao doente emergente, grave e crítico. Esta sala é integrada na estrutura física do SU, junto da sala de triagem, tal como recomendado pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2019).

No que respeita à prestação de cuidados na sala de reanimação, durante a minha experiência de estágio, destaco a situação de um lactente que deu entrada na sala,

trazida em braços pelo pai, em convulsão ativa (contexto febril). Os pais não entraram durante a abordagem de emergência, pelo que me fez sentido, ir ao seu encontro, uma vez que os cuidados estavam assegurados pelos elementos do SUPP, presentes na sala. Apresentei-me enquanto enfermeira do SUPP e pedi que me acompanhassem até um dos gabinetes, local mais resguardado. Na minha intervenção e procurei validar os seus sentimentos de pânico, medo e angústia, reconhecendo o seu sofrimento emocional. Esclareci os pais acerca da abordagem ao seu filho a decorrer na sala de reanimação, explicando de forma simples os procedimentos e esclarecendo antecipadamente os cuidados pós-convulsão febril, nomeadamente a vigilância em SO nas próximas horas. Esta vigilância oferece aos pais uma sensação de segurança e serve também de espaço para orientações à família, nos cuidados a ter em caso de nova ocorrência. Elucidei-os sobre a situação de doença (convulsão febril), destacando o seu carácter benigno, autolimitado no tempo e relacionado com a idade (Anderson & Herring, c2024). O apoio do EEESIP é crucial, pois capacita os pais através de ensinamentos acerca de futuras situações, promovendo a segurança e confiança nos cuidados à criança (Westin & Levander, 2018).

CONCLUSÃO

Desta forma, de acordo com o suprarreferido, considero que a minha experiência no SUPP, foi pautada por um conjunto de oportunidades que enriqueceram ao meu percurso formativo e profissional, permitindo de um modo geral alcance dos dois objetivos elencados: **1)** Desenvolver competências específicas e comuns do EEESIP na prestação de cuidados à criança/jovem e família, nos seus processos de saúde/doenças, bem como nas diferentes etapas de desenvolvimento, nos diversos contextos pediátricos; **2)** Desenvolver competências específicas e comuns do EEESIP no cuidado emocional à criança e família que experienciam a situação de doença aguda. Ao longo da minha “passagem” pela sala de triagem, pela sala de tratamentos, pelo SO e pela sala de reanimação foi possível o desenvolvimento de diversas competências, enquanto futura EEESI

Durante o estágio no SUPP, procurei mobilizar competências, conhecimentos e evidência que suportou a minha prática baseada num pensamento crítico e raciocínio clínico. O cuidado emocional dirigido à díade no SUPP foi também apanágio da minha intervenção, procurando de forma constante, reconhecer a experiência emocional do binómio criança-família, promovendo a ventilações de emoções, a escuta ativa e compreensão da vivência, visando assim minimizar o medo e ansiedade acoplada ao SUP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson, C. & Herring, R. A. (c2024). Pediatric Nursign Interventions ans Skills. In M. J. Hockenberry, E.A. Duffy & K. D. Gibbs (Coords.), *Wong's, Nursing Care of Infants and Children* (12th ed., pp 668-738). Elsevier.

Bont E.G., Loonen N., Hendrix D.A., Lepot J.M., Dinant G.J., Cals J.W. (2015). Childhood fever: a qualitative studyon parents' expectations and experiences duringgeneral practice out-of-hours care consultations. 26(16) 131. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4597376/pdf/12875_2015_Article_348.pdf

Butun, A., & Hemingway, P. (2018). A qualitative systematic review of the reasons for parental attendance at the emergency department with children presenting with minor illness. *International Emergency Nursing*, 36, 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.002>

Canadian Association of Emergency Physicians. (2012). *The canadian triage and acuity scale combined adult/paediatric Educational Program: Participant's Manual* (Issue April 2012). <http://www.caep.ca/template.asp?id=B795164082374289BBD9C1C2BF4B8D32>.

Cruz, M. do C. (2019). *Triagem realizada por Enfermeiros no serviço de urgência pediátrica: Fatores que influenciam a satisfação dos pais* [Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu]. <http://hdl.handle.net/10400.19/5490>

Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisboa: Lisbon International Press.

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v20i2.118>

Direção-Geral da Saúde. (2001). Rede de referenciação hospitalar de urgência/emergência. <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes->

HYPERLINK "<https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/>

Fernández, A., Ares, M. I., Garcia, S., Martinez-Indart, L., Mintegi, S., & Benito, J. (2017). The Validity of the Pediatric Assessment Triangle as the First Step in the Triage Process in a Pediatric Emergency Department. *Pediatric Emergency Care, 33*(4), 234–238. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000717>

Garcia-Zapata, M. T. A., & Souza Júnior, E. S. de. (2008). Aspectos fisiopatológicos da febre nas doenças infecto-parasitárias. *Universitas: Ciências Da Saúde, 4*(1), 111–117. <https://doi.org/10.5102/ucs.v4i1.26>

Gonçalves, B., Nascimento, C., Bernardes, C., Marques, C., Jasmins, C., Santos, D. F., Rocha, E., Feio, G., Sampaio, H., Fernandes, I., Fonseca, M., Simões, P., Taborda, P., Silva, R., Francisco, R., Nogueira, R., & Pires, S. (2021). *Storytelling: pela voz e criatividade de profissionais das áreas da saúde Um contributo para o bem-estar e para a literacia em saúde do cidadão (2021)*. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. <http://hdl.handle.net/10400.12/8257>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor*. Série I (N.º6).Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobb_estrategiasnaofarmacologica_scontroloedorcrianca.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2013). Hospital care for children: Guidelines for the management of common childhood illness. In *Academic Emergency Medicine* (2nd ed.). <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1996.tb03308.x>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Pitoli, P. J., Duarte, B. K., Fragoso, A. A., Damaceno, D. G., & Sanches Marin, M. J. (2021). Fever in children: Parents' search for urgent and emergency services. *Ciencia e Saude Coletiva*, 26(2), 445–454. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40782020>

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª Série (N.º26 de fevereiro de 2019), 4744-4750. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª Série (N.º 133 de 12 de julho de 2018), 19192-19194. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Salgado, M. (2008). *Critérios de Alerta na Criança com Febre*.

Schiavo, R. (2012). Raising the influence of community voices on health equity. *Journal of Communication in Healthcare*.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem*. Lusociência

Westin, E., & Sund Levander, M. (2018). Parent's experiences of their children suffering febrile seizures. *Journal of Pediatric Nursing*, 38, 68–73. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.11.001>

APÊNDICE XII – “KIT D’Emoções”


**13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Contexto Clínico: Serviço de Urgência Pediátrica

“KIT d’Emoções”

Francisca Figueiredo Teixeira da Silva Frias
n.º 5702

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo


Lisboa
dezembro, 2022

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ICN – Conselho Internacional dos Enfermeiros

OE - Ordem dos Enfermeiros

Sr.ª Enf.ª – Senhora Enfermeira

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

SUPP - Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente

I) JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

Com vista a atingir o 3.º **Objetivo** delineado para o contexto de estágio no Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente (SUPP) - **Gerir emoções experienciadas pela criança e família na situação de doença aguda, em contexto de urgência** – foi proposta a elaboração de um “**Kit d’Emoções**”. Esta atividade tem como principal finalidade minimizar a emocionalidade negativa, que frequentemente está associada à sala de tratamentos do serviço de urgência pediátrica (SUP), bem como ser recurso não farmacológico para controlo da dor, configurando-se ainda como promotor da regulação emocional da criança.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Perante a situação de doença aguda, em ambiente hospitalar como é exemplo o SUP, a criança tende à experiência emocionalmente intensa e excessiva, de emoções de índole negativa, como o medo, a ansiedade e o sofrimento, frequentemente associadas a procedimentos técnicos (Diogo et al., 2016). O ambiente desconhecido, o medo da dor e/ou lesão corporal, a perda de controlo e a ansiedade de separação, comportam-se como fatores de insegurança e stress, que potenciam o desenvolvimento de sentimentos de ansiedade e pânico da criança (Hockenberry, c2024).

Também a família, frequentemente os pais, que acompanham o seu filho ao SUP encontram-se fragilizados, acarretando consigo sentimentos de ansiedade, preocupação e angústia pela condição clínica do seu filho (Pitoli et al., 2021; Zdun-Ryżewska et al., 2021).

É neste sentido que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) deve intervir, identificando as emoções e sentimentos experienciados, com o intuito de minimizar e aliviar o sofrimento físico e emocional da díade. O reconhecimento da experiência emocional é espelho de uma prática de cuidado humanizado, uma vez que o enfermeiro ao compreender a emocionalidade do Outro,

legitimando as suas necessidades, intervém no sentido de permitir a transformação de uma vivência emocional excessiva, minimizando-a (Diogo, 2015; Watson, 2002, 2018).

De acordo com o Conselho Internacional dos Enfermeiros na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (2020), a dor é definida como uma sensação corporal desconfortável, que se relaciona com o sofrimento, de caráter subjetivo. Reconhecida como o 5.º sinal vital, pela Direção-Geral de Saúde, a dor configura-se como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante àquela associada a dano tecidual real ou potencial” (Raja et al., 2021, p. 2). O medo e ansiedade sentidos são considerados sentimentos potenciadores do agravamento da dor, pelo que incumbe ao EEESIP, efetuar uma gestão diferenciada da dor, otimizando as respostas, mobilizando competências e conhecimentos que efetivem a sua intervenção (DGS, 2012; Regulamento n.º 422/2018).

Segundo o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor, os profissionais de saúde devem reconhecê-la nas suas diferentes dimensões, sendo para isso frequentemente necessária uma abordagem multidisciplinar articulada, que faça a avaliação correta da dor e ofereça respostas adequadas para a sua mitigação (DGS, 2017).

A ansiedade, segundo a Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) na CIPE® define-se como uma emoção negativa, que configura a ameaça, o perigo ou a angústia (ICN, 2020), e é recorrentemente experienciada pelas crianças sujeitas aos procedimentos, muitas vezes manifestando-se sob a forma de choro, gritos e agressividade (OE, 2011).

Cabe assim ao EEESIP, recorrer a intervenções não farmacológicas de controlo da dor, sensoriais ou cognitivo-comportamentais, com o intuito de reduzir a ansiedade e o medo, e conseqüentemente minimizar a dor física, levando em consideração a idade da criança, o seu desenvolvimento cognitivo, as estratégias de *coping* e as experiências anteriormente vividas (DGS, 2012; Regulamento n.º 422/2018).

Importa também reconhecer os pais como parceiros, uma vez que estes conhecem o seu filho melhor do que alguém. Envolvê-los na prestação de cuidados, com o objetivo de minimizar o medo do desconhecido sentido pela criança e também promover a sua incorporação na prática, permite que eles se sintam incluídos e não espectadores passivos dos cuidados ao seu filho, evitando o sentimento de impotência (Soni & Tscherning, 2021).

O Guia Orientador de Boa Prática de estratégias não farmacológicas no controlo da dor na Criança, da Ordem dos Enfermeiros (2013), sugere a criação de Kits temáticos, impulsionadores da utilização do brinquedo como instrumento terapêutico, intentando na minimização e/ou mitigação da dor e ansiedade, através da distração, suavizando o impacto de situações stressantes para a criança. Este Guia recomenda utilização de material lúdico e didático com o intuito de desviar a atenção da criança do procedimento doloroso, através da brincadeira (OE, 2013). O brincar é inerente à pediatria, esculpindo-se como intervenção de enfermagem, dado que reduz a ansiedade, o medo e a dor e simultaneamente promove o bem-estar geral da criança (Díaz-Rodríguez et al., 2021).

De acordo com o Regulamento que define o ato do enfermeiro (Regulamento n.º 613/2022), esta intervenção configura-se como autónoma, de total responsabilidade, na qual são mobilizadas competências e conhecimentos intrínsecos à profissão, com vista à promoção da saúde da criança e à maximização do seu bem-estar.

Com a intenção de minimizar o impacto emocional negativo associados a estes contextos, o enfermeiro é facilitador da gestão das emoções do cliente criança-família e consequentemente da sua regulação, cuidando emocionalmente da díade (Diogo, 2023).

2. PLANEAMENTO DA ATIVIDADE

Nome: “Kit d’Emoções “

Apresentação: Módulo de três gavetas

População-alvo: Clientes do SUPP

Objetivos:

- Minimizar os sentimentos e emoções (ansiedade, medo, pânico, stress) da criança, no SUPP;
- Diminuir a dor nos procedimentos, através da implementação de estratégias não farmacológicas de controlo da dor;
- Incentivar os pais à parceria de cuidados, minimizando também a sua vivência emocional negativa;

- Intervir eficazmente, no sentido de facilitar, regular e gerir a experiência emocional da díade, facilitando a vivência da ida ao SUPP.

Caracterização: Conjunto de três gavetas sobrepostas nas quais são disponibilizados materiais lúdicos e didáticos, devidamente selecionados com sustento na evidência científica, que serão utilizados durante a realização de procedimentos de enfermagem dolorosos e invasivos, como elementos de controlo não farmacológico da dor. Cada gaveta destina-se a uma faixa etária: **Gaveta 1** - Recém-Nascido e Lactente; **Gaveta 2** - *Toddler* e Pré-escolar; **Gaveta 3** - Escolar e Adolescente.

Localização: Sala de Tratamentos de Enfermagem

Recursos materiais: Módulo de três gavetas, bonecos de peluche, carrinho de madeira, pensos, compressas, máscaras, toucas, seringas, lápis de cor, blocos de folhas brancas, livros de espuma, roca, bolas de sabão, bola anti-stress.

3. EXECUÇÃO DA ATIVIDADE

A construção do “Kit d’Emoções” foi baseada nas recomendações do Guia Orientador de Boas Práticas - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança, da Ordem dos Enfermeiros (2013).

As gavetas estão identificadas individualmente (Figs. 1, 2 e 3) e é sugerido, em cada uma, um conjunto de materiais e instruções para a sua utilização. Diversos elementos da equipa de enfermagem contribuíram para a angariação dos materiais, para a elaboração do Kit, que ainda não se encontra completo.



Fig. 1 - Identificação da Gaveta 1



Fig. 2 - Identificação da Gaveta 2



Fig. 3 - Identificação da Gaveta 3

SUGESTÃO DE MATERIAL PARA O "KIT D'EMOÇÕES" E INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO

GAVETA 1: RECÉM-NASCIDO & LACTENTE (0 dias – 12 meses)

BRINQUEDOS / MATERIAIS TERAPÊUTICOS

- Brinquedos macios, com cores vivas, que produzem sons (roca, telemóvel e caixinha de música);
- Pensos rápidos coloridos, máscaras, toucas;
- Bola com som e colorida;

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Exploração dos objetos que proporcionam sensações de movimento, auditivas, visuais e táteis;

Jogo do «esconde-esconde»;

Simulação de procedimentos associados à cirurgia ou a procedimentos invasivos (colocação de máscara, penso na pessoa significativa, touca e incentivando o bebé a explorar estes materiais)

GAVETA 2: TODDLER & PRÉ-ESCOLAR (1 ano – 5 anos)

BRINQUEDOS / MATERIAIS TERAPÊUTICOS

- Boneco para servir de modelo;
- Material didático (compressas, pensos, adesivo, ligaduras);
- Livros de histórias;
- Caixinha com grãos de café;
- Material (lápiz e papel, para desenhos);
- Bolas de sabão

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Simulação de procedimentos efetuados pela criança através da imitação sobre o que vai acontecer e experimentar («faz-de-conta»);

Distração através da perceção visual, auditiva, táctil e olfativa;

Distração proporcionada pela concentração em jogos de construção

Relaxamento através de exercícios respiratórios

Distração proporcionada pela concentração em jogos de construção;

Humor;

Valorização das atitudes de cooperação e controlo da situação

GAVETA 3: ESCOLAR & ADOLESCENTE (6 anos – 18 anos)

BRINQUEDOS / MATERIAIS TERAPÊUTICOS

- Livros (“O Corpo Humano”);
- Material didático (compressas, pensos, adesivos, ligaduras, seringas);
- Livros de temáticas diversas (ciência, anedotas, adivinhas);
- Jogos (puzzles, “quebra-cabeças”)
- Bolas em buracos, enigmas, *sudoku*, palavras cruzadas; CD's de música e vídeos;
- Bolas coloridas anti-stress

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Explicação e demonstração dos procedimentos;
Manipulação do material didático;
Visualização das áreas do corpo envolvidas nos procedimentos;
Leitura;
Distração;
Humor;
Relaxamento através dos exercícios respiratórios e contração e descontração muscular progressivos.

Adaptado do Guia Orientador de Boa Prática Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança, da Ordem dos Enfermeiros (2013).

Kit D'Emoções disponibilizado ao SUPP



4. AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE

A proposta de concretização desta atividade foi recebida com interesse pela Sr.^a Enf.^a Chefe do SUPP, mostrando-se disponível para apoiar na aquisição de material para o Kit, contactando a Associação Crescer Bem, uma Instituição Particular de Solidariedade Social, que atua em parceria com o Hospital.

Presentemente, o material para a sua construção foi adquirido por mim, com o auxílio dos elementos da equipa do serviço de urgência (enfermeiros e assistentes operacionais) que se mostraram disponíveis para completar o Kit, trazendo brinquedos e materiais lúdico-didáticos, passíveis de utilização.

Na fase inicial da implementação pretende-se, que este projeto esteja disponibilizado numa das salas de tratamentos do SUPP, contudo, prevê-se que o seu material possa ser utilizado noutros contextos, como por exemplo na sala de triagem, na sala de pequena cirurgia, no serviço de observação ou na segunda sala de tratamentos, caso se considere pertinente.

Para que esta atividade possa ser exequível e a sua aplicação seja eficaz, será necessário a realização de uma formação em serviço à equipa de enfermagem, cujo objetivo principal é transmitir a importância e os benefícios da utilização do “Kit d’Emoções”. É fundamental a sensibilização da equipa para o seu uso na prestação de cuidados, como instrumento terapêutico coadjuvante nos procedimentos de enfermagem, tendo em vista a prática de cuidados de excelência, a prestação de cuidados não traumáticos e o reconhecimento do cuidado emocional em pediatria. Salienta-se ainda a necessidade de realizar o registo clínico das intervenções de enfermagem, em sistema informático aquando da sua utilização e avaliação da resposta da criança a esta intervenção.

À data da elaboração do presente relatório este projeto não se encontra implementado, pois aguarda aprovação de entidades superiores e validação do Grupo responsável pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Uma vez que me encontro atualmente a exercer funções neste serviço pretende-se a operacionalização deste projeto a curto prazo.

5. CONCLUSÃO

Face ao exposto, a criação e utilização do “Kit d’Emoções”, pela equipa de enfermagem, tem como **objetivo** primordial minimizar a experiência emocional negativa vivenciada pelas crianças que recorrem ao SUPP, aliviando a sua dor nas diferentes dimensões, como recomenda o Guia Orientador de Boas Práticas, da Ordem dos Enfermeiros (2013). Considera-se assim o EEESIP, enfermeiro de competências avançadas, é capaz de efetuar uma gestão diferenciada da dor e bem-estar da criança, oferecendo uma resposta adequada (Regulamento n.º 422/ 2018).

Objetiva-se deste modo, que a prestação dos cuidados de enfermagem, na sala de tratamentos do SUPP, seja escoltada pelo “Kit d’Emoções”, sendo que através da sua utilização. Estamos perante intervenções não farmacológicas de controlo da dor, aplicadas pelo enfermeiro, como é a técnica de distração e brincadeira terapêutica, que visam o alívio e minimização da dor, sofrimento e ansiedade, alcançando uma melhor gestão da dor e por consequência, a minimização do medo experienciado pela criança. Também o seu acompanhante pode utilizar este material, previamente selecionado e disponibilizado pelo enfermeiro, a fim de ser um interveniente ativo na participação na prestação de cuidados à criança.

Almejando a excelência na prática de cuidados, de acordo com o Regulamento n.º 422/2018, o EEESIP, deve ser capaz de prestar cuidados de nível avançado, movendo-se no intuito de alcançar a satisfação da criança e sua família, oferecendo uma resposta global à dimensão pediátrica, segura e eficaz. Face ao exposto, a elaboração deste projeto traça assim a rota para a aquisição de competências de EEESIP, permitindo fazer uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, otimizando as suas intervenções (E2.2), prestando cuidados específicos e adequados às necessidades de desenvolvimento de cada criança/jovem, reconhecendo-se a capacidade de comunicar, de acordo com o estágio de desenvolvimento (E3.3) (Regulamento n.º 422/2018). Também ao abrigo do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019) a realização desta atividade permite ir ao encontro das competências preconizadas, uma vez que intervém de forma dinamizadora no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégias institucionais, na área da

governança clínica (B1), no domínio da melhoria contínua da qualidade e implementação de programas (B2.1, B2.2), promovendo um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo (B3.1).

