



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Relatório de Estágio

**Cuidados Não Traumáticos à Criança e Família: Intervenção de
Enfermagem baseada no Modelo dos Cuidados Sensíveis ao
Trauma**

Atraumatic Child and Family Care: Nursing Intervention based on the Trauma
Informed Care Model

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

Lisboa
2024



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Relatório de Estágio

**Cuidados Não Traumáticos à Criança e Família: Intervenção de
Enfermagem baseada no Modelo dos Cuidados Sensíveis ao
Trauma**

Atraumatic Child and Family Care: Nursing Intervention based on the Trauma
Informed Care Model

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

Orientadora: Professora Sónia Isabel Pinela Colaço Marques

Lisboa
2024

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

O culminar deste percurso foi possível pelo apoio de vários intervenientes aos quais expresse o meu agradecimento pela colaboração direta ou indireta na concretização de mais um objetivo.

Em primeiro lugar, um agradecimento especial à minha família pelo apoio constante e incondicional, pelo entusiasmo e tolerância durante todo este percurso.

À Professora Sónia Colaço pela partilha de conhecimento, pelo apoio, motivação e disponibilidade demonstrada ao longo desta jornada.

A todos os colegas com quem me cruzei e me acolheram nos campos de estágio pela disponibilidade, partilha de conhecimentos e experiências que enriqueceram esta caminhada.

Aos amigos que acompanharam todo o percurso pelo entusiasmo, apoio e pela presença constante nos momentos mais difíceis.

Às crianças e famílias que tive o privilégio de conhecer e de cuidar.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACEs – *Adverse Childhood Experiences*

APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

AAP – *American Academy of Pediatrics*

CCF – Cuidado Centrado na Família

CNT – Cuidado Não Traumático

CVSIJ – Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

DEF – *Distress, Emotional Support, Family*

DGS – Direção Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EDIN – *Échelle de Douleur et D'inconfort du Nouveau-Né*

IAC – Instituto de Apoio à Criança

IASP – *International Association for the Study of Pain*

ICN – *International Council of Nurses*

IPFCC – *Institute for Patient and Family Centered Care*

NCTSN – *National Child Traumatic Stress Network*

NIPSS – *Neonatal Infant Pain Scale*

OE- Ordem dos Enfermeiros

PNV – Plano Nacional de Vacinação

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-Nascido

SAMHSA – *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

STM – Sistema de Triagem de Manchester

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Ao longo da infância as crianças vivenciam experiências positivas e negativas que influenciam a sua saúde, o crescimento e desenvolvimento. As situações de doença e a hospitalização constituem frequentemente momentos de crise e interrupção com elevada ansiedade e *stress* para a criança e família. A exposição constante a situações geradoras de *stress*, sem que os fatores protetores sejam eficazes para o gerir/suprimir as respostas internas da criança, tem consequências negativas na saúde a longo prazo. Por este motivo, é essencial que o enfermeiro intervenha na prevenção e minimização das experiências traumáticas associadas aos cuidados de enfermagem na criança e família.

O objetivo do presente relatório de estágio foi refletir sobre a experiência e percurso formativo em estágio que visou o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, ancorado na temática: cuidados não traumáticos na prevenção do *stress* e trauma associados aos cuidados de enfermagem.

Este percurso baseou-se numa metodologia de projeto e reflexiva, essencial para a transformação do conhecimento alicerçado em conceções teóricas norteadoras, como o modelo dos sistemas de Betty Neuman e o modelo dos cuidados sensíveis ao trauma. Para o mesmo concorreram as filosofias de cuidados em enfermagem pediátrica, os cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos, assim como os regulamentos e os guias orientadores da profissão.

As experiências vivenciadas nos diferentes contextos e as suas especificidades contribuíram para a construção de uma visão mais ampla da intervenção diferenciada do enfermeiro na prevenção e minimização do *stress* e trauma associados aos cuidados de enfermagem à criança e família.

Basear a intervenção de enfermagem no modelo dos cuidados sensíveis ao trauma permite atuar de forma preventiva na minimização das situações potencialmente traumáticas reduzindo o *stress*, a ansiedade e a dor associados aos cuidados de enfermagem.

As intervenções autónomas de enfermagem neste âmbito passam pela gestão diferenciada da dor, comunicação adequada à idade e compreensão da criança e família, identificação de sinais e comportamentos de *stress*, escuta ativa dos medos, dúvidas e preocupações, assim como a inclusão da família ao longo dos cuidados, contribuindo para uma prestação de cuidados.

Por reconhecer que existe alguma dificuldade em operacionalizar e integrar estes conceitos na prática de cuidados no espaço e tempo desejáveis, pretendo continuar a adquirir e desenvolver conhecimentos na área dos cuidados sensíveis ao trauma, assim como a desenvolver práticas sustentadas nestes princípios melhorando a sua implementação nos cuidados de enfermagem.

Palavras chave: Cuidados de Enfermagem, Pediatria, *Trauma Informed Care*, Meio Ambiente, Estresse Fisiológico.

ABSTRACT

Children are subject to positive and negative experiences which influence their health, growth and development. Illness and hospitalisation are often high anxiety and stress moments of crisis and disruption for the child and family. Constant exposure to stress-generating situations, without effective protective factors to manage/suppress the child's internal responses, has negative health outcomes. Therefore, nursing intervention should be aimed to prevent and minimise traumatic experiences associated with nursing care for children and families.

Reflecting on the experiences and training that took place during the internship was the purpose of this report, aiming to develop the skills of a nurse specialist in child and paediatric health nursing. The main subject being atraumatic care in prevention of stress and trauma associated with nursing care.

The educational path was based on a project methodology and reflection, essential for the transformation of knowledge anchored on guiding theoretical concepts, such as Betty Neuman's systems model and the trauma informed care model. Paediatric nursing care philosophies, family-centred and atraumatic care, as well as the regulations and guidelines of the profession were also considered.

Experiences in different contexts and their specificities have contributed to building a broader vision of the differentiated intervention of specialists nurses in preventing and minimising stress and trauma associated with nursing care for children and families.

Trauma informed care nursing intervention allows prevention in minimising potentially traumatic situations by reducing the stress, anxiety and pain associated with nursing care.

Autonomous nursing interventions in this area include differentiated pain management, age-appropriate communication and understanding of the child and family, identification of signs and behaviours of stress, active listening to fears, doubts and concerns, as well as the inclusion of the family throughout care, contributing to the provision of care.

Difficulties in operationalising and integrating these concepts into care practice in the desired space and time was recognised. Therefore, I intend to continue acquiring and developing knowledge in trauma informed care in nursing, as well as practices development based on these principles, improving their implementation in nursing care.

Keywords: Nursing Care, Pediatrics, Trauma Informed Care, Environment, Stress.

ÍNDICE

Introdução	11
1. Problemática de Enfermagem	13
2. Enquadramento Teórico-Conceptual	17
2.1. Dos referenciais de cuidados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica ao modelo dos sistemas de Betty Neuman	17
2.2. Prevenção do <i>stress</i> e trauma nos cuidados de enfermagem à criança e família	22
3. Metodologia	28
4. Descrição e