A operacionalização deste projeto num futuro próximo permite otimizar o processo de cuidados a nível do trabalho em equipa, visando gerir os recursos, adaptando o estilo de liderança, favorecendo a melhor resposta do grupo (C2.1, C2.2); mobilizando os conhecimentos e habilidades, sustentando a sua prática clínica especializada em evidência científica (D2.2), promovendo a formulação e implementação de procedimentos para uma prática especializada no ambiente de trabalho (D2.3). Pretende-se, de modo geral, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao binómio criança-família no SUPP, sendo a minha intervenção catalisadora na equipa de enfermagem, através do desenvolvimento e implementação de novos procedimentos, após a identificação de oportunidades de melhoria (Regulamento n.º 140/2019).

Em suma, tal como refere Diogo et al., (2016), para que a criança tenha uma experiência emocional, o mais positiva possível e menos traumática, é necessário a implementação de estratégias, como é exemplo o “Kit d’Emoções”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho Internacional de Enfermeiros (2020). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) V2.0. Ordem dos Enfermeiros. URL: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf>

Díaz-Rodríguez, M., Alcántara-Rubio, L., Aguilar-García, D., Pérez-Muñoz, C., Carretero-Bravo, J., & Puertas-Cristóbal, E. (2021). The Effect of Play on Pain and Anxiety in Children in the Field of Nursing: A Systematic Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 61, 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.02.022>

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Lusodidacta.

Diogo, P. (2023). *Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica*. Lisboa: Lisbon International Press.

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v20i2.118>

Direção-Geral da Saúde. (2012, dezembro, 18). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Circular - Normativa Nº 09/DGCG. https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_tecnicas_sobre_o_controlo_da_dor_em_procedimentos_invasivos_nas_crianças.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. In *Direção-Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor.aspx>

Hockenberry, M. J. (c2024). Perspective of Pediatric Nursing. In M. J. Hockenberry, E.A. Duffy & K. D. Gibbs (Coords.), *Wong's - Nursing Care of Infants and Children* (12th ed., pp. 1–13). Elsevier.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Guia orientador de boa prática: Diminuir o medo da cirurgia, assistir a criança com diabetes mellitus I, assistir a criança com estoma. Série I (N.º3 (2). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_VolIII.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor. Série I (N.º6).Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobb_estrategiasnaofarmacologicascontolodorcrianca.pdf

Pitoli, P. J., Duarte, B. K., Fragoso, A. A., Damaceno, D. G., & Marin, M. J. S. (2021). Febre em crianças: procura de pais por serviços médicos de emergência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 445–454. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40782020>

Raja S, Carr D, Cohen M, Finnerup N, Flor H, & Gibson S. (2021). The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª Série (N.º26 de fevereiro de 2019), 4744-4750. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª Série (N.º 133 de 12 de julho de 2018), 19192-19194. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Regulamento n.º 613/2022 (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª Série (N.º 131 de 8 de julho de 2022), 179-182. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>

Soni, R., & Tscherning, C. (2021). Family-centred and developmental care on the neonatal unit. *Paediatrics and Child Health (United Kingdom)*, 31(1), 18–23. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2020.10.003>

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem* (Lusociência (ed.)).

Watson, J. (2018). *Unitary Caring Science*. University Press of Colorado. <https://doi.org/10.5876/9781607327561>

Zdun-Ryżewska, A., Nadrowska, N., Błazek, M., Białek, K., Zach, E., & Krywda-Rybska, D. (2021). Parent's Stress predictors during a child's hospitalization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12019. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212019>

APÊNDICE XIII – Carta dirigida aos elementos do Conselho de Administração
Hospitalar e à Sr.^a Enf.^a Diretora do Hospital

**13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Contexto Clínico: Serviço de Urgência Pediátrica

**Carta dirigida aos elementos do Conselho de Administração
Hospitalar e à Sr.ª Enf.ª Diretora do Hospital**

Francisca Figueiredo Teixeira da Silva Frias
n.º 5702

Docente Orientador: Prof.ª Doutora Paula Diogo

Lisboa
dezembro, 2022

I) JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

A realização desta atividade, insere-se no contexto de estágio no Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente e atende ao **4.º objetivo: Promover o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica como orientador da intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.**

Neste sentido, foi realizada uma reunião com a Sr.^a Enf.^a Orientadora e com a Sr.^a Enfermeira Chefe do Serviço, para a apresentação do projeto de estágio e os objetivos inerentes ao contexto. Foi proposta a utilização de fardas alusivas ao mundo infantil, pelos elementos da equipa da urgência, uma vez que todos os profissionais de saúde do Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais), utilizam fardas brancas hospitalares. Ainda que o fardamento, de um modo geral seja desprovido de ligação com o mundo infantil, é de ressaltar que alguns enfermeiros, utilizam adereços que procuram a sintonia com a criança como fitas do cartão de identificação com desenhos animados, crachás em formato de bonecos e canetas coloridas com figuras infantis.

Assim, após discussão e reflexão com as Sr.^{as} Enf.^{as} apresentei a minha proposta de carta, dirigida ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar [REDACTED], à Sr.^a Enf.^a Diretora do respetivo Centro Hospitalar, ao Conselho de Administração Adjunto do Hospital [REDACTED] e à Sr.^a Enf.^a Adjunta do respetivo Hospital. Esta carta tinha como principal objetivo solicitar a aquisição, por parte do Centro Hospitalar / Hospital, de fardamento pediátrico uniformizado para os profissionais ou, na impossibilidade de aquisição, a autorização da sua utilização. Pretende-se assim, numa fase inicial, que a equipa de enfermagem e a equipa de assistentes operacionais no turno, utilizem fardas coloridas ou com desenhos infantis, uma vez que são equipa fixa no Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente.

O documento redigido encontra-se devidamente fundamentado com evidência científica, que sustenta a importância de uma prática de cuidado humanizado, destacando a necessidade de promoção de um ambiente seguro e afetuoso, como fator contributivo para a diminuição da excessiva emocionalidade negativa, acoplada ao Serviço de Urgência Pediátrica (Diogo, 2023; Watson, 2002). A realização desta atividade

é premissa para o desenvolvimento de um papel dinamizador e no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégias institucionais, no qual se veem mobilizados conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem (Competência B1, do Regulamento n.º 140/2019, da OE).

A utilização das fardas coloridas / infantis, por parte de equipa de enfermagem, são elemento promotor de um ambiente físico, psicossocial e espiritual, que gera segurança no cliente pediátrico (Competência B3, do Regulamento n.º 140/2019, da OE). Considero ainda desenvolvidas as competências B2.1- Avalia a qualidade das práticas clínicas; B2.2- Planeia programas de melhoria contínua; C1.1 - Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; C2.1- Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados; C2.1- Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados; D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica; D2.3- Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho, explanadas no regulamento suprarreferido.

Até à data do presente relatório ainda não se obteve qualquer resposta.

1) Carta

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar [REDACTED]

Ao Conselho de Administração Adjunto do Hospital [REDACTED]

Ex.^a Sr.^a Enf.^a Diretora [REDACTED]

Ex.^a Sr.^a Enf.^a Adjunta do Hospital [REDACTED]

Sou Francisca Frias, enfermeira no Serviço de Urgência Pediátrica, do [REDACTED]. Atualmente encontro-me a frequentar o 3.º semestre do 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. O meu projeto de intitula-se de “Cuidar da criança e sua família em situação de doença aguda: intervenção de enfermagem na gestão emocional”.

Neste contexto, encontro-me a desenvolver atividades que pretendam responder à problemática de enfermagem suprarreferida. Visando e ambicionando uma prática de excelência de cuidados de enfermagem, sustentada pelo cuidado humanizado, concebido por Jean Watson (2018), venho através do presente, solicitar a vossa excelência analisar a possibilidade do Centro Hospitalar [REDACTED], adquirir fardamento pediátrico, uniformizado, para utilização de todos os elementos da equipa de enfermagem e dos assistentes operacionais, no serviço de urgência pediátrica. A evidência científica revela que o fardamento hospitalar assume um papel preponderante no ambiente de trabalho, desde o atendimento que é feito ao cliente até ao reconhecimento dos profissionais da instituição.

As crianças e famílias, que experienciam uma situação de doença aguda, muitas das vezes é revestida por uma experiência emocional intensa, de tonalidade negativa, onde o medo do desconhecido, a ansiedade, o stress parental, o pânico e a incerteza são plano de fundo.

A existência de um ambiente acolhedor, como se constata à observação das paredes do SUP, ilustradas com pinturas e desenhos alusivos à infância, espelham a promoção de um ambiente seguro e afetuoso, exigida pela prática dos cuidados a clientes pediátricos. Nesta análise efetuada à luz do Modelo do Trabalho Emocional de Enfermagem Pediátrica, de Diogo (2015), muitas das vezes as ilustrações são nascente de intervenções utilizadas pelos enfermeiros e pais como meio de distração e tranquilização das crianças que recorrem ao SUP. À semelhança do impacto que o ambiente físico tem na situação de doença, também os

enfermeiros podem compreender-se como vetor de transmissão de segurança e envolvimento no mundo mágico da pediatria, sendo que o uso de fardas coloridas e com bonecos se torna elemento facilitador da aproximação do profissional – criança, facilitando a gestão de emoções e por consequência melhoradora a prestação de cuidados. A literatura comprova que a sintonia com o universo fantasiado da criança, através da utilização de fardas pediátricas, os enfermeiros desconstroem a ideia pré-concebida de um ambiente frio, estranho e assustador e acabam por tornam a experiência emocional de doença e hospitalização da criança mais positiva, facilitando ainda a adaptação à situação.

Atendendo à relevância e distinção que o Hospital [REDACTED] tem no panorama nacional e internacional, na área de saúde infantil e pediátrica, considero essencial a utilização deste tipo de fardamento, que se poderá reconhecer como elemento identificador da instituição bem como um projeto de melhoria contínua do serviço.

Deste modo, sou a solicitar mui respeitosamente a Vossa Ex.^a requerer uma merecedora análise para a aquisição do supracitado fardamento, que, caso considere profícuo e necessário, me disponibilizo para auxiliar na prospeção de orçamentos ou outras ações contributivas para a elaboração do procedimento. Encontro-me ainda ao dispor para reunião, caso julgue necessário algum esclarecimento adicional.

Antecipadamente grata pela atenção dispensada.

Subscrevo-me atenciosamente,

Com os melhores cumprimentos,

Enf.^a Francisca Frias (n.º mecanográfico [REDACTED])

dezembro, 2022

APÊNDICE XIV- Reflexão sobre a experiência emocional da família do recém-nascido na Unidade de Neonatologia e intervenção do EEESIP



**13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Contexto Clínico: Unidade de Neonatologia

**Reflexão sobre a experiência emocional da família do
recém-nascido na Unidade de Neonatologia e intervenção
do EEESIP**

**Francisca Figueiredo Teixeira da Silva Frias
n.º 5702**

Docente Orientador: Prof.ª Doutora Paula Diogo

**Lisboa
dezembro, 2022**

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

RN - Recém-Nascido

Sr.^a Enf.^a – Senhora Enfermeira

Sr.^a – Senhora

Sr. - Senhor

UCIN - Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

UN - Unidade de Neonatologia

UTIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

I) JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

A presente reflexão surge no âmbito do contexto de estágio na Unidade de Neonatologia (UN) e pretende dar respostas aos 3.º e 4.º objetivos, leia-se, reconhecer a experiência emocional da família do recém-nascido (RN), em situação de doença do mesmo com necessidade de internamento, com enfoque na intervenção de enfermagem e o cuidado emocional dirigido.

A prática reflexiva, tem vindo a assumir destaque na disciplina de enfermagem, sendo ferramenta de aprendizagem e gatilho de desenvolvimento de conhecimento da disciplina (Peixoto & Peixoto, 2016). Estas narrativas, as quais Benner (2001) desenvolve o conceito de narrativas de aprendizagem, conjeturando-as como narrativas de enfermagem, promovem uma revisão contínua e profunda acerca de uma determinada situação, permitindo assim refletir sobre a mesma, intencionado a melhoria da ação futura.

O ciclo reflexivo de Gibbs (2013), configura-se como um dos métodos comumente utilizados na prática de enfermagem para a elaboração de reflexões escritas.

Neste sentido, o presente trabalho debruça-se sobre uma a reflexão acerca de uma situação experienciada, na UN, especificamente na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (UCIN), acerca da transição para a parentalidade, abordando o impacto do confronto da família com o bebé real *vs* o bebé imaginado e a intervenção do EEESIP.

1. Reflexão à Luz do Ciclo de Gibbs

Descrição da situação

A Sr.^a S. e o Sr. J. são pais da bebé I., uma bebé prematura, que nasceu às 31 semanas + 2 dias. A bebé I. esteve internada na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UTIN) até, aproximadamente, às três primeiras semanas de vida, onde esteve ventilada invasivamente, com necessidade de cateteres centrais e suporte aminérgicos, tendo sido posteriormente transferida para a UCIN. Nesta fase, na UCIN, a bebé I. já iniciara alimentação entérica, através de sonda nasogástrica e ventilava espontaneamente, apenas com aporte suplementar de oxigénio por cânulas nasais, entendendo-se por isso, que estamos diante uma bebé, com menos necessidades de equipamentos de manutenção da vida, com uma considerável evolução clínica.

Os pais eram incentivados pela equipa da UCIN à prestação de cuidados de higiene, a vestir a sua bebé, a realizar o método canguru entre outras medidas que permitiam a adaptação à parentalidade e promotoras de vinculação pais-bebé, abrindo também um caminho de oportunidades para a sua capacitação.

A mãe S. mostrava segura na prestação de cuidados à sua bebé, solicitando frequentemente à equipa de enfermagem a possibilidade de a ter no colo, por horas a fio e “tratar” da sua bebé. Inversamente, o pai J. mostrava-se extremamente inseguro e fragilizado, quando lhe era dada a possibilidade de estar com a bebé I. no seu colo. Foram várias as vezes, que poucos minutos depois de a ter nos seus braços que o pai chamava pela equipa de enfermagem, pedindo que a I. voltasse para a incubadora, de olhos em água, notavelmente ansioso, referindo *“Não consigo mais, ajudem-me.”* O pai da I. era visita diária, contudo por períodos, enquanto a mãe S. permanecia durante todo o dia na UN. Por várias vezes que a mãe assistiu a este momento de insegurança e ansiedade do pai da I. e era notório como isso a deixava de fáceis triste.

Após observar alguns episódios semelhantes procurei aproximar-me da Sr.^a S. no sentido de melhor compreender a situação de ambos e qual seria a melhor forma de ajudar.

Numa primeira abordagem, esperei que a Sr.^a S. se encontrasse sozinha, para assim permitir uma conversa mais privada. Pedi-lhe permissão para me sentar junto de

si, puxando uma cadeira. Nesta primeira conversa, apresentei-me, dizendo o meu nome e explicando que me encontrava a realizar um estágio clínico, no âmbito formativo da especialidade de saúde infantil e pediátrica. A mãe mostrou-se muito recetiva à minha abordagem. Procurei questioná-la como se encontrava e em que é que eu poderia ser útil para a ajudar. Neste sentido a mãe S. desabafou, referindo que o sentia o pai muito inseguro e até incapaz de cuidar a bebé I. "*parece que tem medo de tudo... de a deixar cair, de lhe tocar, de a vestir...*", "*ele está sempre focado no monitor, a questionar tudo o que aparece... eu não vou comprar monitores lá para casa!*". Era evidente a preocupação que a mãe S. tinha com o pai J., contudo a mesma referia que "*não podia cuidar dos dois*".

Após vários desabafos, compreendi a situação em que a mãe S. se encontrava, pois para além de sentir cuidadora da I. tinha também uma preocupação e cuidado com o seu marido, que por vezes a esgotava emocionalmente. Após a primeira conversa com a mãe S., comprometi-me a regressar brevemente para voltarmos a ter um novo momento de partilha. A mesma agradeceu dizendo "*este bocadinho fez-me bem!*". No final deste turno, partilhei com a Sr.^a Enf.^a Orientadora a angustia da mãe da I., e após reflexão conjunta, considerámos a intervenção da psicóloga para o Sr. J..

Na segunda conversa que tive com a Sr. S., já numa abordagem mais próxima, a mesma revelou que "*tem sido insuportável, ele quer distanciar-se de tudo, já nem se dedica a terminar as obras do quarto da I.*". A mãe S. encontrava-se francamente triste com toda a situação. Confessava que, naquele momento, a sua angústia se prendia com a situação do seu marido e não tanto com a I. "*porque sei que aqui ela está bem, com vocês.*" Neste seguimento, questionei a senhora S. da possibilidade de agendar uma consulta com a psicóloga da UN, para o Sr. J.. A mesma referiu que esse seria uma considerável hipótese, contudo não sabia se o marido iria aceitar de bom agrado a proposta. Combinamos então, que a Sr.^a S. abordaria essa possibilidade em casa e eu, quando tivesse oportunidade, falaria também com o Sr. J. na UCIN. Como aliadas, "*cumprimos a nossa missão*", e poucos dias depois, a equipa de enfermagem contactou a psicóloga pertencente à UN, para a consulta do Sr. J., após consentimento do mesmo. O pai frequentou a primeira sessão de psicologia e a mãe S. mostrou-se deveras contente por este ter aceitado ajuda.

De destacar que, ao longo das quatro semanas de estágio, inclusive com a pausa letiva das férias escolares, se foi criando uma sólida relação entre mim, a Sr.^a S. e o Sr. J.. Sempre que era possível, a prestação de cuidados à I. ficava ao meu encargo, em conjunto com a Sr.^a Enf.^a Orientadora, possibilitando assim sermos as enfermeiras de referência. Ressalvo ainda as conversas profundas que tive com a Sr.^a S., inundadas de emoções e sentimentos, que nos aproximaram e tornaram a nossa relação estável. No decorrer desta relação, os abraços, as lágrimas, as mãos dadas, foram ganhando espaço, permitindo entrar na esfera emocional da Sr.^a S..

Sentimentos e Emoções

A vivência desta situação na UN, foi para mim uma experiência extremamente desafiante. Perante a situação de fragilidade da Sr.^a S. e do Sr. J., foram várias os sentimentos por mim experienciados, como compaixão, empatia pela situação, compreensão do medo sentido pelo Sr. J. e também entendimento pela angústia e preocupação vivida por parte da Sr.^a S.. Nas conversas carregadas de profundidade, fluíam sentimentos e emoções, num fluxo bidirecional, que permitam a partilha da experiência e a compreensão da mesma. Foi inevitável a preocupação com o pai da I. e também com a mãe S.

Avaliação da situação

Perante a situação descrita, importa refletir não só sobre a importância do EEESIP, como facilitador da gestão emocional dos pais dos bebés internados na UN, como também refletir acerca das preocupações vivenciadas pelos pais, quando perante o nascimento do bebé real vs o bebé idealizado e todas as consequências que deste processo advêm, como a difícil vinculação consequente da difícil adaptação à parentalidade.

Análise da Situação

A dicotomia entre o bebê real *vs* o bebê imaginado é paradigma complexo e constante no âmbito das UN. Os pais de um bebê prematuro frequentemente são confrontados com esta dura realidade, pois além de estarem perante um nascimento prematuro e inesperado, veem-se diante um bebê doente, internado, que exige um conjunto de cuidados técnicos especializados, recursos tecnológicos e humanos (Nascimento et al., 2022). Tanto a mãe como o pai, ao longo da gestação constroem de forma imaginada um conjunto de expectativas para o seu bebê, desde a sua aparência física até à forma como o pegam no colo pela primeira vez, o seu choro, a sua interação com o seu espaço físico (Azevedo & Vivian, 2020). São estas conceções imaginadas, que permitem o crescer de um espaço do bebê na família (Ribeiro et al., 2017).

Quando confrontados com o nascimento precoce do seu filho, a doença e a necessidade de internamento na UN, os pais estão diante um processo de transição desafiante, onde enfrentam a hospitalização e a separação precoce e prolongada, que pode afetar negativamente a criação de laços afetivos, provocando um distanciamento entre os pais e o bebê (Nascimento et al., 2022). A transição para a parentalidade configura-se como um processo que requer inúmeras adaptações e, conseqüente, demanda a vivência de um conjunto ínfimo de emoções. Perante o internamento de um filho RN numa UN podemos estar perante uma transição para a parentalidade morosa e tardia (Meleis, 2010). Soma-se ainda a dificuldade de aceitar o bebê real, face ao bebê imaginado, uma vez que há uma rutura com as expectativas outrora dimensionadas (Rosa & Gil, 2017).

Frequentemente os pais experienciam sentimentos de medo, ansiedade e insegurança quando interagem com o seu filho ou lhe prestam cuidados na UN, culminando até, em atitudes de negação ou alheamento face ao seu bebê (Souto, 2021; Swett & Mannix, 2012). Na situação anteriormente descrita era notório a ansiedade e o medo, que o pai da I. sentia, quando lhe pegava no colo, sentindo-se muitas vezes incapaz e inseguro no seu papel parental. Os pais de RN internado na UN são invadidos por sentimentos de tristeza, angústia e choque, sendo este momento por vezes traumatizante, que poderá culminar num sofrimento psicológico e alteração dos papéis parentais (Bonacquisti et al, 2020).

Schechter et al. (2020), evidenciam que a vivência desta situação inesperada, impacta significativamente a longo prazo a saúde dos pais do RN e a dinâmica familiar. O medo de tocar num bebe tão frágil, rodeado de equipamentos técnicos e barulhentos, assusta os pais, demovendo-os para um papel de meros expectadores (Trajkovski & Mannix, 2023).

Face ao exposto, o EEESIP detém uma intervenção crucial, na medida em que deve ser capaz de compreender as necessidades da família de forma singular, auscultando as suas necessidades emocionais, psicológicas, sociais e espirituais, possibilitando assim uma intervenção eficaz (Nascimento et al., 2022). Neste sentido, quando abordei a mãe S., procurei reconhecer a sua experiência emocional perante a situação vivida. Quando percebi que a necessidade de intervenção com o Sr. J. não estava ao alcance das minhas competências procurei, em conjunto com a Sr.^a Enf.^a Orientadora, o seu encaminhamento para a área da psicologia. O psicólogo nas UN intervém numa abordagem psicanalítica, capaz não só de auxiliar os pais no processo de vinculação ao seu bebé, mas também na antecipação de problemas de saúde mental (Baltazar et al., 2010). De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista é um capaz de otimizar o processo de cuidados no que respeita à tomada de decisão, reconhecendo quando “negociar com” ou “referenciar para” outros profissionais de saúde. Este encaminhamento possibilitou que o pai da I. fosse acompanhado, resultando paulatinamente numa melhoria na prestação de cuidados ao bebé e a sua aproximação, simultaneamente que permitiu uma relação mais harmoniosa entre o Sr. J. e a Sr.^a S..

O EEESIP deve também intervir no sentido de promover e permitir a prestação de cuidados pelos pais, incentivando-os à interação, sob a sua orientação, permitindo não só a transição normal do RN para a vida extrauterina mas também a vinculação e o apego pais-bebé, reduzindo inclusive o risco de infeção cruzada, facilitando simultaneamente a transição para a parentalidade (Kain & Mcinnes 2023). As longas conversas que tive com a mãe da I. foram facilitadoras na trajetória do internamento, pois através da comunicação empática e reconhedora da experiência emocional, além de centralizar a prestação de cuidados na família, permitiu também auxiliar na sua experiência emocional intensa, facilitando a sua vivência.

Conclusão

A Organização Mundial de Saúde (2022) reitera que uma experiência pós-natal positiva se pauta por garantir apoio e informações de modo consistente às puérperas, RN, pais, cuidadores e família, num sistema de saúde flexível, que reconheça as suas necessidades multidimensionais e respeite os seus valores.

Deste modo, torna-se imperioso a atuação do EEESIP, no sentido de não só ajudar na adaptação à parentalidade, como também à adaptação da transição de doença, reconhecendo a experiência emocional vivida pelos pais.

Ter um bebé prematuro internado numa UN configura-se como um processo desafiante e muitas vezes de difícil adaptação, que se intensifica quando estamos perante uma situação de risco de saúde. O processo de luto do bebé sonhado *vs* o bebé real, pode ser um processo árduo e moroso, contudo é essencial para que os pais se restabeleçam emocionalmente e possam posteriormente acolher o seu bebé. O EEESIP desempenha um papel crucial no apoio emocional à família, perante esta situação, facilitando não só os processos de vinculação, mas também capacitando os pais para o assumir de um novo papel.

Planeamento de ação futura

Importa assim, reconhecer a dimensão emocional como uma constante nos cuidados prestados, por forma a possibilitar e facilitar a melhor vivência da situação de doença, aos pais que se encontram “internados” com o seu bebé na UN. Além do encaminhamento para outras áreas de cuidados, é possível compreender a importância da intervenção do EEESIP, uma vez que detém um conhecimento acerca do RN e, pela sua experiência, é capaz de atuar de forma eficaz. A promoção da vinculação, a ajuda da adaptação à parentalidade, a implementação de estratégias facilitadoras da relação pais-bebé e a prestação de cuidados centrados na família são escopo dessa atuação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, K. F., & Vivian, A. G. (2020). Representações maternas acerca do bebê imaginário no contexto da gestação de alto risco. *Diaphora*, 9(2), 33–40. <https://doi.org/10.29327/217869.9.2-5>
- Baltazar, Danielle Vargas Silva, Gomes, Rafaela Ferreira de Souza, & Cardoso, Talita Beja Dias. (2010). Atuação do psicólogo em unidade neonatal: Rotinas e protocolos para uma prática humanizada1. *Revista da SBPH*, 13(1), 02-18. Consultado a 1 de dezembro de 2023. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100002&lng=pt&tlng=pt.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora.
- Bonacquisti, A., Geller, P. A., & Patterson, C. A. (2020). Maternal depression, anxiety, stress, and maternal-infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(3), 297–310. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1695041>
- Gibbs, G. (2013). *Learning by doing*. Brookes University.
- Kain, V., & Mcinnes, R. (2023). Care of normal Newborn. In V. Kain & T. Mannix (Coords.), *Neonatal care for nurses and midwives: Principles for practice* (2nd ed., pp. 22–37). Elsevier.
- Nascimento, Ana Celi Silva Torres; Morais, Aisiane Cedraz; Souza, Sinara de Lima; Whitaker, Maria Carolina Ortiz. Percepção da prematuridade por familiares na unidade neonatal: estudo Transcultural. *Revista Cuidarte*. 2022;13(1):e1043. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1043>
- Organização Mundial de Saúde (2022). Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva. Consultado a 1 de dezembro de 2013. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/354560/9789240048515-por.pdf?sequence=1&isAllow>
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (11), 121–132.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª Série (N.º26 de fevereiro de 2019), 4744-4750. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ribeiro, F. S., Gabriel, M. R., Lopes, R. C. S. & Vivian, A. G. (2017). Abrindo espaço para um segundo bebê: impacto na constelação da maternidade. *Psicologia Clínica*, 29(2), 155-172. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v29n2/02.pdf>

Rosa, Raíssa Ramos, & Gil, Maria Estelita. (2017). Suporte psicológico aos pais na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: encontros possíveis e necessários. *Revista da SBPH*, 20(2), 123-135. Consultado a 01 de dezembro de 2023. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200008&lng=pt&tlng=pt

Souto, N. (2021). Cuidados de Enfermagem ao Recém-Nascido em Unidades de Neonatologia. In C.M.Vieira, L. Sousa & C. L. Baixinho (Coords.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 283–292). Sabooks Editora.

Sweet, L., & Mannix, T. (2012). Identification of parental stressors in na Australian neonatal intensive care unit. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*, 15(2), 8-16.

Trajkovski, S., & Mannix, T. (2023). Family-Centred Care in the Neonatal Care Unit. In V. Kain & T. Mannix (Coords.), *Neonatal Care for Nurses and Midwives: Principles for Practice* (2nd ed., pp. 405–416). Elsevier.

APÊNDICE XV - Fundamentação da atividade "Identificação das Salas da Unidade de Neonatologia"

**13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Contexto Clínico: Unidade de Neonatologia

**Fundamentação da atividade “Identificação das Salas da
Unidade de Neonatologia”**

Francisca Figueiredo Teixeira da Silva Frias
n.º 5702

Docente Orientador: Prof.ª Doutora Paula Diogo

Lisboa
dezembro, 2022

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CCF - Cuidados Centrados na Família

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ICN- Conselho Internacional de Enfermeiros

IPFCC - Institute for Patient and Family-Centered-Care

OE - Ordem dos Enfermeiros

Sr.^a Enf.^a – Senhora Enfermeira

UCIN - Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

UN - Unidade de Neonatologia

I) JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

A presente atividade visa dar resposta ao **5.º Objetivo** inerente ao contexto de estágio na Unidade de Neonatologia (UN): **Desenvolver estratégias de cuidado emocional dirigidas à família que permitam a partilha de sentimentos e emoções**, comportou a atribuição de um nome a cada uma das quatro salas da Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (UCIN). Esta atividade foi inspirada na tese de Doutoramento de José (2008), que atribuiu nomes humorosos a cada enfermaria por forma a identificá-la, ajudando assim a minimizar o impacto negativo e ansiedade acoplada aos contextos de saúde. Esta atividade foi projetada, numa fase inicial apenas para a UCIN, pois o maior período da minha experiência de estágio foi na prestação de cuidados deste contexto. As sugestões de identificação da sala foi ilustradas em pareceria com a Enf.ª [REDACTED], elemento integrante da equipa de enfermagem da UCIN, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O primeiro impacto com a UN pode ser assustador para os pais, uma vez que esta se caracteriza por um ambiente altamente técnico, repleto de aparelhos e máquinas, que rodeiam o recém-nascido (RN), onde alarmes de luz e sons são a música de fundo da unidade (Sociedade Portuguesa de Neonatologia (s.d); Trajkovski & Mannix, 2023).

A criação de um ambiente acolhedor na UN efetiva-se como um elemento crucial na filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF), no qual o enfermeiro poderá ser um responsável ativo na elaboração de projetos que visem uma nova conceção do espaço das unidades, tornando-os mais familiares, com o propósito de minimizar o impacto emocional negativo que a hospitalização e doença do RN detêm na família (IPFCC - Institute for Patient and Family-Centered-Care [IPFCC], (s.d.); Trajkovski & Mannix, 2023). De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) deve oportunizar um ambiente promotor de saúde proporcionando a sustentação emocional, concretizando atividades que minimizem” o

impacto dos fatores stressores relacionados com a experiência da hospitalização e/ou vivências de situações de risco (...) (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017, p.4)

Nestes ambientes, onde a intensidade e sensibilidade, têm lugar cativo, o foco de cuidados transcende a dimensão física e técnica, dando lugar ao cuidado emocional e espiritual da família, que se quer numa lógica de intervenção contínua e perdurável (Watson, 2002, 2021).

As salas da unidade de cuidados intermédios neonatais estão identificadas como Sala 1, Sala 2, Sala 3 e Sala de Isolamento. A Sala 1 e 2 configuram-se como a sala das incubadoras, a Sala 3 como a sala dos berços e a Sala de Isolamento, como unidade individual que comporta uma incubadora.

Foi então sugerido a atribuição do nome **“Sala da Resiliência”** (Fig. 1) à sala do isolamento. Entende-se por resiliência a capacidade de resposta face a uma adversidade, que se configura num processo de desenvolvimento interior. A crença nas capacidades do outro e a perseverança efetivam-se como elementos que unificam o conceito de resiliência ao contexto de saúde, possibilitando um melhor processo de enfrentamento quando confrontados com adversidades, como é exemplo a doença (Amaral-Bastos, 2013). A sala de isolamento projeta-se como uma sala mais solitária, com um ambiente restrito, no qual o RN se encontra isolado como medida de protetora, após deteção de um agente infetocontagioso ou por necessidade de proteção imunitária. Esta condição desencadeia na família um estado emocional perturbador, pautado por uma constante preocupação e medo da trajetória da doença do seu filho (Pimenta et al., 2021).

Com o sentido de minimizar o impacto emocional negativo que a condição de isolamento pode acarretar, já previamente agravado pela situação clínica e hospitalização, ao atribuir o nome **“Sala da Resiliência”** à sala de isolamento, pretendeu-se que os pais fossem envolvidos por este conceito, sentindo que tanto eles como o seu filho, são capazes de enfrentar o processo.

A atribuição do nome **“Sala de Superação”** (Fig.2) e a **“Sala da Esperança”** (Fig.3), visam o mesmo objetivo: ser mote da esperança, simultaneamente que pretendem que os pais se sintam reconhecidos e compreendidos aquando da sua vivência. O conceito de superação, segundo o Dicionário de Língua Portuguesa, remete para o ultrapassar de

algo, para a obtenção da vitória (Porto Editora, 2023). Já o conceito de esperança conjectura-se como uma força vital, um recurso de conforto para aqueles que enfrentam momentos de crise, como a doença e hospitalização de um filho (Henriques et al., 2023). Tal como reiterado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), a esperança encontra-se vinculada à paz interior que se move nos sentimentos da possibilidade, traçando-se como um inabalável desejo e expectativa de um futuro positivo (ICN, 2020; Henriques et al., 2023). Neste sentido, a sugestão de atribuição da identificação destas salas, intencionam ser fatores facilitadores da transição, que acolhem a família, através destes conceitos blindados de energia positiva.

A Sala 3- a Sala dos Berços, configura-se como a fim da passagem na UCIN. Quando os RN se encontram numa evolução favorável da doença, são transferidos para a sala dos berços. Nesta sala, os RN já não se encontram rodeados de apetrechos e maquinaria técnica e o foco de prestação da enfermagem debruça-se na preparação para a alta e orientações de cuidados antecipatórios. Assim, foi sugerida a atribuição do nome “**Sala das Conquistas**” (Fig.4) uma vez que o RN e família, findam o seu percurso na UCIN nesta sala. Após o desafiante percurso na UN pretende-se que os pais sintam a transferência do seu filho para esta sala como uma meta alcançada, no qual se perspetiva o aproximar do fim deste processo de hospitalização. Esta sala visa ainda a promoção de emoções positivas, potenciadoras do bem-estar, sendo sinónimo de vencer.

Neste seguimento, a execução da presente atividade, almeja a uma prática de enfermagem sustentada pelo Paradigma da Transformação, onde se intervém intencionalmente com o propósito de criar um ambiente de reconstituição (*healing*), que seja promotor da cura em diferentes dimensões, uma vez que se este se conjectura com uma fonte de recursos para a promoção do bem-estar, conforto e segurança, através da adoção de práticas integrativas e complementares (Tomey & Alligood, 2004; Watson, 2018).

O conceito de meio ambiente, embora não esteja presente explicitamente, assim como a sua definição, é bastante enfatizado por Watson e inclusivamente, é mencionado num dos 10 elementos do fator caritativo e do Processo Caritas (Watson, 2018). O fator caritativo e Processo Caritas são, respetivamente, a antiga e a nova denominação dos 10

passos propostos pela teórica para se prestar um cuidado transpessoal. O oitavo fator caritativo diz respeito à provisão de um ambiente de apoio, proteção e neutralização mental, física, sociocultural e espiritual; e o oitavo Processo Caritas refere-se à criação de um ambiente de cura em todos os níveis, o que demonstra a semelhança entre ambos. Deste modo, o meio ambiente, embora seja implícito, é bastante importante na teoria, pois envolve o ambiente físico e o não físico como promotor de cuidado (Envagelista et al., 2020; Watson, 2018). Cabe ao EEESIP integrar os pais neste contexto de saúde, envolvendo-os no ambiente da UN, integrando-os como elemento na prestação de cuidados. A interação entre enfermeiros e família, a construção da relação, a promoção de um ambiente seguro, são elementos facilitadores para a transição para a parentalidade, no qual o enfermeiro é capaz de potencializar as capacidades dos pais, fazendo com que estes se sintam confiantes na sua intervenção e os próprios consigam gerir as suas emoções (OE, 2015).

A proposta foi apresentada à Enf.^a Chefe do Serviço, que recebeu o projeto com interesse, mostrando-se disponível para a sua implementação, informando da possibilidade deste projeto ser inserido no “Grupo da Humanização de Cuidados” constituído por enfermeiros do serviço, onde se insere a Sr.^a Enf.^a Orientadora.

Até à data da escrita do presente relatório aguarda-se aprovação de responsáveis superiores.

Sala da Resiliência



Figura 1 – Proposta de identificação “Sala da Resiliência”

Sala da Superação



Figura 2 – Proposta de identificação “Sala da Superação”

Sala da Esperança



Figura 3 – Proposta de identificação “Sala da Esperança”

Sala das Conquistas



Figura 4 – Proposta de identificação “Sala das Conquistas”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral-Bastos, M. (2013). O conceito de resiliência na perspectiva de enfermagem. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación En Enfermería*, 3(4), 61–70.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2020). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) V2.0. Ordem dos Enfermeiros. URL: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf>
- Evangelista, C., Lopes, M., Nóbrega, M., Vasconcelos, M., & Viana, A. (2020). Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer. *Revista de Enfermagem Referência, V Série*(Nº 4). <https://doi.org/10.12707/RV20045>
- Henriques, N. L., Silva, J. B., Charepe, Z. B., Braga, P. P., & Duarte, E. D. (2023). Fatores promotores e ameaçadores da esperança em cuidadores de crianças com condições crônicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31(e3898). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6366.3898>
- Institute for Patient and Family-Centered-Care. (s.d.). *Patient-and family-centered care is working “with” patients and families, rather than just doing “to”or “for” them*. Consultado em 12 de outubro 2023. <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015, dezembro). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Guia orientador de boa prática: Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Série I (N.º8). Ordem dos enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalid_adepositiva_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017, novembro, 25). Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Pimenta, S. B. de B., Ferreira, S. de F. B., & Silva, A. I. de P. (2021). Isolamento hospitalar pediátrico: práticas e recursos na perspectiva da psicologia.

Psicologia e Saúde Em Debate, 7(1), 408–429. <https://doi.org/10.22289/2446-922x.v7n1a28>

Porto Editora – *superação* no Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [on-line]. Porto Editora. Consultado a 29 de novembro de 2023. em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/superacao>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (s.d.). *O ambiente das unidades de cuidados intensivos neonatais*. Consultado a 23 de setembro de 2023. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/O-ambiente-nas-Unidades-Cuidados-Intensivos-Neonatais1.pdf>

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem). (5ª Ed.) Lusociência.

Trajkovski, S., & Mannix, T. (2023). Family-Centred Care in the Neonatal Care Unit. In *Neonatal Care for Nurses and Midwives: Principles for Practice* (2nd ed., pp. 405–416). Elsevier.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem*. Lusociência

Watson, J. (2018). *Unitary caring science*. University Press of Colorado. <https://doi.org/10.5876/9781607327561>

Watson, J. (2021). *Caring science as sacred scienc*. Lotus Library.

APÊNDICE XVI - Sessão “Conversa com os Pais - Um momento de partilha”

**13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Contexto Clínico: Unidade de Neonatologia

**Relatório da Sessão: “Conversa com os Pais – Um
momento de partilha”**

Francisca Figueiredo Teixeira da Silva Frias
n.º 5702

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa
dezembro, 2022

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OE - Ordem dos Enfermeiros

RN - Recém-nascido

Sr.^a Enf.^a – Senhora Enfermeira

UCIN - Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

UN - Unidade de Neonatologia

UTIN- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

I) JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

No âmbito do contexto de estágio na Unidade de Neonatologia (UN), a realização desta **Sessão “Conversa com os Pais – Um momento de partilha”**, visa dar resposta ao **4.º e 5.º objetivos** inerentes a este contexto: **Reconhecer as emoções experienciadas pela família na situação de doença do RN** com necessidade de internamento na UN e **Desenvolver estratégias de cuidado emocional dirigidas à família que permitam a partilha de sentimentos e emoções.**

Após discussão com a Sr.^a Enf.^a Orientadora e Enfermeira Chefe da UN, mediante a exposição do projeto de estágio, viu-se considerada a hipótese de realizar uma sessão com pais dos RN internados na unidade, com o intuito de (re)conhecer a sua experiência emocional, recorrendo à partilha de experiências como estratégia de cuidado emocional.

Esta atividade, inseriu-se no âmbito de um projeto previamente implementado, que devido à vivência da pandemia Covid-19, se viu temporariamente interrompido. Este projeto conjeturava uma série de sessões formativas que visavam a capacitação dos pais enquanto cuidadores, abordado as temáticas de higiene do RN, promoção da amamentação, transporte seguro, entre outros temas. Apesar a abordagem destas orientações antecipatórias de cuidados ser essencial, por forma a dar resposta ao objetivo geral deste relatório deu-se destaque à partilha de emoções dos pais dos RN e intervenção do EEESIP no que confere ao cuidado emocional como intervenção de enfermagem.

Neste seguimento, foi realizada uma sessão denominada “Conversa com os Pais - Um momento de partilha”, que detém como principal objetivo a partilha da experiência emocional da família quando confrontada com a situação de doença súbita do seu filho, com necessidade de internamento. Esta sessão configura-se como uma estratégia de cuidado emocional, intencionando a minimização do sofrimento emocional das famílias, sendo que estas partilham entre si e com os profissionais de saúde, a sua experiência advinda da vivência da mesma situação, sentindo-se ouvidas e mais capacitadas para a prestação de cuidados ao seu bebé (Morais et al., 2020; Bally et al., 2021).

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Frequentemente, quando ocorre o nascimento prematuro de um bebê, os pais não se encontram preparados física e psicologicamente para este acontecimento, pelo que a abordagem centrada na família é crucial para facilitar o processo de adaptação a esta transição para a parentalidade (Trajkovski & Mannix 2023).

Muitas vezes deparamo-nos com mães que são vítimas da angústia, sentindo-se impotentes para a prestação de cuidados ao seu bebê, sendo que relatam inclusive sentirem-se desamparadas e em contínuo stress, com medo da situação clínica (Bally et al., 2020; Govindaswamy et al 2019).

Um estudo de Nieves et al. (2021) revela que pais de recém-nascidos internados nas UN sofrem de distúrbios de sono e elevados níveis de ansiedade que afetam o seu bem-estar geral. Importa assim intervir no sentido de promover uma experiência positiva, minimizando o impacto que a hospitalização e a doença tem na família do bebê internado (Diogo, 2023).

Henriques et al. (2023), identifica a partilha de experiências com outras pessoas, como fator promotor de esperança, contribuindo, deste modo, para uma adaptação mais eficaz da família à situação de doença, bem como a minimização do sofrimento. Através da experiência partilhada com outros pais de crianças e com os profissionais de saúde, que acompanham a situação do seu filho, os pais sentem-se apoiados e com mais força para enfrentar o desafio. A promoção da esperança vê-se como intervenção crucial de enfermagem, uma vez que quando paralisados na incerteza, a esperança é gatilho para que estes levem a cabo o desejo de “seguir em frente”, suportados pela força e pela fé (Bally et al., 2018; Carvalho & Charepe, 2020). Neste percurso incerto da passagem pela UN, muitas vezes a fé é ponto de socorro para estes pais. O enfermeiro, figura privilegiada e fomentador de esperança neste contexto, instiga a sua intervenção no entrelaçar da fé com a esperança, abrindo caminho para a crença no seu poder curativo, tal como reiterado no segundo elemento do Processo *Clinical Caritas* (Watson, 2018)

As intervenções de enfermagem em contexto neonatal, deve deter como pano de fundo os cuidados centrados na família, sendo que deve considerada a adoção de políticas e práticas que assegurem à família apoio emocional (Feeg et al., 2016). O vértice da enfermagem atinge a empatia, quando o enfermeiro detém consciência dos sentimentos do Outro, manifestando um interesse genuíno e ativo pelas suas preocupações, sendo capaz de fortalecer e potenciar as suas capacidades, indo ao encontro das suas necessidades, resvalando-se a sua atuação no intuito de induzir respostas favoráveis (Goleman, 2012).

2. PLANEAMENTO DA SESSÃO

Tema: “Conversa com os Pais – um momento de partilha”

Formadoras: Francisca Frias, Sr.^a Enfermeira Orientadora [REDACTED] EEESIP e Sr.^a Enf.^a [REDACTED] – Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

População – Alvo: Pais / família da criança internada na Unidade de Neonatologia,

Local da sessão: Sala dos Pais

Data da sessão: 13 de janeiro de 2023

Horário: 14h

Duração da sessão: 1h30min

Divulgação da sessão: Divulgação interna através de distribuição de panfletos aos pais internados na Unidade (UCIN e UTIN), nos dias anteriores à sessão (Figura 1)

Método /Material Pedagógico: Interativo – Expositivo | Apresentação PowerPoint

Objetivos:

- Reconhecer a experiência emocional experienciada pela família na situação de doença e internamento do recém-nascido na unidade (sentimentos e emoções);

- Permitir a partilha de experiências entre famílias, na mesma situação;
- Identificar recursos e estratégias utilizadas pela família para ultrapassar sentimentos e emoções de tonalidade negativa;
- Reconhecer a sessão como estratégia de intervenção de enfermagem, no que respeita ao cuidado emocional;

Conteúdo Programático:

- Apresentação das formadoras (quebra-gelo);
- Apresentação dos participantes (mães);
- Convite aos participantes para reflexão de memórias (positivas e negativas) – quais as estratégias utilizadas, os apoios que recorreram (etc.) - (Partilha opcional)
- Apresentação de evidência científica acerca da experiência emocional dos pais na Unidade de Neonatologia, em jeito de validação e apoio;
- Leitura de texto motivador para os pais;
- Encerramento da sessão.

3. EXECUÇÃO DA SESSÃO

Esta sessão foi realizada na “Sala dos Pais”, uma pequena sala fora do serviço, que comporta cadeiras, onde os pais podem descansar. Procedeu-se a reorganização da sala, colocando as cadeiras em círculo, por forma a permitir um ambiente mais íntimo, informal e próximo (Figura 2).

Para colaborar na sessão, após discussão com a Sr.^a Enf.^a Orientadora, convidei a Enf.^a [REDACTED] uma vez que possui uma vasta experiência neste contexto e é também Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, detendo assim um conjunto de competências acrescidas, que se projetava ser necessária a sua mobilização, para auxiliar na orientação da sessão. É da competência do Enfermeiro Especialista gerir a prestação de cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e providenciando

uma articulação eficaz na equipa de saúde, reconhecendo inclusive a necessidade de “negociar com” outros prestadores de cuidados, em prol do maior benefício para o cliente, garantindo assim a melhor tomada de decisão (Regulamento n.º 140/2019). A sua presença e atuação em parceria foi imprescindível, uma vez que as suas intervenções se debruçaram sobre a compreensão do estado mental das mães participantes, com o intuito de recolher informação pertinente para poder atuar no sentido de promover e proteger a saúde mental, prevenindo eventuais perturbações *major*, como é exemplo a depressão.

Para esta sessão foi elaborado um PowerPoint, que serviu de guia orientador na conversa com os pais. A sua apresentação na íntegra não era obrigatória, intencionava-se a sua utilização numa abordagem inicial, que permite-SE uma aproximação entre os intervenientes.

Primeiramente foi apresentado um exemplo de “quebra-gelo”, onde os participantes se apresentavam. Os diapositivos seguintes sugeriam a reflexão acerca da sua experiência na UN, remetendo para a memória de vários momentos (positivos ou negativos). Posteriormente, foi apresentado um diapositivo sobre os sentimentos experienciados, de acordo com a literatura científica, numa lógica de corroborar a partilha efetuada, demonstrando às mães que não estão sós neste processo e que, nós enfermeiros, também compreendemos a sua experiência emocional. Por fim, é apresentado um pequeno motivador texto realizado por mim. No final da sessão cada participante levou um saquinho de brigadeiros, com o texto motivador anexado (Figura 3, 4).

3.1 Apresentação Powerpoint

**Conversa
COM OS
Pais**
Um momento de partilha



Enf.ª [redacted] – Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
Enf.ª [redacted] – Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica
Enf.ª Francisca Prias

Janiro de 2025

APRESENTAÇÃO

- Olá!
- O meu nome é **Francisca**.
- Sou **natural de Viseu** mas vivo há quase 10 anos em Lisboa.
- Gosto de escrever, jogar voleibol, flores e dormir na praia.
- A minha cor favorita é **cor-de-rosa**.
- Se hoje eu fosse um objeto seria... porque...



1

.....
.....

Partilha da experiência da Unidade de Neonatologia



- o Nome do Bebê
- o Nasceu às... semanas
- o [-]



.....
.....

Recorde dois momentos felizes



.....

Pense num lugar
que lhe traga
tranquilidade.

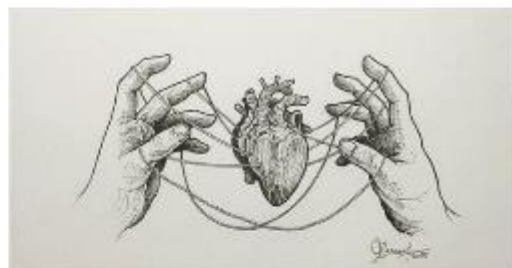
Quem levaria consigo a
esse lugar?



.....

Recorde um
momento em que
experienciou
emoção negativa.

Como o
ultrapassou?



.....
.....

Recorde uma
situação recente
que o/a fez rir



.....
.....

Como se sente
hoje?



TRISTEZA



MEDO



ALEGRIA



AMOR



CALMA



RAIVA

A literatura diz-nos que...



(Luzardo & Sousa, 2018; Pinto et al., 2017; Fernandes et al., 2019)

O enfermeiro como gestor de emoções, apoio e suporte emocional



Além de cuidarmos os bebês, cuidamos também os pais!

se a maternidade fosse um jogo...

"A mãezinha da licença"

Aceitemos os passos que ele (a) dá, por vezes passos de bebê, outras vezes os passos de um gigante e outras tantas vezes uns passinhos de caranguejo. Não importa a velocidade, não importa o tempo. Importa sim, acompanharmos esse percurso da melhor forma que conseguirmos, sem exigirmos de nós e sem exigirmos dele (a). O percurso é longo, desenhado pela engenharia dos carrinhos mas sempre polvilhado de amor e com doses de esperança, como se de uma receita se tratasse.



obrigada



II)

Referências Bibliográficas

- Fernandes, A.; Toledo, D.; Campos, L. & Vilelas, J. (2014) A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Revista Pensar Enfermagem* Vol. 18 N.º 2 2º Semestre de 2014
- IONIO, C., LISTA, G., MASCHERONI, E., OLIVARI, M. G., CONFALONIERI, E., MASTRANGELO, M., BRAZZODURO, V., BALESTRINO, M. A., DAMI, A., BONANNI, A., BOVA, S., CASTOLDI, F., COLOMBO, C., INTROVINI, P., & SCELSA, B. (2017). Premature birth: complexities and difficulties in building the mother-child relationship. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(5), 509-523. <https://doi.org/10.1080/02646030.2017.1363977>
- Diogo, P. (2019). Trabalho emocional em Enfermagem Pediátrica: um modelo orientador da prática (2ª versão revista) Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337167191_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista

Conversa com os Pais

..... Um momento de partilha



Unidade de Neonatologia

13 de janeiro de 2023, às 14h

na Sala dos Pais

Enf.º [redacted] - Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

Enf.º [redacted] - Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

Enf.º Francisca Frias

Fig. 1- Divulgação da Sessão - Folhetos distribuídos aos pais

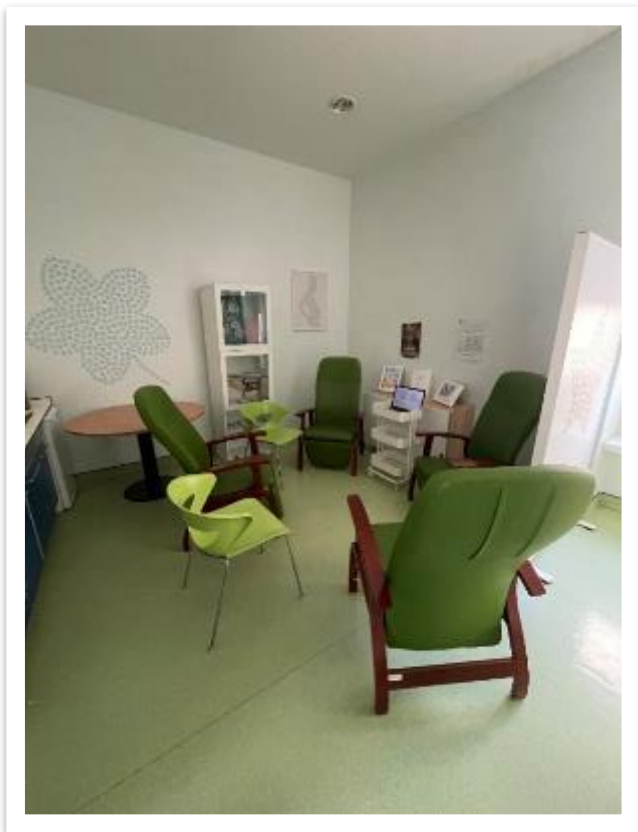


Figura 2. – Cenário da Sessão



Figura 3. – Lembrança de participação na sessão, entregue aos pais

Aceitemos os passos que ele/a dá, por vezes passos de bebé, outras vezes os passos de um gigante e outras tantas vezes uns passinhos de caranguejo. Não importa a velocidade, não importa o tempo. Importa sim, acompanharmos esse percurso da melhor forma que conseguirmos, sem exigirmos de nós e sem exigirmos dele/a. O percurso é longo, desenhado pela engenharia dos carrosséis, mas sempre polvilhado de amor e com doses de esperança, como se de uma receita se tratasse.

Unidade de Neonatologia

Janeiro 2023

Figura 4. – Texto anexo às lembranças aos pais, na sessão

4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Na sessão participaram quatro mães, no qual duas tinham o seu bebé na Unidade de Cuidados Intermédios e duas na Unidade de Cuidados Intensivos. Uma das mães era natural do Nepal, pelo que ao longo da sessão fomos comunicando em língua inglesa. Foi notório o espírito de entreatajuda do grupo, que prontamente se disponibilizaram para ajudar na tradução.

As mães participantes mostraram-se muito disponíveis para as partilhas, tendo aderido a todas as propostas (a sua apresentação, a apresentação do seu bebé, partilha de memórias, etc.).

Rapidamente aquela sala foi envolvida por um ambiente de proximidade, afeto e empatia entre as quatro mães e as enfermeiras presentes. Os abraços de consolo, as lágrimas partilhadas, os sorrisos de ternura, o alento e as mãos que se espontaneamente se davam, como símbolo de amparo, foi apanágio desta sessão. Edificou-se um ambiente profundamente acolhedor, que se traduzia em compreensão e o apoio mútuo.

As mães que participaram nesta sessão, referiram que *"foi muito bom partilhar e perceber que há outras mães a passar pelo mesmo"*, evidenciando ainda que *"tudo o que elas sentem agora eu também já senti quando o meu bebé ainda estava nos cuidados intensivos. Sinto que as posso ajudar!"*. Verdadeiramente envolvidas numa atmosfera de proximidade, esta sessão de partilha traduziu-se na construção de uma relação sólida, nutrida pelo amor, o carinho, a ajuda mútua entre todos os participantes, que me fez esquecer o papel de profissional. A criação deste espaço metafísico, onde a escuta autêntica, a aceitação e total compreensão da experiência daquelas mães, representa o cuidado de enfermagem no seu expoente máximo, num compromisso disciplinar de compaixão, à luz do Processo *Clinical Caritas* (Watson, 2018).

Considero que este momento de partilha se avaliou como positivo, tendo sido uma mais-valia para a UN e gatilho contributivo para a continuação deste projeto a ser implementado pela equipa, num futuro próximo, coordenado pela Enf.^a [REDACTED] que esteve envolvida.

CONCLUSÃO

A relação de ajuda, a empatia e a proximidade são condutores do cuidado emocional que se quer constante na enfermagem, não só com a criança, mas também com a sua família, uma vez que esta se encontra numa situação de fragilidade emocional (Diogo, 2023).

A realização desta atividade permitiu-me o desenvolvimento de uma série de competências enquanto futura EEESIP. A organização da sessão, em conjunto com as senhoras enfermeiras, possibilitou-me assumir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas na área de governação clínica (competência B1 do Regulamento n.º 140/2019), configurando-se esta sessão como ponto de partida para um projeto, que alia a enfermagem de saúde infantil e pediátrica à saúde mental e psiquiátrica, desenvolvido pelas enfermeiras envolvidas. Esta sessão, é reflexo de uma intervenção de enfermagem, que permite reconhecer o Outro em unidade, diagnosticando-lhe os sentimentos e cuidando-lhe a "alma" (Watson, 2002), melhorando assim a prática de cuidados na UN, tal como explana o Regulamento n.º 140/2019, na competência B2.2. A atividade desenvolvida, revela conhecimento na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes, mobilizando conhecimentos de não só de enfermagem pediátrica mas também de saúde mental, por forma a assegurar uma prática de cuidados avançados de qualidade (competência D2.3 do Regulamento n.º140/2019), comunicando eficazmente com a família do RN, internado na UN, por forma a facilitar a gestão das emoções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bally, J. M. G., Smith, N. R., Holtslander, L., Duncan, V., Hodgson-Viden, H., Mpofu, C., Zimmer, M., Franck, L. S., Cross, T. L., Bazron, B. J., Dennis, K. W., Isaacs, M. R., Wreesmann, W. Jan W., Lorié, E. S., van Veenendaal, N. R., van Kempen, A. A. M. W., Ket, J. C. F., Labrie, N. H. M., Wreesmanna, W. W., ... Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2021). Bonding: escala para avaliar o desenvolvimento emocional dos pais com o bebé. *Manual Para Pais de Bebés Prematuros*, 104(4), 1505–1517. <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20220429-pt>
- Carvalho, M., & Charepe, Z. (2020). Intervenções promotoras de esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão scoping. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 23–24.
- Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisbon International Press.
- Feeg, V. D., Paraszczuk, A. M., Çavuşoğlu, H., Shields, L., Pars, H., & Al Mamun, A. (2016). How is family centered care perceived by healthcare providers from different countries? an international comparison study. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(3), 267–276. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.007>
- Goleman, D. (2012). *Trabalhar com inteligência emocional* (5th ed.). Temas e Debates - Círculo de Leitores.
- Govindaswamy, P., Laing, S., Waters, D., Walker, K., Spence, K., & Badawi, N. (2019).
- Henriques, N. L., Silva, J. B. da, Charepe, Z. B., Braga, P. P., & Duarte, E. D. (2023). Fatores promotores e ameaçadores da Esperança em cuidadores de crianças com condições crônicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6366.3898>
- Morais, A. C., Mascarenhas, J. S., De Araujo, J. C., Souza, M. de J., Amorim, R. da C., & Lima, I. de S. (2020). Significados de grupo de apoio para familiares na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 9(2), 168–176. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v9i2.2819>
- Needs and stressors of parents of term and near-term infants in the NICU: A systematic review with best practice guidelines. *Early human development*, 139, 104839. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104839>
- Nieves, H., Clements-Hickman, A., & Davies, C. C. (2021). Effect of a parent empowerment program on parental stress, satisfaction, and length of stay in the

neonatal intensive care unit. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 35(1), 92–99. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000540>

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª Série (N.º26 de fevereiro de 2019), 4744-4750. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Trajkovski, S., & Mannix, T. (2023). Family-Centred Care in the Neonatal Care Unit. In *Neonatal Care for Nurses and Midwives: Principles for Practice* (2nd ed., pp. 405–416). Elsevier.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem*. Lusociência.

Watson, J. (2018). *Unitary caring science*. University Press of Colorado. <https://doi.org/10.5876/9781607327561>

Apêndice XVII - Reflexão sobre o impacto emocional do diagnóstico de
doença oncológica na díade e intervenção do EEESIP

**13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Contexto Clínico: Internamento de Pediatria

**Reflexão sobre o impacto emocional do diagnóstico de doença
oncológica na díade e intervenção do EEESIP**

Francisca Figueiredo Teixeira da Silva Frias
n.º 5702

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa
fevereiro, 2023

I) JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

No âmbito do contexto de estágio de internamento de pediatria, a elaboração da presente reflexão, advém do **4.º objetivo** elencado: **Reconhecer as emoções experienciadas pela criança e família na vivência de uma situação de saúde complexa**, compreendendo assim qual o impacto emocional do diagnóstico de doença oncológica na díade e qual a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP).

O exercício reflexivo, considerado como uma ferramenta de aprendizagem, contribui, progressivamente, para construção do pensamento de enfermagem (Pereira – Mendes, 2016). Uma vez que, segundo Benner (2001), a reflexão possibilita ao enfermeiro a identificação de preocupações, de noções, de competências relacionais, comunicacionais e de colaboração, culminando na construção de novos conhecimentos, foi utilizado o Ciclo Reflexivo de *Gibbs* como instrumento metodológico para a elaboração da reflexão. Este ciclo reflexivo de aprendizagem é baseado em seis estágios ordenados: 1) Descrição da situação; 2) Sentimentos e emoções experienciados; 3) Avaliação da situação; 4) Análise; 5) Conclusão e 6) Planeamento da ação futura (Afonso& Loureiro, 2018; Gibbs, 2013).

Diante o exposto, a presente reflexão provém da necessidade de reconhecer o impacto emocional que o diagnóstico da doença oncológica tem na criança e na sua família. Ademais, visa ainda compreender e refletir acerca da intervenção do EESIP na prestação de cuidados, acentuando a tónica do cuidado emocional.

A situação alvo desta reflexão prende-se com um diagnóstico de leucemia mieloide aguda, a uma criança de 6 anos de idade, que fica internada no serviço de pediatria. Foi evidente a forma como a família se viu envolta num sofrimento emocional desmedido, que se estendeu até mim, numa abordagem de empatia e compaixão. Neste cuidado transpessoal, reconheci-lhes profundamente a sua dor e o seu sofrimento, compartilhando-os com a díade. Contudo, foram muitas as vezes que custosamente contive as lágrimas de modo a manter-me como figura firme e securizante para ao binómio criança-família, evitando que estes me sentissem vulnerável, intencionando que desta forma encontrassem, nas minhas

intervenções, força e estímulo para enfrentar a situação. Esta necessidade de refletir acerca da situação supramencionada emerge do facto de o cuidado de enfermagem se estender ao cuidar o Outro noutra dimensão, como reiterado por Watson (2002,2018), envolvendo-se enredado de valores humanísticos e altruístas. Porém, paralelamente o EEESIP deve distanciar-se, de forma comedida desta dimensão emocional, para que não se deixe afetar demasiado pelo sofrimento emocional do Outro, assegurando a excelência e perícia no cuidar (trabalho emocional).

1. REFLEXÃO À LUZ DO CICLO DE GIBSS

Descrição da situação

O G. é um menino de 6 anos de idade, que recorreu a um serviço de urgência pediátrica de um hospital por um episódio de lipotímia após atividade física intensa. Associado a este episódio descrevia-se um quadro arrastado de cansaço fácil, palidez cutânea e perda ponderal, com cerca de um mês de evolução. Após observação médica e exames complementares de diagnóstico, o G. foi transferido para o serviço de internamento, onde me encontrava a realizar o estágio clínico, por suspeita de leucemia mieloide aguda. Uma vez que este hospital é centro de referência de oncologia pediátrica, pretendia-se a confirmação do diagnóstico final após realização de exames específicos, para posterior acompanhamento e tratamento neste hospital.

O G. e os seus pais chegaram ao serviço, de fâcias triste e cabisbaixo, onde era notório o seu olhar de pânico e angústia, envoltos numa nuvem de incerteza. No primeiro dia de internamento, o G. realizou medulograma, repetiu análises de sangue e ainda fez a transfusão de um concentrado eritrocitário, no final do dia. A mãe do G., a Sr.^a C., encontrava-se profundamente devastada. Facilmente as lágrimas lhe caíam do rosto e as mãos tremiam permanentemente. Ainda que o G. não compreendesse na totalidade a gravidade da doença, percebia que estava doente e que esta doença era “má o suficiente” para o fazer estar internado.

Na primeira semana de internamento, foram várias as conversas com a mãe do G., num discurso pautado pelo medo, insegurança, desesperança e até culpa. Num carrossel de emoções, a mãe C. questionava frequentemente os profissionais envolvidos nos cuidados ao seu filho: "*Porquê ele? Porque nós?*", num ato de desespero, rogando respostas que lhe trouxessem a serenidade e o amparo. Quando a mãe me fazia este tipo de perguntas, para a qual não existe uma resposta nem certa, nem sabida, envolvia-a num abraço, abrindo espaço para o silêncio, permitindo que esta chorasse.

Nem sempre foi fácil segurar as minhas lágrimas, pois diante este encontro intenso, as emoções estendiam-se para lá de mim enquanto enfermeira. Ao longo do internamento, incidi o meu discurso, abordando várias as vezes a fé como gatilho de esperança e mecanismo de enfrentamento da situação, dizendo à mãe, em tom calmo e reconfortante "*Vamos acreditar que este é um desafio superável. A medicina faz uma parte, a nossa fé faz outra.*", pluralizando o meu discurso, muitas vezes de forma inconsciente, tomando também este caminho como meu.

Procurei durante o estágio ser a enfermeira do G. e da sua família, em conjunto com a Sr.^a Enf.^a Orientadora, ficar responsável pela sua prestação de cuidados, assumindo o papel de enfermeira de referência, sempre que possível.

Durante os turnos, foram longas as horas que passei com o G. e com os seus pais no seu quarto de isolamento, envolvidos em conversas profundas. Estas conversas tanto que se resvalavam pela doença do G. e toda a sua envolvência, como nos remetiam para situações e memórias distantes, que nos afastavam da vivência da doença e da hospitalização. Numa lógica de complementaridade com a Sr.^a Enf.^a Orientadora, detive a minha intervenção com a díade, procurando garantir um cuidado emocionalmente sensível e humanizado, enquanto a Sr.^a Enf.^a garantia todo o suporte técnico e científico, uma vez que é uma profissional experiente em oncologia pediátrica. A relação foi-se estreitando com a mãe do G., sendo diariamente fortalecida pelo afeto, compaixão e empatia que discorria dos cuidados, uma vez que esta era presença constante no internamento 24h sob 24h.

Sentimentos e Emoções

A vivência desta situação, enquanto profissional, teve em mim forte impacto emocional. Recordo o primeiro dia, quando os vi recém-chegados ao serviço, completamente desamparados e desarmados para travar esta luta que lhes tinha sido imposta pela vida. Foi inevitável a preocupação constante com o G. e com a sua mãe, revestida de empatia e compaixão pela situação. Foram tantas as vezes que a mãe do G. chorou e foram tantas as vezes que eu contive as lágrimas. Profundamente tocada pela situação, reconhecendo-lhes os seus sentimentos e emoções, procurei ser sempre âncora firme para esta família, mesmo quando tomava como minha parte da sua angústia. Ao longo do internamento desenvolvi uma relação sólida com a mãe C. e com o G., alicerçada numa confiança mútua, que se estendia para além do cuidar profissional. A partilha de sentimentos, num fluxo bidirecional, onde proliferava a genuinidade, o total entendimento e empatia pela sua situação, era apanágio da minha intervenção. Esta entrega (quase) total ao Outro, onde se compreende verdadeiramente os seus sentimentos, onde há um manifesto e ativo interesse nas suas preocupações, onde se procura de forma constante o antecipar e reconhecer as necessidades do cliente, levam uma parte de mim. Deparo-me com a dificuldade de trilhar esta linha, que se traça tão ténue, no qual o EEESIP se aproxima profundamente da díade, na mesma medida que se distancia, para não ser negativamente influenciado pela situação, mantendo a sua prática de cuidados, como que intocável.

Avaliação

Já numa ótica distanciada, é possível compreender que o enfermeiro que cuida da criança em situação de doença complexa, como é exemplo da doença oncológica, deve ser emocionalmente competente, no qual o trabalho emocional é apanágio da sua prática, para que assim possa intervir eficazmente. Mesmo quando perante situações de elevada e intensa emocionalidade, que muitas vezes se arrastam no tempo, devido à exigência da doença, o enfermeiro deve demonstrar serenidade,

calma, distanciando-se do sofrimento emocional, do Outro. É neste seguimento que é traçada uma linha esbatida que separa o cuidado emocional (quase) desmedido, do trabalho emocional, que não o deixa afetar excessivamente. Este cuidado que, projeta o Ser enfermeiro para a esfera emocional e espiritual do Outro, deve ser cautelosamente doseado, para que continue a ser pleno, movido pela serenidade e controlo da sua própria gestão emocional.

Análise

Intencionando uma análise escrutinada da situação vivida, importa não só refletir acerca do impacto emocional que a família experiencia quando confrontada com a doença oncológica da criança, corroborando-a com evidência científica, mas também refletir sobre a intervenção do EESIP no que respeita ao cuidado emocional.

Perante o confronto com a doença oncológica do seu filho, os pais experienciam sentimentos avassaladores de tonalidade negativa, que precipitam no medo, no desespero, na tristeza, na sensação de impotência e incapacidade (Cardoso et al., 2018). Os pais, subordinados pela angústia e o receio da doença, que impiedosamente deles se apoderou, são reféns de um sofrimento atroz, que muitas se estende num considerável período de tempo. Frequentemente, atribuem-se como culpados da doença, por sentirem que, de alguma forma, falharam por não se terem apercebido dos sinais e sintomas precocemente, ou até colocarem em causa o próprio papel parental no que respeita aos comportamentos de saúde (Wechsler, 2017). A comunicação do diagnóstico da doença é um momento traumático para os pais que, chegam até negar a doença do seu filho, entrando numa espiral de ansiedade, stress e depressão (Pinto, 2020; Souza et al., 2021).

A doença acomete não só a criança, mas também a sua família, uma vez que veem a sua rotina alterada, vivendo no contexto adverso e para eles desconhecido e assustador, envolvidos por um contínuo stress e preocupações, afetando a sua esfera pessoal, profissional, social, económica e familiar, exigindo significativas readaptações (Pinto, 2020; Santos et al., 2022). A díade, tomada de surpresa pela doença, necessita de se adaptar a esta nova condição, sendo muitas vezes um

processo difícil e moroso (Marques et al., 2021). Encontra-se numa transição de saúde doença, no qual experienciam uma série de ambientes, sensações e emoções desconhecidas, confrontando-se continuamente com níveis de incerteza sobre o futuro, que afetam o seu bem-estar (Meleis, 2018). Os pais receiam os efeitos dos tratamentos, no que respeita tanto às suas consequências na saúde física da criança, como a possibilidade da sua ineficácia (Pinto, 2020).

A imensurável tristeza, angústia e medo, fazem-se espólio impingido à família, acompanhando-os ao longo do processo da doença, oscilando-o seu peso no trajeto.

Quando a mãe do G. me questionava desesperadamente "*Porquê ele? Porque nós?*" era patente a sua revolta com a doença. Segundo Carlsson et al. (2019), o momento do diagnóstico, gera muitas vezes reações descontroladas, onde os pais deveras revoltados, procuram obstinadamente uma resposta apaziguadora, que os distancie da crença de injustiça inerente. As respostas verbais suavam mudas quando a mãe me questionava pela "*justiça da doença a uma criança tão pequenda*". Procurei confortá-la, envolvendo-as nos meus braços como quem procurava abraçar o seu coração.

A presença da enfermagem traduz-se frequentemente no alívio do sofrimento da família, potencializando os cuidados centrados na família (Mcharo et al., 2023). Além de cuidar da criança doente o enfermeiro deve atender também às necessidades emocionais dos pais, cuidando-os, uma vez que se encontram num momento de extrema vulnerabilidade, que se pode repercutir em consequências na sua saúde mental (*Institute for Patient and Family-Centered-Care*, (s.d.); OE, 2015; Wechsler, 2017).

As conversas terapêuticas, a escuta ativa, as interações autênticas, sustentadas pelo respeito e pela honestidade, são promotoras do alívio da ansiedade na família, catapultando muitas vezes numa estreita relação terapêutica significativa, entre o enfermeiro e o cliente família, repercutindo-se em melhores resultados clínicos para a criança doente (Stockmann et al., 2018; Mcharo et al., 2023).

Acolher os sentimentos e as emoções da família, perante esta situação carregada de excessiva emocionalidade, é escopo da atuação do enfermeiro, uma

vez que o fluxo de emoções é intrínseco na relação subjetiva enfermeiro-cliente (Diogo, 2023; Watson, 2002). Contudo, pretende-se que o enfermeiro disponha de estratégias internas e externas para lidar emocionalmente com o sofrimento do Outro, por forma a não ser afetado negativamente (Diogo, 2023).

Quando acompanhei de perto a situação desta família, procurei intervir no sentido de atenuar o seu estado emocional negativo, numa entrega e total partilha das emoções. O enfermeiro alcança o cuidado transpessoal e humanizado, quando para além de dirigir cuidados à doença, intervém no sentido de mitigar emocionalidade negativa associada à situação de doença, integrando no ato de cuidar a compaixão, a gentileza e compreensão do Outro, na sua totalidade (Watson, 2002, 2018).

Mesmo quando profundamente envolvido com o Outro na relação, o enfermeiro deve ser capaz de inibir as suas próprias emoções, continuando a cuidar da família, mantendo o envolvimento emocional. Neste limbo de emocionalidade, a supressão de emoções é adotada como competência emocional do enfermeiro. Este não se deve deixar afetar negativamente pela vivência da doença do cliente, contudo deve manter-se conectado com a mesma (Diogo, 2023).

Durante o meu contacto com a mãe do G., custosamente retive as lágrimas e as angústias, agindo em prol da mesma, uma vez que quase que seria desrespeitoso chorar a sua dor, uma vez que não era minha. Esta supressão de sentimentos, este abafar de emoções, é espelho de um cuidado com os sentimentos do Outro, que oferece um ambiente seguro, preservando uma aparência exterior (Hochschild, 1983). Contudo, por me encontrar profundamente envolvida e reconhecendo o seu sofrimento, facilmente fui contagiada pelas emoções negativas, oriundas da situação, levando a mãe do G. nos meus pensamentos e reflexões, durante o meu estágio.

Refiro-me assim ao trabalho emocional que é intrínseco à enfermagem, sendo crucial para garantir a qualidade nos cuidados, exigindo que os enfermeiros regulem as suas próprias emoções, traduzindo-se numa competência emocional, que pode ser desafiante e exaustiva, quando o enfermeiro está profundamente envolvido (Smith, 2012).

A inteligência emocional define-se como

capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar impulsos e adiar a recompensa; de regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjugue a faculdade de pensar, se sentir empatia e de ter esperança (Goleman, 2002, p. 55)

Sustentada pela autoconsciência, motivação, autodomínio, empatia e talento das relações, a inteligência emocional é uma aptidão mestra, que o enfermeiro deve aprimorar ao longo da sua vida (Goleman, 2012).

Os enfermeiros, ao lidarem continuamente com situações emocionais intensas, precisam de gerir equilibradamente a empatia e compaixão, mantendo uma postura profissional, sendo para isso capazes de gerir as suas próprias emoções. Mesmo absorvendo a dor e o sofrimento da criança e família, é crucial fornecer um suporte genuíno e compassivo, preservando o bem-estar do próprio enfermeiro (Smith, 2012). A autorreflexão, a análise das experiências, o autocuidado, a partilha de sentimentos, efetuam-se como estratégias que permitem a regulação da disposição emocional para cuidar, a fim de evitar o esgotamento e exaustão emocional (Diogo, 2023; Watson, 2012).

Watson (2002), quando talha o cuidado transpessoal, enfatiza a importância de os enfermeiros serem conscientes de si, com maior conhecimento sobre ele próprio e suas necessidades, recursos, autocontrolo e adquirir preparação para o autocuidado, tocando as linhas de pensamento de Goleman (2002).

Conclusão

A elaboração do presente trabalho foi gatilho para a minha profunda reflexão acerca do cuidar emocional em enfermagem e o modo como o enfermeiro poderá ser afetado, positiva ou negativamente, pela situação vivenciada pelo Outro. É inegável todo o amor, a entrega, a empatia e compreensão para com o Outro, que de uma forma geral os profissionais imprimem na sua prática diária neste contexto, cuidando holisticamente da criança e família, reconhecendo-lhes e compreendendo as suas necessidades, nas diversas dimensões, consumando a prática o cuidado humanizado.

O facto de ser inexperiente na área de oncologia pediátrica, viu-se como dificuldade na gestão desta situação. Inevitavelmente o meu envolvimento emocional pessoal, foi prolongamento da minha intervenção profissional. No entanto, “olhando para trás”, oferecendo espaço à reflexão, que é pensamento do quotidiano, sempre que visto a farda, compreendo que o envolvimento excessivo me afetou em termos pessoais, despoletando em mim sentimentos de ansiedade e angústia, pelo intenso o envolvimento com a mãe do G. e com a sua situação.

Por à enfermagem estar impregnada uma solidariedade moral, assente num compromisso deontológico, que fundamenta a partilha do bem e do mal, exige que o enfermeiro adote uma conduta pessoal, que dignifica a própria profissão (Dalla et al., 2017). Dos enfermeiros espera-se uma prática de cuidados, tendo como escopo da sua atuação, além do conhecimento técnico-científicos, também a premissa intrínseca do respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar do cliente (OE, 2015).

É por esta premissa que se desenrola a minha prática, onde nenhuma ação ocorre num “vazio moral”, sendo a essência da intervenção movida pela intenção do cuidado total ao Outro.

Deste modo, reconheço a minha dificuldade, em distanciar-me emocionalmente da situação da díade, uma vez que a minha prática discorre no cuidar emocional. É assim necessário, tal como reiterado por Watson (2002), considerar os limites pessoais, procurando em permanência um equilíbrio entre a vida profissional e pessoal, recorrendo à autorreflexão e estratégias que promovam o bem-estar. É a prática deste autocuidado que evita o esgotamento, a exaustão emocional e o *burnout* do enfermeiro, no qual este deve ser consciente das suas próprias necessidades não só físicas, mas também emocionais e espirituais (Smith, 2012, Watson, 2002).

Planeamento da ação futura

Após uma profunda análise e reflexão acerca desta situação, é-me possível compreender, de forma sensata, a intervenção do EEESIP perante o impacto emocional de situação de doença complexa na criança e na sua família. Apesar do

cuidado transpessoal que me move na minha prática diária, onde amparar as emoções e minimizar o seu impacto na díade, é escopo da minha intervenção, reconheço que a envolvimento com o Outro, deve ser gerida de forma equilibrada. Futuramente, quando perante uma situação similar, devo procurar não me envolver demasiadamente e tomar os sentimentos do Outro como meus, uma vez que esta envolvimento me causa angústia e tristeza, afetando-me profissionalmente. Contudo devo sim, procurar identificar e reconhecer as suas emoções, não as menosprezando, mas sim cuidando delas, trazendo à tona o trabalho emocional, sendo emocionalmente competente na minha prática.

2. CONCLUSÃO

Em suma, a presente reflexão emergiu de uma lacuna da minha prática. Por me ver tão envolvida com o Outro emocionalmente, tornou-se para mim difícil efetivar uma distância emocional saudável, tendo muitas vezes me deixado afetar emocionalmente, de forma custosa, influenciando o meu bem-estar emocional e também a minha prática de cuidados. Watson (2002) sublinha a necessidade de o profissional cuidar de si, mobilizando e interiorizando o cuidado transpessoal, para que se possa compreender a si próprio, pois só assim é capaz de cuidar, na sua plenitude.

Reconheço assim a importância de aprimorar diariamente as minhas competências emocionais, centralizando o trabalho emocional na minha prática, uma vez que este quando corretamente efetuado, este trabalho permite a gestão emocional do Outro, mas também a própria gestão emocional do profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, T. & Loureiro, F. (2018). Cuidados à criança em situação crítica: Reflexão segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem. *Enformação - Enfermagem em Contínuo Movimento*, Jan-Abril, (9, pp13-17).
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora.
- Cardoso, T. P., Oliveira, P. R., Volpato, R. J., Nascimento, V. F. do, Rocha, E. M. da, & Lemes, A. G. (2019). Vivências e percepções de familiares sobre a hospitalização da criança em Unidade Pediátrica. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 9, 21. <https://doi.org/10.5902/2179769231304>
- Carlsson, T., Kukkola, L., Ljungman, L., Hovén, E., & von Essen, L. (2019). Psychological distress in parents of children treated for cancer: An explorative study. *PLOS ONE*, 14(6), e0218860. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218860>
- Dalla Nora, C. R., Zoboli, E., & Vieira, M. M. (2017). Sensibilidade moral dos enfermeiros avaliada por scoping review. *Cogitare Enfermagem*, 22(2). <https://doi.org/10.5380/ce.v22i2.47162>
- Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisbon International Press.
- Gibbs, G. (2013). *Learning by doing*. Brookes University.
- Goleman, D. (2002). *Inteligência Emocional* (11th ed.). Temas e Debates - Atividades Editoriais, Lda.
- Goleman, D. (2012). *Trabalhar com inteligência emocional* (5th ed.). Temas e Debates - Círculo de Leitores.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. University of California Press.
- Institute for Patient and Family-Centered-Care. (s.d.). *Patient-and family-centered care is working "with" patients and families, rather than just doing "to" or "for" them*. Consultado em 16 novembro 2023. <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
- Marques, J. M., Charepe, Z., & Firmino, C. F. (2021). Transição saúde/doença: capacitar a família da criança com doença aguda para uma parceria efetiva de

- cuidados. In C.M.Vieira, L. Sousa & C. L. Baixinho (Coords.), *Cuidados de enfermagem à pessoa com doença aguda* (pp. 313-320). Sabooks Editora.
- Mcharo, S. K., Spurr, S., Bally, J., Peacock, S., Holtslander, L., & Walker, K. (2023). Application of nursing presence to family-centered care: Supporting nursing practice in pediatric oncology. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 28(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/jspn.12402>
- Meleis, A. I. (2018). Facilitating and managing transitions: An imperative for quality care. *investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo*, 21(1), 2–4. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.famt>
- Muglia-Wechsler, A. (2017). Câncer na Infância: Impacto psicológico em pacientes e seus pais em diferentes etapas da doença. *Revista Intellectus*, 41(1), 40-62. <https://doi.org/10.21116/2017.6>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015, dezembro). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Guia orientador de boa prática: Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Série I (N.º8). Ordem dos enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalid_adepositiva_vf.pdf
- Pereira-Mendes, A. (2016). Reflective Practice in the Clinical Learning: Earnings for the Building of the Nursing Thinking. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1–23. <https://doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
- Pinto, J. R. de A. (2020). *Necessidades dos pais face ao diagnóstico de cancro na criança: vivenciar uma transição* [Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <http://hdl.handle.net/10400.26/36088>
- Santos, L. C. A. dos, Ribeiro, W. A., Barcellos, L. N., Paula, E. de, Lima, D. S., Castro, K. de, Martinho, M. N., Souza, É. M. M. de, Morais, M. C. de, Arnaldo, C. R. de O., Dias, L. L. da C., & Salvati, P. O. L. (2022). Protagonismo do enfermeiro no cuidado humanizado a criança oncológica hospitalizada. *Research, Society and Development*, 11(7), e8611729655. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29655>
- Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revisited*. Macmillan Education UK. <https://doi.org/10.1007/978-0-230-35631-3>
- Souza, R. L. A. de, Mutti, C. F., Santos, R. P. Dos, Oliveira, D. C. de, Okido, A. C. C., Jantsch, L. B., & Neves, E. T. (2021). Hospitalization perceived by children and adolescents undergoing cancer treatment. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 42, e20200122. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200122>

Stockmann, C., Gabor, O., DiVito-Thomas, P., & Ehlers, C. (2018). The use and intended outcomes of presence: A focus group study. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(1), 59–65. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12153>

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem*. Lusociência.

Watson, J. (2018). *Unitary caring science*. University Press of Colorado. <https://doi.org/10.5876/9781607327561>

APÊNDICE XVIII - "EMOCIONÓMETRO"

13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria

Contexto Clínico: Internamento de Pediatria

“EMOCIONÓMETRO”

Francisca Figueiredo Teixeira da Silva Frias
n.º 5702

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

—
Lisboa
fevereiro, 2023

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CCF - Cuidados Centrados na Família

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ICN- Conselho Internacional de Enfermeiros

IPFCC - Institute for Patient and Family-Centered-Care

OE - Ordem dos Enfermeiros

Sr.^a Enf.^a – Senhora Enfermeira

UCIN - Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

UN - Unidade de Neonatologia

I) JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

A construção do “Emocionómetro” insere-se no âmbito do contexto de estágio de internamento de pediatria, objetivando-se como **estratégia dirigida à criança e família, que permita a partilha de sentimentos e emoções; reconhecendo simultaneamente a experiência emocional da díade, na vivência de uma situação de saúde complexa (4.º e 5.º objetivos inerentes ao contexto).**

O “Emocionómetro” (Fig. 1) visa ser um recurso terapêutico, no qual a criança pode identificar o seu estado emocional e, por conseguinte, o enfermeiro detém a sua intervenção, de acordo com o sentimento/emoção identificado, visando uma gestão emocional, com o intuito de regular as emoções vividas pela criança.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A regulação de emoções endereça um conjunto de processos que intencionam a mudança de um estado emocional, permitindo o aumento ou a diminuição da intensidade da experiência emocional (Oatley & Jenkins, 2002). A forma como a criança e família enfrentam a situação súbita de doença é influenciada pelas estratégias de gestão emocional que possuem. O desenvolvimento destas habilidades emocionais, reportam a um continuum de tempo, numa aprendizagem ao longo da vida, contudo, quando perante uma situação de vulnerabilidade, como é o caso da doença oncológica na criança, cabe ao enfermeiro intervir no sentido de facilitar e auxiliar na gestão emocional da díade (Diogo, 2023). Quando a criança se encontra internada, a equipa de profissionais, deve ser competente para oferecer uma resposta adequada às necessidades psicológicas e emocionais, da criança e família, tal como reivindica a Carta da Criança Hospitalizada (5.ª Edição) (Instituto de Apoio à Criança, 2021).

Segundo Loos-Sant & Gasparim (2013), o “Emocionómetro” é um instrumento de auxílio para as crianças verbalizarem as suas emoções que provêm

da vivência de situações, que abre caminho para não só para o autoconhecimento mas também para o reconhecimento da emocionalidade do outro, abordando frequentemente quatro emoções básicas (alegria, medo, raiva e tristeza).

A expressão das emoções e a verbalização de preocupação e sentimentos, podem ser uma dificuldade para a criança que se encontra internada. Os padrões de expressão das emoções podem ser afetados pela idade da criança, pela sua fase de desenvolvimento, pela situação de doença, pelo medo do ambiente e profissionais desconhecidos e pela dificuldade na identificação da experiência emocional. Deste modo, esta dificuldade pode efetivar-se como uma barreira para o enfermeiro na sua prática, podendo comprometer a sua prestação de cuidados no alcance da promoção do bem-estar psicossocial e espiritual da criança (Molinari, 2023; Oatley & Jenkins, 2002).

As **emoções** são um conjunto de respostas químicas e neurais, inerentes ao ser humano, expressas de forma inconsciente, que podem ser configurar-se como um agir impulsivo, motivações ou estados de dor ou prazer (Damásio, 2003). Podem ser classificadas como primárias (ou básicas), secundárias e emoções de fundo.

A alegria, a tristeza, o medo, a cólera (raiva), a surpresa e a aversão classificam-se como **emoções primárias**, que Damásio (2003) caracteriza como inatas, sendo “acionadas por estímulos aos quais o organismo é intrinsecamente sensível desde o início da infância” (Griffithis, 1997, p. 103).

As **emoções secundárias** ou sociais, como são exemplo a vergonha, o ciúme, a culpa ou o orgulho, são emoções adquiridas (Damásio, 2003), sendo “acionadas por estímulos aos quais o organismo tornou-se sensível por meio da experiência (Griffithis, 1997, p. 103).

Já as **emoções de fundo**, são geradas por indutores de natureza interna, processos fisiológicos em curso ou por interações do organismo com o meio ambiente, espelhando um estado emocional, que pode ser detetável através de detalhes subtis como a postura corporal. São estas emoções “que nos permitem os sentimentos de fundo de tensão ou calma, de fadiga ou energia, de bem-estar ou de mal-estar, de esperança ou desencorajamento” (Damásio, 2003, p.73).

Ainda que caminhem lado a lado, as emoções são diferentes dos sentimentos.

Os **sentimentos**, derivam das emoções, prolongando o seu alcance, de caráter interno, dirigido para o interior de cada um. O sentimento é “uma percepção de um certo estado do corpo, acompanhado pela percepção de pensamentos com certos temas e pela percepção de um certo modo de pensar.” (Damásio, 2004, p. 92)

Cuidar o Outro reconhecendo-lhe todas as suas dimensões, promovendo o seu bem-estar físico, emocional e espiritual, é premissa na prática de enfermagem (Watson, 2002). Quando a criança se encontra hospitalizada, o enfermeiro além de garantir a prestação de cuidados de qualidade, deve assegurar o bem-estar da díade, criando condições ambientais, técnicas, comportamentais que permitam a vivência de uma experiência o mais positiva possível (Regulamento n.º 422/2018; Diogo, 2015; Silva & Abrão, 2022).

Neste jogo de sentimentos e emoções procurei identificar o estado emocional da criança, escrevendo a seguinte pergunta no “Emocionómetro”: “Como te sentes hoje?”. Pretende-se que esta pergunta intencional, formule o diagnóstico de enfermagem, uma vez que quando respondida pela criança através da identificação da emoção abaixo apresentada permite a intervenção de enfermagem. De ressaltar que a emoção tanto pode ser assinalada pela criança como pelos seus pais, caso a criança não se encontre em condições favoráveis para responder (por se encontrar francamente debilitada ou por não ter a capacidade de identificar emoções devido à sua idade de desenvolvimento).

Tal como efetuado no Apêndice VIII “Árvore das Emoções”, foi mais uma vez utilizado o livro infantil “O Monstro das Cores” como inspiração para a construção do “Emocionómetro”.

Nesta lógica entrelaçada entre sentimentos e emoções, optei por apresentar no “Emocionómetro” 5 estados emocionais que considere relevantes para a sua construção, abordando assim a: **alegria**, **tristeza**, **medo**, **calma** e **raiva**.

A primeira emoção escolhida para o “Emocionómetro” foi a **alegria**. O Dicionário Português, define alegria como um “estado de grande satisfação,

contentamento, felicidade, júbilo, que em geral se manifesta exteriormente". De acordo com Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), o bem-estar em saúde configura-se numa "imagem mental de sentir-se bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto (Conselho Internacional de Enfermeiros [ICN], 2011, p.41), sendo que quando a criança se encontra bem, demonstra tranquilidade consigo e disponibilidade para com os outros (ICN, 2011). Na perspectiva de Jean Watson, na sua teoria de Cuidado Humanizado, o enfermeiro, ao implementar estratégias que promovam a minimização do impacto emocional que a hospitalização tem na criança, está também a permitir que a mesma se senti amada, acolhida, cuidada, facilitando assim a sua adaptação ao ambiente hospitalar (Dal'Bosco et al., 2019; Silva & Abrão, 2022; Watson, 2002). Esta prática de enfermagem, sustentada pelo amor, convida à oferta de um cuidado transpessoal à criança, num fluxo bidirecional, onde a relação de cuidados se vê pejada de gentileza e bondade, abrindo caminho para a alegria, bem-estar, gargalhadas, disponibilidade e colaboração, à luz do 1º elemento do Processo *Clinical Caritas* (Watson, 2018). Uma vez que o estado de emocional alegria, é meta da intervenção de enfermagem, optei por a considerar como emoção de destaque no "Emocionómetro". Esta é representada pela ilustração do "Monstro da Alegria" do Livro do "Monstro das Cores", de cor amarela. Esta cor é frequentemente associada à alegria por ser uma cor estimulante, ativa, que transmite de um estado de otimismo (Fernandes 2020; Bédard, 2005).

A segunda emoção escolhida foi a **tristeza**. Segundo Ekman (2007), a tristeza é uma das emoções primárias, imprimindo-se como uma resposta à perda. Quando confrontada com um processo de doença ou internamento, a criança vê a sua liberdade e vitalidade retirada abruptamente. Este estado emocional negativo é perturbador não só para a saúde mental como também para a saúde física, colocando o organismo num estado marginal (Damásio, 2004). A vivência de uma doença oncológica da criança traz consigo o sentimento de tristeza no qual, privada do seu quotidiano, e frequentemente em sofrimento físico e emocional, a criança experiencia sentimentos de ansiedade, angústia e medo (Souza et al., 2021). Assim, por ser apanágio deste processo considere pertinente abordar a tristeza no

“Emocionómetro”. Esta é a destacada com a cor azul, representada pelo “Monstro da Tristeza”. Esta cor pertence ao espectro das cores frias e frequentemente é associado aos sentimentos negativos como a tristeza (Tavares, 2017; Inácio, 2010)

O **medo** é a terceira emoção apresentada no “Emocionómetro”. Esta emoção primária, protagoniza a experiência das crianças em contextos de cuidados de saúde (Damásio, 2003; Hockenberry, c2024). De tonalidade negativa, o medo é frequentemente associado à dor, ao sofrimento, ao desconhecido, à ansiedade de separação, manifestado por choro ou até por gritos desmedidos. Dele discorrem ainda sentimentos de aflição, desconfiança, pavor, pânico, entre outros que apelam à sua minimização (Diogo et al., 2016). A criança, quando sente medo identifica o perigo próximo, levando-a para um estado de alerta, pronta para se defender (Damásio,1995). De acordo com a CIPE®, esta emoção leva a criança a “sentir-se ameaçada, em perigo ou perturbado, devido a causas desconhecidas, sendo frequente a sua resposta física como lutar e ou fugir” (ICN, 2020, p. 85). Quando vítimas da doença oncológica, a criança tem medo do trajeto da doença e inclusive medo da sua morte (Vieira, 2023). O medo é representado pelo “Monstro do Medo”, de cor **preta/cinzeno-escuro**, uma vez que esta, simbolicamente, é associada a sentimentos de tonalidade negativa como a perda e dor ou à sensação de desconfiança, que traz consigo mensagens ambíguas e nefastas (Fernandes, 2020).

Seguidamente é possível observação o estado emocional **calma**, representado pelo “Monstro da Calma”, com a atribuição da cor verde. A cor verde é associada ao sentimento de bem-estar, tranquilidade, segurança e esperança (Fernandes, 2020; Heller, 2013). Considerada por Damásio (2003) uma emoção de fundo, a calma é representativa do bem-estar e de um estado tranquilo, onde há um controlo dos sentimentos e reações, manifestando-se pela serenidade (Dicionário Porto Editora, 2023). Esta sensação é espelho da regulação emocional e do bem-estar da criança. Quando a criança é confortada com a situação de doença oncológica, a promoção de um ambiente de tranquilidade, a estabilidade emocional e o alcance da serenidade é objetivo *major* do enfermeiro. Neste sentido, a calma é fundamental neste contexto, sendo que poderá ser elemento potenciador para a

criação de um ambiente sereno e acolhedor, promovendo a tranquilidade e conforto, que facilita a cura física mas também o processo de cura emocional e espiritual (*healing*) (Watson, 2002; 2018). Cabe assim ao enfermeiro, adotar estratégias e implementar intervenções, que se reflitam num cuidado emocionalmente sensível e humanizado, por forma a atenuar a vivência da situação de doença complexa, no que respeita à dimensão emocional, sendo capaz de regular as emoções da criança (Diogo, 2023).

A última emoção apresentada é a **raiva**. Esta emoção encontra-se associada ao sofrimento emocional da criança, sendo frequentemente experienciada pela mesma, quando confrontada com uma doença crónica complexa, potencialmente fatal. A criança pode expressá-la de diferentes formas como negação da doença, agressividade com a equipa de saúde, revolta e até procura de um culpado pela situação da doença (Teixeira et al., 2013). A raiva (ou cólera) é considerada uma emoção básica, de tonalidade negativa, que alcança a revolta, hostilidade, irritabilidade e até violência (Damásio, 2003; Freitas -Magalhães, 2009). Encontra-se representada com o “Monstro da Raiva” de cor vermelha, representativa do estado de alerta, perigo ou até fúria (Inácio, 2010; Tavares, 2017).

Diante o exposto, considere o destaque destas cinco emoções no “Emocionómetro”, por serem apanágio da vivência emocional da situação da doença complexa da criança.

2. PLANEAMENTO

Nome: “Emocionómetro”

Apresentação: Formato de “identificador de porta”

População alvo: crianças e adolescentes internados no serviço de pediatria

Objetivos:

- Identificar os sentimentos e emoções experienciados pela criança ou adolescente, quando internados

- Permitir a partilha, a ventilação e a identificação de sentimentos e emoções da criança ou adolescente
- Intervir eficazmente, no sentido de gerir emocionalmente a experiência da díade, facilitando a vivência da situação de doença complexa

Divulgação da atividade: apresentação à Sr.^a Enfermeira 2.º Elemento da Equipa de Enfermagem e à Sr.^a Enf.^a Orientadora; apresentação à equipa na Sessão Formativa

Caracterização: Formato de um “identificador de porta”, tamanho 26 cm x 11 cm. Apresenta na parte superior uma questão simples - “Como te sentes hoje?” - que pretende compreender qual o estado emocional da criança. Apresenta 5 retângulos de cores diferentes, ilustrado com um desenho do “Monstro das Cores”, no qual cada um retângulo corresponde a uma emoção: alegria (amarelo), tristeza (azul), medo (preto/cinzento-escuro), calma (verde) e raiva (vermelho).

Localização: Poderá colocar-se nos suportes de soro, cabeceira da cama ou entradas da porta do quarto individual de cada criança

3. EXECUÇÃO

Pretende-se que o “Emocionómetro” se encontre em cada unidade individual da criança, seja pendurado na sua cabeceira da cama ou no suporte de soro, ou pendurado na porta de entrada do quarto individual, caso a criança não se encontre numa enfermaria partilhada.

Através da colação de uma mola de madeira anexada ao “Emocionómetro” a criança ou o seu acompanhante, assinalam o estado emocional vivenciado no momento. O enfermeiro ao visualizar a sinalética rapidamente reconhece a emoção sentida, intervindo no intuito de minimizar a emoção caso esta seja de tonalidade negativa ou até reforçar positivamente a sua disposição emocional. Na Figura 1 vê se apresentado o formato do “Emocionómetro” e na Figura 2 a demonstração de utilização, quando pendurado numa porta e assinalando a emoção medo (por exemplo).

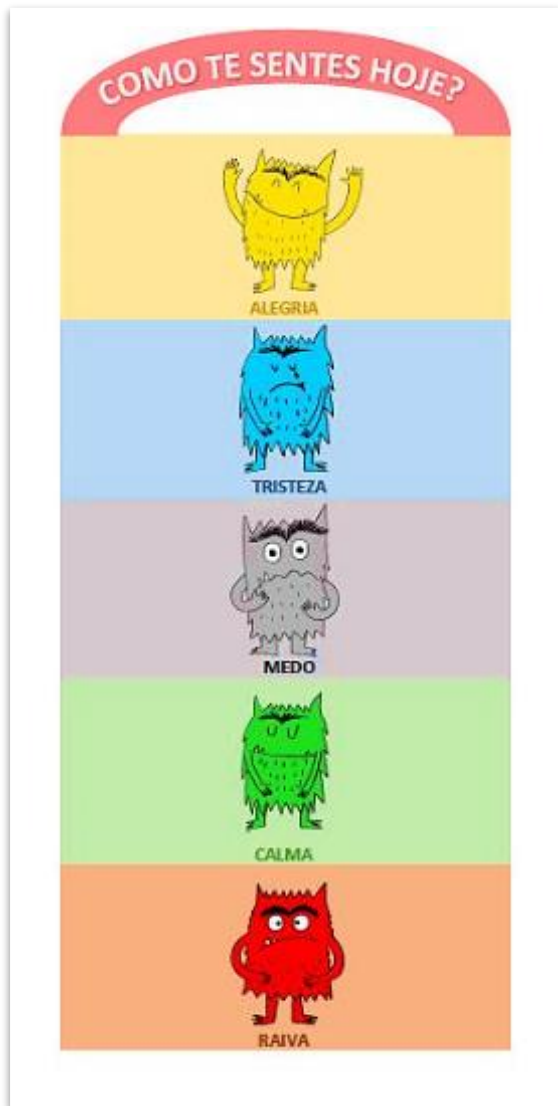


Fig. 1 - Emocionómetro



Fig. 2 - Exemplo de utilização do Emocionómetro - identificação da emoção "medo".

4. AVALIAÇÃO

Foi demonstrado interesse na implementação da atividade, por parte do 2.º Elemento da Equipa de Enfermagem e da Sr.ª Enf.ª Orientadora, tendo sido entregues vários “Emocionómetros” para que pudessem ser utilizados no serviço.

Após a apresentação do “Emocionómetro” à equipa de enfermagem, na Sessão Formativa, de um modo geral esta mostrou-se recetiva na implementação da atividade.

Esta atividade, até à data de fim do meu estágio ainda não tinha sido implementada, uma vez que aguardava autorização da Enf.ª Chefe de Enfermagem do Serviço, que se encontrava ausente.

CONCLUSÃO

Abordar os sentimentos e emoções com as crianças representa uma intervenção de extrema importância, pois a compreensão precoce das suas experiências emocionais influencia positivamente os seus comportamentos futuros, desempenhando um papel crucial no seu desenvolvimento emocional (Oatley & Jenkins, 2002).

O “Emocionómetro” surge assim como recurso estratégico a ser utilizado no serviço de internamento de pediatria, com vista não só à promoção de um ambiente seguro e afetuoso, mas também como vetor para a gestão das emoções, figurando-se como elemento para a construção de uma relação de ajuda, apoiante e securizante, entre o enfermeiro, a criança e a família (Diogo et al., 2016). Esta atividade, espelha a criatividade que a enfermagem é capaz de adotar, como técnica promotora de prestação de cuidados humanizados e sensíveis, transcendendo a tecnicidade inculcada à profissão, almejando assim a promoção do bem-estar da criança e o seu processo de cura, cuidando sob a alçada de Jean Watson, munindo-se dos elementos do Processo *Clinical Caritas* (Watson, 2018).

É este clima de amor e compreensão que deve rodear a criança, contribuindo para o seu desenvolvimento harmonioso, ainda que se encontre num processo de doença extremamente frágil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agostinho, I., Tavares, M. & Abecassis, V. (2021) - Carta da criança nos cuidados de saúde primários. Instituto de Apoio à Criança, 2021. https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/05/CARTA-V14_digital.pdf

Bédard, N. (2005). *Como interpretar os desenhos das crianças*. Edições CETOP.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) V1.0. Ordem dos Enfermeiros.

Dal’Bosco, E. B., Barancelli, M. D. C., Gobatto, M., & Schmidt, C. L. (2019). Humanização hospitalar na pediatria: projeto “Enfermeiros da Alegria” TT - Hospital humanization in pediatrics: project “Nurses of Joy.” *Rev. Enferm. UFPE on Line*, 13(4), 1173–1178. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236038/31858%0Ahttps://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236038/31857>

Damásio, A. (1995). *O erro de descartes: Emoção, razão e cérebro humano*. (12th Ed.). Publicações Europa-América

Damásio, A. (2003). *O Sentimento de Si: O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. Europa-América, Lda.

Damásio, A. (2004). *Ao encontro de Espinosa – Prazer e dor na ciência dos Sentimentos*. Companhia das Letras.

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Lusodidacta.

Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisboa: Lisbon International Press.

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

Ekman, P. (2007). *Emotions revealed: Recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life*. Macmillan.

Fernandes, A. (2020). *Artes Visuais E Emoções: Uma Ligação Para O Conhecimento Emocional* [Instituto Politécnico de Setúbal]. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35846/1/Artes Visuais e Emoções - uma ligação para o conhecimento emocional %281%29.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35846/1/Artes%20Visuais%20e%20Emo%C7%A7%C3%B5es%20-%20uma%20ligac%C3%A3o%20para%20o%20conhecimento%20emocional%20%281%29.pdf)

Freitas-Magalhães, A. & Crasto, E. (2009). The Neuropsychophysiological Construction of the Human Smile. In *Emotion Expression: The Brain and the Face* (Ed. Freitas-Magalhães). Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Griffiths, PE (1997). *O que realmente são as emoções: o problema das categorias psicológicas*. Imprensa da Universidade de Chicago. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226308760.001.0001>

Heller, E. (2013). *A psicologia das cores: como as cores afetam a emoção e a razão*. Gustavo Gili

Hockenberry, M. (c2024). The child with cancer. In *Wong's, Nursing Care of Infants and Children* (12th ed., pp. 1073–1110). Elsevier.

Inácio, V. da C. G. (2010). *Cor e Emoção: Relação entre cores do vestuário e as emoções atribuídas às cores* [Universidade da Beira Interior]. <http://hdl.handle.net/10400.6/1681>

Loos-Sant, H., & Gasparim, L. (2013). Investigando as interações em sala de aula: wallon e as vinculações afetivas entre crianças de cinco anos. *Educação Em Revista / Belo Horizonte, 29*(3), 199–230.

Marques, V.; Filho, J., Oliveira, M.; Silva, S.; Araújo; T.; Barbosa, C. (2022). A equipe multiprofissional frente aos cuidados paliativos no ambiente hospitalar. *Revista de Casos e Consultoria, 13*(1), 1–15.

Molinari, P. C. C. (2023). Princípios da Comunicação em Pediatria. In E. A. L. Ferreira, S. M . M. Barbosa & S. B. O. Iglesias (Coords.), *Cuidados Paliativos Pediátricos* (pp. 23–28). Medbook, Editora Científica Ltda

Oatley, Keith & Jenkins, J. M. (2002). *Compreender as Emoções*. Instituto Piaget.

Ordem dos enfermeiros (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE® versão 2. Lisboa: OE.

Porto Editora - *alegria* no Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [on-line]. Porto: Porto Editora. Consultado 21 de novembro de 2023. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/alegria>

Porto Editora – *calma* no Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [on-line. Porto Editora. Consultado a 20 novembro de 2023. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/calma>

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª Série (N.º 133 de 12 de julho de 2018), 19192-19194. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Silva, A. P. M., & Abrão, R. K. (2022). Enfermeiros da alegria: Vivências a partir da estruturação de um projeto extensão para desenvolver atividades de recreação hospitalar. *Revista Humanidades e Inovação*, 8(67), 339-351. <https://doi.org/10.20873>

Souza, R. L. A. de, Mutti, C. F., Santos, R. P. Dos, Oliveira, D. C. de, Okido, A. C. C., Jantsch, L. B., & Neves, E. T. (2021). Hospitalization perceived by children and adolescents undergoing cancer treatment. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 42, e20200122. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200122>

Tavares, F. (2017). *A Influência da Cor no Desempenho*. Instituto Universitário de Lisboa.

Teixeira, R. P., Ramalho, W. S., Fernandes, I. C. F., Salge, A. K. M., Barbosa, M. A., & Siqueira, K. M. (2013). A família da criança com câncer: percepções de profissionais de enfermagem atuantes em oncologia pediátrica. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(4). <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v11i4.21661>

Vieira, A. A. (2023). Avaliação e Suporte Emocional do Paciente Pediátrico. In *Cuidados Paliativos Pediátricos* (pp. 279-283). Medbook, Editora Científica Ltda.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Lusociência

Watson, J. (2018). *Unitary caring science*. University Press of Colorado. <https://doi.org/10.5876/9781607327561>

APÊNDICE XIX - Reflexão "O cuidado emocional à criança e família no internamento de pediatria"

**13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Contexto Clínico: Internamento de Pediatria

Reflexão “O Cuidado Emocional à criança e família no
internamento de pediatria”

Francisca Figueiredo Teixeira da Silva Frias
n.º 5702

Docente Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa
fevereiro, 2023

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

HDP - Hospital de Dia Pediátrico

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

Sr.^a Enf.^a – Senhora Enfermeira

TEEP - Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

I) JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

A elaboração desta atividade, inserida no contexto de estágio do serviço de internamento de pediatria, discorre do 6.º Objetivo delineado: **Reconhecer as práticas de gestão emocional à criança e família, prestados no serviço de internamento.** Para além de ser possível observar e reconhecer as práticas de cuidado emocional, prestado pela equipa de enfermagem é também possível constatar a intervenção no âmbito da emocionalidade de diversas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) (Associação Acreditar, a Operação Nariz Vermelho e a Associação Portuguesa de Música nos Hospitais e Instituições de Solidariedade) que se articulam com o hospital, nomeadamente com o Serviço de Internamento de pediatria e o Hospital de Dia Pediátrico (HDP).

No presente trabalho serão abordadas as práticas de enfermagem de cuidado emocional adotadas pela equipa, que se regem pelas linhas orientadoras do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP), bem como as intervenções das entidades suprarreferidas, configurando-se numa abordagem de cuidado humanizado. Após diversos momentos de reflexão individual e em conjunto com a Sr.ª Enf.ª Orientadora, numa partilha de ideias e troca de conhecimento num fluxo bidirecional, resultou a elaboração da presente reflexão escrita.

1. REFLEXÃO

A primeira dimensão do Modelo TEEP – **Promoção de um ambiente seguro e afetivo**, é explanado logo à entrada do Hospital. Este detém na sua entrada um amplo espaço com um jardim e um lago. Patos, peixes, uma tartaruga e galos fazem deste espaço a sua casa, e os patos e os galos passeiam diariamente pelo jardim, próximo das pessoas. Estes pequenos animais são muitas vezes impulsionadores de sorrisos, tanto das crianças como até dos adultos. Os clientes do hospital, muitas vezes aguardam no espaço exterior, sentados nos bancos de jardim, podendo “usufruir da companhia” destes animais e interagindo com os mesmos. As crianças,

com ajuda dos seus pais, alimentam os patos do lago e os galos do jardim, com pedaços de pão e desta interação resultam gargalhadas desmedidas. A presença próxima dos animais, a possibilidade de interação com os mesmos e o espaço exterior de um jardim cuidado, induz a um ambiente familiar, recetivo e acolhedor. Este espaço físico pode configurar-se como um recurso facilitador e promotor de uma emocionalidade positiva, não só em contexto pediátrico, uma vez que se distancia do tradicional e frio ambiente hospitalar.

A infraestrutura do serviço de internamento de pediatria e do HDP são também exemplos representativos de um ambiente significativo, familiar e seguro para a crianças. Ambos os serviços apresentam as paredes pintadas de tons azul, onde se encontram pendurados quadros alusivos ao mundo infantil. O serviço de internamento comporta uma sala de brincadeiras munida de brinquedos e material lúdico, um boneco colorido de grandes dimensões em 3D na entrada do serviço. O HDP, no seu espaço de entrada apresenta também inúmeros brinquedos, sofás e cadeiras coloridas, jogos e ainda mesas onde as crianças desenham. De realçar também, um pavilhão anexo ao HDP, de grande dimensão, apetrechado de brinquedos, material lúdico-didático, computadores, jogos, atelier de artes plásticas, televisões, sofás, etc. destinado às crianças que aguardam tratamentos ou consultas para o HDP, onde se encontram educadoras e voluntárias do hospital. Também o parque infantil próximo do HDP se efetua como um promotor de conforto e aconchego da criança e família, que passam muitas horas neste hospital. Estes elementos, no seu conjunto, permitem à criança e família distanciar-se do tradicional ambiente hospitalar, reconhecendo este espaço como familiar, facilitando a sua adaptação ao internamento e também à doença (Diogo, 2023).

Afunilando para a prática de cuidados de saúde, de notar que a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais do departamento de pediatria utilizam fardas coloridas com bonecos. A utilização deste tipo de fardamento aproxima o profissional da criança, uma vez que se estabelece sintonia com o mundo infantil, sendo ademais promotor de distração e facilitador da construção da relação (Diogo, 2023).

Vê-se assim esplanada a intenção de facilitar a adaptação e integração da criança, no hospital, com o propósito *major* de diminuir a ansiedade e facilitar as intervenções clínicas e de enfermagem, que a doença exige, tocando o cuidado emocional e humanizado. A proximidade, comodidade, segurança e familiaridade que este ambiente, de forma geral, oferece à criança influencia a sua vivência. Este, que antes se poderia caracterizar por ser nascente de ansiedade e stress, reconfigura-se, passando a ser uma fonte de recursos e estratégias de cuidado emocional, que na sua interação, permitem desenvolver mecanismos de enfrentamento (Diogo, 2023; Watson, 2018).

É notório o cuidado dos enfermeiros neste serviço com a criança e família. Ainda que muitas vezes de forma inconsciente, na sua generalidade a equipa adota um tom de voz calmo e apaziguador, quando fala com a criança e por vezes até infantil, baixando-se à sua altura, quando interage com a mesma. É evidente a cautela com as palavras e com os gestos, quando se dirigem à díade; vestidos de sorrisos de compreensão, trazendo nos bolsos abraços duradouros, colos aconchegantes e lágrimas se deixam cair. Nos meandros destas ações, onde carinho e o afeto estão vinculados ao cuidado, o enfermeiro demonstra à criança respeito pelo seu Ser, almejando o seu bem-estar, mitigando o sofrimento, suportado pela prática do amor, da bondade e da gentileza, **nutrindo cuidados com afeto** (Diogo, 2023). Estas interações dotadas de honestidade edificam a construção de uma relação de cuidado, ajuda e confiança (Watson, 2018).

Diariamente o enfermeiro procura brincar com a criança, mobilizando-se para o seu mundo, procurando conhecê-lo. Perguntam o que gostam de ver na televisão, qual a brincadeira favorita, tentando entrar na sua esfera. Muitas vezes, na sala de brincadeira do serviço os enfermeiros brincam com as crianças, promovendo a distração da mesma. Durante os turnos, são diversos os momentos de conversas profundas e sensíveis, umas vezes com a criança, outras tantas vezes com a família. São colo para esta díade, que frequentemente se vê mergulhada na tristeza e angústia. Estas intervenções rumam a uma prática de um cuidado emocional e humanizado, onde **“facilitar a gestão das emoções”** surge como intervenção do enfermeiro, de acordo com o Modelo TEEP, de Diogo (2023).

Por serem longos os internamentos, foi possível constatar **as relações sólidas estabelecidas** entre o enfermeiro-criança e família, suportadas pela confiança, pela disponibilidade e pelo amor na prática de cuidados ao Outro, como ser holístico. As relações neste serviço facilmente se estreitam e fazem aproximar a tríade, onde o enfermeiro se estende como amigo e confidente. Integrar os pais da criança como elementos da equipa de saúde, considerar a sua intervenção e parceria como essencial no processo de cuidados e tomada de decisão, e desenvolver as suas capacidades, permite um encontro subjetivo entre o enfermeiro e família, onde esta se sente reconhecida e considerada no processo de doença da criança. Este envolvimento de cuidados, a proximidade, a afetividade e a reciprocidade, toca o cuidado transpessoal, permitindo a total compreensão do Outro, no intuito de transformar positivamente esta experiência avassaladora, que tanto exige da criança e família, sendo também considerada uma prática de cuidado emocional (Diogo, 2023).

A **regulação da disposição emocional para cuidar**, é constatada no serviço de internamento. Mesmo quando perante uma situação de intensa emocionalidade, como é o cuidado à criança com doença oncológica, é notória a competência emocional da equipa. Entenda-se assim, a capacidade de gerir as suas próprias emoções, perante uma situação de fragilidade, onde muitas vezes se mostram pilar firme e sedimentado, mesmo quando interiormente se sentem afetados com a situação (Goleman, 2012).

Além da seguirem as linhas orientadoras do Modelo TEEP na sua prática, enfermeiros procuram frequentemente a articulação com outros profissionais. A equipa de enfermagem recorrentemente solicita a intervenção da equipa de psicologia, quer para a criança quer para a família com o intuito de ajudar a gerir o processo de internamento, promovendo o seu bem-estar e prevenindo consequências da hospitalização, como exemplo a depressão e a ansiedade para a díade. Esta intervenção reconhece-se como cuidado emocional prestado neste contexto, uma vez que para além de cuidar a dimensão física, o enfermeiro cuida da dimensão emocional.

Além do cuidado emocional praticado pela incrementado pela equipa enfermagem é também possível reconhecer as intervenções de entidades externas que se encontram articuladas com o serviço, que visam a promoção do bem-estar da criança e família, tocando o cuidado emocional. São diversas as IPSS que trabalham em parceria com o Hospital.

A Operação Nariz é parceira de cuidados neste hospital, detendo a sua intervenção por vários serviços. Particularmente no internamento de pediatria e no HDP, a atuação dos “Doutores Palhaços” reflete um cuidado humanizado, procurando cuidar a dimensão emocional não só da criança internada, mas também da sua família e dos profissionais de saúde. Era notório o anseio das crianças que perguntavam frequentemente pela sua vinda e regozijavam aquando da sua chegada.

Através do uso do humor e da brincadeira, os Doutores Palhaços procuram que a criança detenha outra ótica da doença e da hospitalização, suavizando e até transformando os sentimentos de índole negativa a ela associados. O humor pode ser utilizado como recurso terapêutico, uma vez que reduz o medo, alivia o desconforto, promove um ambiente de alegria, auxiliando na expressão de sentimentos e atuando no controlo da dor (José 2012; Pereira, 2020). Considerado como estratégia de comunicação, quando aplicado corretamente, o humor proporciona um clima de leveza e prazer, aliviando a tensão e a preocupação daquele que se encontra doente (Phaneuf, 2005).

Cabe assim ao enfermeiro oportunizar esta estratégias e mobilizar também o humor para a sua prática, sendo assim capaz de induzir emoções positivas no Outro, facilitando assim a sua gestão emocional, promovendo o bem-estar, distração e minimizando o medo e ansiedade (OE, 2013; Diogo, 2015). Esta intervenção é albergada pelo modelo TEEP, uma vez que através do uso do humor, a criança se projeta no ambiente seguro, se sente cuidada e acarinhada e facilita a construção de uma relação (Diogo, 2023). Os enfermeiros descrevem o humor como instrumento terapêutico, permitindo ao cliente a possibilidade de rir num espaço “emocional” (Smith, 2012), considerando-se por isso que o humor e o cuidar estão

intimamente relacionados, sendo considerados uma intervenção autónoma da enfermagem (Pereira, 2020).

Onde o sofrimento impera, os Doutores Palhaços incitam a esperança, aliviam a dor e prescrevem sorrisos. Esta intervenção é vértice do cuidar emocional, que se estende aos pais e aos profissionais. Vários testemunhos relatam a intervenção dos Doutores Palhaços, como *“o ponto alto do dia”, salientando a “onda de positividade, alegria e carinho que os acompanha e atinge não só as crianças, mas todos os que a rodeiam: familiares, médicos, enfermeiros, auxiliares”* (Operação Nariz Vermelho, s.d.). Diante o exposto, é possível constatar que a aplicação do humor, pelos Doutores Palhaços atua como elemento promotor da regulação da disposição emocional do enfermeiro para cuidar (Diogo, 2023).

Também a integração do projeto “Música nos Hospitais” configura-se como uma intervenção de cuidado humanizado, uma vez que a prática com música em contexto de internamento, reabilitação ou prevenção de saúde, permite a indução da sensação de bem-estar, no qual o cliente se pode encontrar como recetivo ou ativo, nesta intervenção (Rocha et al., 2023). A Associação Portuguesa de Música nos Hospitais, através da implementação deste projeto “Música nos Hospitais”, tem como principal objetivo humanizar os espaços dos contextos de saúde, através da música, melhorando a qualidade de vida não só dos clientes, mas também da família e dos profissionais, criando ainda espaços de criatividade e interação, recorrendo à música como elemento mediador das relações, possibilitando o encontro interpessoal e a partilha construtiva das emoções (Associação Portuguesa de Música nos Hospitais e Instituições de Solidariedade, s.d.). A música é reconhecida para a enfermagem como intervenção cognitiva de distração, inserida nas intervenções não farmacológicas de controlo da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2013). A utilização da música e/ou dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), é facilitador e promotor da comunicação, objetivando o alcance das necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas (Federação Mundial de Musicoterapia, 1996). Neste sentido, a música contribui para a humanização do ambiente hospitalar, com especial impacto para as crianças, onde esta se deixa levar, permitindo o encontro de emoções e sentimentos outrora esquecidos,

proporcionando prazer, diminuindo o medo e ansiedade, almejando o cuidar da dimensão emocional do Outro (Silva et al., 2019).

A enfermagem culmina na conexão humana com o Outro, onde o cuidar transpessoal é atingido pela prática de amor, respeito e sua compreensão total (Watson, 2002). Uma vez que a música possibilita um ambiente acolhedor para a criança, configura-se como elemento facilitador da conexão, permitindo a expressão das suas emoções, aliviando o seu sofrimento. Reconhece-se assim a intervenção do projeto “Música nos Hospitais” como prática de cuidado emocional.

Por fim, também a intervenção voluntária do departamento de pediatria, é reflexo de uma prática de cuidado emocional. Estes acompanham a díade ao longo do processo de doença, figurando-se como parceiros de brincadeira, ajudantes nos cuidados, bons ouvintes e confidentes. Através da sua atuação, os voluntários permitem a gestão emocional da díade, sendo frequentemente almofadas de amparo para a mesma.

Em suma, é possível reconhecer as práticas de cuidado emocional retratadas no serviço, oriundas não só da enfermagem, mas também de outros parceiros de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Portuguesa de Música nos Hospitais e Instituições de Solidariedade. (s.d.). *A música nos hospitais*. Consultado a 20 de novembro de 2023. <https://www.musicanoshospitais.pt/msica-nos-hospitais>

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Lusodidacta.

Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. Lisbon International Press.

Goleman, D. (2012). *Trabalhar com inteligência emocional* (5th ed.). Temas e Debates - Círculo de Leitores.

Operação nariz Vermelho. (s.d.). Levamos alegria às crianças hospitalizadas. Consultado a 20 de novembro de 2023. <https://narizvermelho.pt/doutores-palhacos/>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor*. Série I (N.º6).Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologica_scontroloedorcrianca.pdf

Pereira, A. G. F. (2020). *O humor no cuidado de enfermagem à criança e adolescente: intervenção do enfermeiro especialista* [Universidade Católica Portuguesa]. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/33022>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Lusociência.

Silva, F. G. da, Andrade, K. E. A. de, & Barbosa, A. F. de C. (2019). A criança doente e os cuidados da psicologia. *Portal Dos Psicólogos*, 1–16. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1345.pdf>

Smith, P. (2012). *The emotional labour of nursing revisited*. Macmillan Education UK. <https://doi.org/10.1007/978-0-230-35631-3>

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem*. Lusociência.

Watson, J. (2018). *Unitary caring science*. University Press of Colorado. <https://doi.org/10.5876/9781607327561>

APÊNDICE XX - Relatório da Sessão Formativa:
“Intervenção do Enfermeiro no âmbito da Gestão Emocional do Adolescente
com doença oncológica”

**13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Contexto Clínico: Internamento de Pediatria

**Relatório da Sessão Formativa: “Intervenção do
Enfermeiro no âmbito da Gestão Emocional do
Adolescente com doença oncológica”**

**Francisca Figueiredo Teixeira da Silva Frias
n.º 5702**

Docente Orientador: Prof.ª Doutora Paula Diogo

**Lisboa
fevereiro, 2023**

I) JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

No âmbito do contexto de estágio no Internamento de Pediatria, a realização desta **sessão formativa**, visa dar resposta ao **7.º Objetivo delineado: Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do cuidado emocional na prestação de cuidados**. Após discussão e reflexão com a Sr.ª Enf.ª Orientadora e a Enfermeira 2.º Elemento da Equipa de Enfermagem, foi identificada a dificuldade que os enfermeiros do serviço de internamento têm em lidar com adolescentes com doença oncológica, no que respeita à abordagem emocional. Neste seguimento foi realizada uma sessão formativa intitulada de **“Intervenção do Enfermeiro no âmbito da Gestão Emocional do Adolescente com doença oncológica”** que detinha como **objetivo geral**, dar a conhecer à equipa de enfermagem o impacto emocional que a hospitalização e doença oncológica tem no adolescente, sistematizando intervenções eficazes de gestão emocional que podem adotar.

1. PLANEAMENTO DA SESSÃO FORMATIVA

Tema: “Intervenção do Enfermeiro no âmbito da Gestão Emocional do Adolescente com doença oncológica”

Formadora: Francisca Frias, sob a orientação da Sr.ª Enfermeira [REDACTED]

População - Alvo: Equipa de enfermagem do serviço de internamento de pediatria, do Hospital [REDACTED]

Local da sessão: Sala de trabalho de enfermagem (Presencial) e via ZOOM (online)

Data da sessão: 7 de fevereiro de 2023

Horário: 15horas (em contexto de passagem de turno)

Duração da sessão: 15 minutos

Divulgação da sessão: Divulgação interna à equipa de enfermagem nos dias anteriores à sessão, na passagem de turno e envio de mensagem pessoal (via SMS),

por parte da Sr.^a Enf.^a Orientadora à equipa de enfermagem; disponibilização do Link da sessão via email.

Método /Material Pedagógico: Expositivo- participativo, com análise da prática dos cuidados no serviço | Apresentação PowerPoint

Objetivos:

- Dar a conhecer à equipa de enfermagem o impacto emocional que a hospitalização e doença oncológica tem no adolescente;
- Sistematizar intervenções de enfermagem eficazes de gestão emocional;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do cuidado emocional na sua intervenção, promovendo o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica.

Conteúdo Programático:

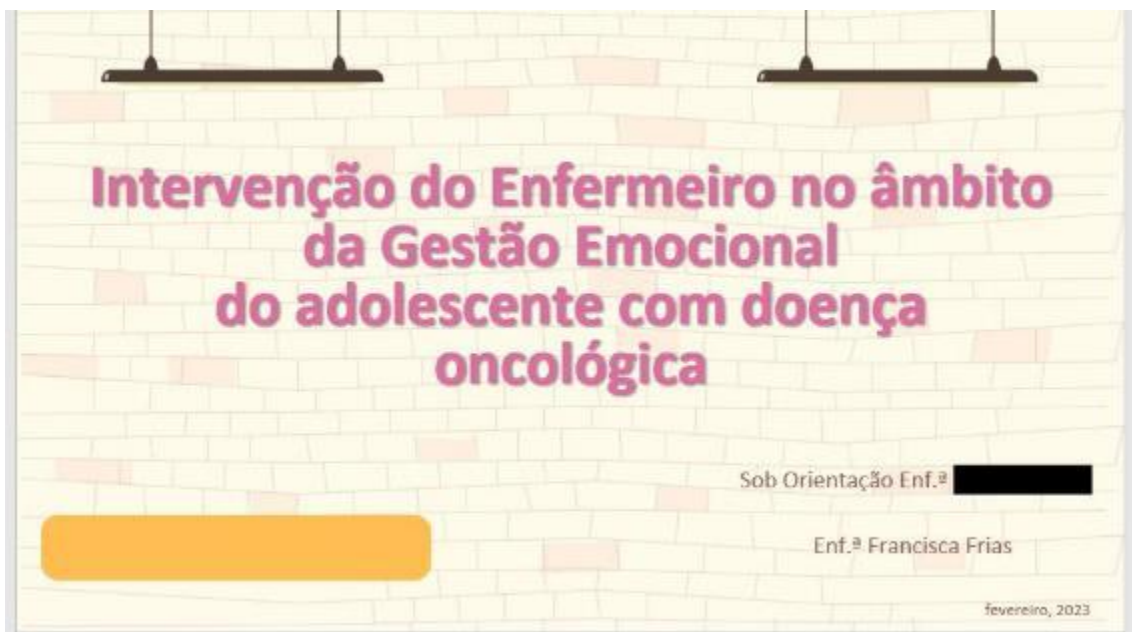
- Doença Crónica Complexa (Conceito, Enquadramento da trajetória);
- Adolescência e Doença Oncológica (Definição Adolescente, Principais Tumores Juvenis)
- Cuidado Emocional e Humanizado (breve abordagem)
- Impacto da hospitalização no adolescente - Experiência Emocional
- Intervenção do Enfermeiro
- Apresentação do Modelo Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica, no contexto de internamento do adolescente com doença oncológica
- Apresentação do “Emocionómetro” à equipa de enfermagem
- Síntese da sessão e espaço para esclarecimento de dúvidas / partilha de experiências.

2. EXECUÇÃO DA SESSÃO

A sessão formativa foi realizada na sala de enfermagem. Os enfermeiros que assistiam presencialmente encontravam-se sentados junto da mesa-redonda, centrada na sala. A Sr.ª Enf.ª Orientadora esteve junto a mim durante a apresentação, assegurando a transmissão da sessão via online, para a restante equipa.

Para apresentação desta sessão foi elaborado um PowerPoint.

2.1 Apresentação Powerpoint



ÍNDICE

1.

Doença Crónica Complexa

2.

Adolescência e Doença Oncológica

3.

Cuidado Humanizado e Sensível

4.

Impacto e Experiência emocional na hospitalização do adolescente com doença oncológica

5.

Intervenções de enfermagem e Modelo TEEP

6.

Conclusão

O QUE É UMA DOENÇA CRÓNICA COMPLEXA (DCC) ?

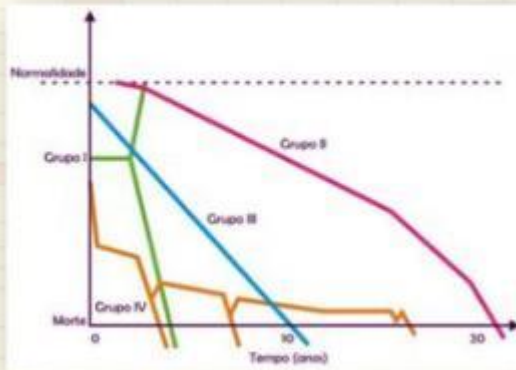


“Qualquer situação médica para que seja razoável esperar uma **duração** de pelo menos **12 meses** (exceto em caso de morte) e que atinja **vários diferentes sistemas** ou **um órgão** de forma suficientemente **grave**, requerendo **cuidados pediátricos especializados** e provavelmente algum período de internamento num **centro médico terciário**”

[Feudtner et al., 2000]



TRAJETÓRIA DAS DCC



GRUPO I - Doenças potencialmente fatais mas curáveis

GRUPO II - Doenças que causam morte prematura mas podem ter sobrevivências longas se tratadas;

GRUPO III - Doenças progressivas sem opções terapêuticas curativas, sendo o tratamento exclusivamente paliativo e podendo estender-se ao longo de vários anos.

GRUPO IV - Doenças irreversíveis não progressivas, que causam incapacidades graves, levando a maior morbidade e probabilidade de morte prematura

ADOLESCÊNCIA E DOENÇA ONCOLÓGICA



A adolescência compreende a faixa etária entre os 10 e os 19 anos. Caracteriza-se por ser um período de mudanças biológicas, cognitivas, psicológicas e sociais.

(OMS, 2018)

Os tumores malignos juvenis, como leucemia, tumores do SNC e linfomas, são a segunda causa de morbidade e mortalidade, nos adolescentes.

(OGS, 2018; INE, 2018)

Os adolescentes podem compreender a morte, nas suas diversas dimensões; contudo, emocionalmente, não consideram a própria morte como possibilidade próxima. Estão no auge da vida, voltados para a construção do mundo

(Dink, Canavira, Sharma, Baker & Johnson, 2019)



Como cuidamos de um adolescente com doença oncológica??



ENFERMEIRO COMO PROFISSIONAL
PRIVILEGIADO, NO ENVOLVIMENTO
COM O JOVEM E FAMÍLIA

Cuidado Emocionalmente Sensível e Humanizado



Sentimentos e as emoções influenciam o Ser Enfermeiro
Conferem sentido ao ato de cuidar em enfermagem



Mais do que cuidar da dimensão física, a enfermagem cuida da dimensão emocional do Outro



O enfermeiro deve reconhecer as emoções e sentimentos experienciados, dirigindo a sua intervenção com o intuito de minimizar o impacto emocional negativo e facilitar a gestão emocional
→ INTERVENÇÕES INTENCIONALIDADE TERAPÉUTICA EM ENFERMAGEM

(Diogo 2006; 2015; Watson 2018)

IMPACTO EMOCIONAL NA HOSPITALIZAÇÃO



Os adolescentes, ainda desprovidos da necessária experiência de vida, dispõem de uma **frágil preparação** para **enfrentar as doenças**, as perdas e os lutos, acabando, assim, por **criar barreiras** a integração situacional de saúde-doença, para se protegerem do sofrimento associado.



(CINTESIS, 2023; Souza et al., 2021)

EXPERIÊNCIA EMOCIONAL NA HOSPITALIZAÇÃO

"Foram muito atenciosas, tentam dar apoio e estar sempre ao nosso lado, para nós nos sentirmos bem, apercebem-se que é dolorosa".

"Ajuda bastante as pessoas não me pressionarem, respeitarem que não queria falar sobre o assunto e não me bombardearem."

"Do que me ajudou mais foram os enfermeiros! Esperava exatamente o que fizeram, o apoio que me deram. Até excederam as expectativas!"

"Posso ficar amiga de alguém enfermeiro ou de um doutor"

(Figueira & Gameiro, 2021)

As vivências relacionais de cuidado significativas surgem na interação dos adolescentes com as diversas pessoas com quem contracenam, acabando por mediar a vivência da doença oncológica.

- Relação com os profissionais de saúde
- Manter relação com os amigos
- Apoio da família



(Figueira & Gamello, 2021)

O adolescente valoriza:



Disponibilidade para dialogar

Humor

Proximidade

Boa disposição

Envolvimento

Encorajamento

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

Encorajar o jovem a falar sobre os seus **sentimentos**, expressando as suas **emoções**;

Escutar ativamente os seus medos;

Explorar os seus desejos, expectativas, tendo alicerçados os seus valores e respeitando as suas crenças individuais, para que possa responder às suas necessidades;

Compreender os sentimentos e **preocupações**;

Envolver/Responsabilizar - ajuda o jovem e promove uma melhor adaptação



(Maurice-Stam, H. et al., (2008); Nave & Moura, (2011); A. F. Lacerda, 2018) (Wolfe et al, 2018) (Regulamento nº 422/2018, 2018)

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

Facilitar o processo de adaptação familiar (Promover a tomada de decisão parental informada e partilhada com o adolescente, promover a esperança através de estabelecimento de objetivos realistas e meta alcançáveis; evitar conspiração do silêncio;)

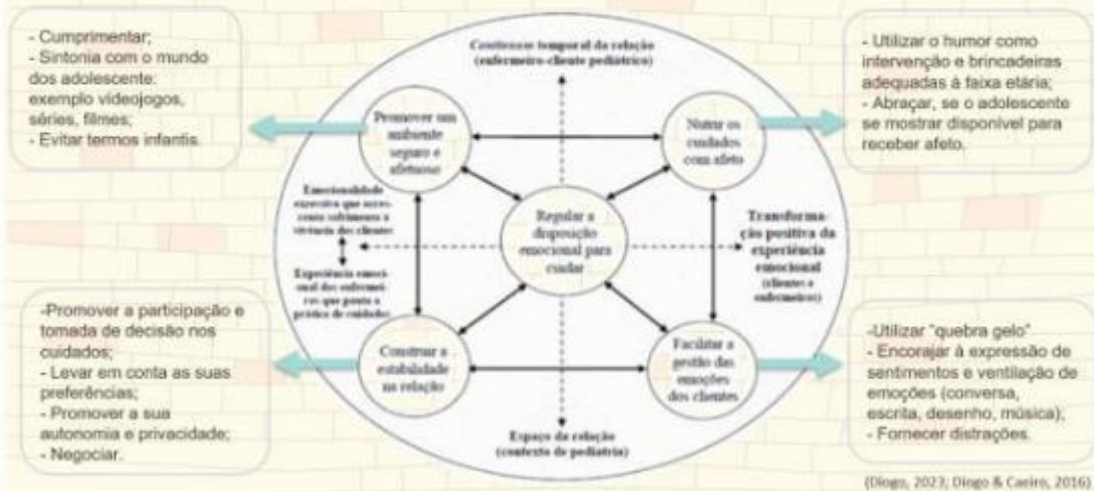
Compreender e responder às necessidades relacionais do adolescente e família (Validação, Segurança, Proteção, Impacto, Afeto)

Criar redes de suporte ao jovem e família (grupos partilhados, contactos com outros jovens e pais, promoção de envolvimento de outros familiares, assim o pretendam)



(Maurice-Stam, H. et al., (2008); Nave & Moura, (2011); A. F. Lacerda, 2018) (Wolfe et al, 2018) (Regulamento nº 422/2018, 2018)

OPERACIONALIZAÇÃO MODELO TEEP: CONTEXTO DE INTERNAMENTO DO ADOLESCENTE COM DOENÇA ONCOLÓGICA



CONCLUSÃO

Os enfermeiros devem encorajar os adolescentes a partilhar emoções e expectativas, com vista a integrar progressivamente e proactivamente a doença

A prestação de um cuidado relacional e sensível, por parte do enfermeiro, complementando com a atenção dos amigos, familiares e pessoas significativas, é benéfico para o adolescente compreender e aceitar a doença

É necessário conhecer e reconhecer a experiência emocional do adolescente com doença oncológica, para que a intervenção de enfermagem seja dirigida de forma individualizada, permitindo uma melhor adaptação do jovem à situação de doença.

GRATA PELA VOSSA ATENÇÃO!

“Só se vê bem com o coração, o essencial é invisível aos olhos.”



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Nave, A. C., & Moura, M. J. (2011). Revista do Grupo de Estudos do Câncer do Pulmão. *Exigências Emocionais No Contexto Dos Cuidados Paliativos – Doente, Família e Profissionais de Saúde*, 19–28.
- Regulamento n.º 422/2018, (2018). Diário da República, 2.ª série — N.º 133 — 12 de julho de 2018.
- Relacionais Significativas Associadas Ao Cuidar Dos Adolescentes Com Doença Oncológica No Pós-Diagnóstico. *Onco.News*, 43, 6–14. <https://doi.org/10.31877/on.2021.43.01>
- Sisk, B. A., Canavera, K., Sharma, A., Baker, J. N., & Johnson, L. M. (2019). Ethical issues in the care of adolescent and young adult oncology patients. *Pediatric Blood & Cancer*, 66(5), e27608. doi.org/10.1002/pbc.27608
- Souza, R. L. A. de, Mutti, C. F., Santos, R. P. Dos, Oliveira, D. C. de, Okido, A. C. C., Jantsch, L. B., & Neves, E. T. (2021). Hospitalization perceived by children and adolescents undergoing cancer treatment. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 42, e20200122. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200122>
- Watson, J. (2018). *Unitary Caring Science: The Philosophy and Praxis of Nursing*. Louisville, Colorado: University Press of Colorado.
- World Health Organization (2018). *Strategic Guidance on Accelerating Actions for Adolescent Health in South-East Asia Region (2018–2022)*. WHO Library Cataloguing-in-Publication data. ISBN: 978-92-9022-647-5. Consultada em maio, 2018, em http://www.searo.who.int/entity/child_adolescent/topics/adolescent_health/978-92-9022-647-5.pdf?ua=1

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Nave, A. C., & Moura, M. I. (2011). Revista do Grupo de Estudos do Câncer do Pulmão. *Exigências Emocionais No Contexto Dos Cuidados Paliativos – Doente, Família e Profissionais de Saúde*, 19–28.
- Regulamento n.º 422/2018, (2018). Diário da República, 2.ª série – N.º 133 – 12 de julho de 2018.
- Relacionais Significativas Associadas Ao Cuidar Dos Adolescentes Com Doença Oncológica No Pós-Diagnóstico. *Onco.News*, 43, 6–14. <https://doi.org/10.31877/on.2021.43.01>
- Sisk, B. A., Canavera, K., Sharma, A., Baker, J. N., & Johnson, L. M. (2019). Ethical issues in the care of adolescent and young adult oncology patients. *Pediatric Blood & Cancer*, 66(5), e27608. doi.org/10.1002/pbc.27608
- Souza, R. L. A. de, Mutti, C. F., Santos, R. P. Dos, Oliveira, D. C. de, Okido, A. C. C., Jantsch, L. B., & Neves, E. T. (2021). Hospitalization perceived by children and adolescents undergoing cancer treatment. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 42, e20200122. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200122>
- Watson, I. (2018). *Unitary Caring Science: The Philosophy and Praxis of Nursing*. Louisville, Colorado: University Press of Colorado.
- World Health Organization (2018). Strategic Guidance on Accelerating Actions for Adolescent Health in South-East Asia Region (2018–2022). WHO Library Cataloguing-in-Publication data. ISBN: 978-92-9022-647-5. Consultada em maio, 2018, em http://www.searo.who.int/entity/child_adolescent/topics/adolescent_health/978-92-9022-647-5.pdf?ua=1

“EMOCIONÓMETRO”

- o Elaborado para pendurar no suporte de soro /cama/ porta de entrada, onde as crianças/jovens ou famílias possam identificar a emoção que sentem durante o dia, sendo que enfermeiro pode intervir ao conhecer a emoção experienciada pelos mesmos.



3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Aquando da realização da sessão formativa, estiveram presentes **18 enfermeiros**, dos quais **11** assistiram à formação **presencial** e **7** enfermeiros via **online**, na plataforma ZOOM, através do link disponibilizado.

Por forma a proceder à avaliação da sessão foram entregues aos profissionais um questionário para preenchimento individual. Este questionário foi previamente inspirado e adaptado de uma grelha de avaliação de sessão, de Fortin (2009) (Figura 1). A avaliação da sessão respeitou a individualidade de cada profissional e o questionário aplicado foi de carácter facultativo.

Apesar da entrega dos 18 questionários de avaliação apenas se obtiverem 4 questionários preenchidos, pelo que se considera esta amostra irrelevante para a avaliação da sessão.

Contudo, foi possível verificar uma adesão de quase metade da equipa de enfermagem presente na sessão, o que demonstra o interesse desta acerca da temática. Em termos gerais, através da leitura das quatro respostas dos questionários e do *feedback* imediato dos participantes, após o término da formação, durante a discussão foi possível perceber que, de modo geral, foram atingidas as expectativas dos enfermeiros no que respeita a apresentação da sessão, quer a nível da pertinência do tema, quer a nível dos recursos utilizados e duração da mesma. Vários elementos da equipa de enfermagem referiram que desconheciam o Modelo TEEP e reconheceram a sua aplicabilidade, ainda que não intencional na sua prestação dos cuidados. De destacar também, que foram tecidos vários comentários acerca do "Emocionómetro". Alguns enfermeiros solicitaram mais esclarecimentos acerca da sua utilização, outros enfermeiros mostraram-se reticentes na sua utilização e aplicabilidade, outros comentaram ainda que poderia ser uma estratégia eficaz a adotar pela equipa.

APRECIÇÃO GLOBAL	DISCORDA TOTALMENTE	DISCORDA	CONCORDA	CONCORDA TOTALMENTE
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Os objetivos da formação foram atingidos.				
3. Para a sua atividade profissional a formação foi útil.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. A teoria foi relacionada com a prática.				
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
10. A duração da formação foi adequada.				
11. O horário da formação foi adequado.				

Figura 1 – Inquérito de Avaliação da Sessão

CONCLUSÃO

Em suma, considero que a realização desta sessão formativa foi enriquecedora para o meu percurso formativo, pois permitiu-me desenvolver competências de comunicação e também aprofundar conhecimentos acerca do cuidado emocional dirigido ao adolescente com doença oncológica, mobilizando diversos conhecimentos já previamente adquiridos.

O desenvolvimento desta atividade, permitiu-me desenvolver competências de enfermeira especialista, promovendo a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica, tal como reiterado no Regulamento n. º140/2019, da Ordem dos Enfermeiros, levando assim a cabo a disseminação de conhecimento que, por conseguinte, permite o avanço e melhoria da prática de enfermagem.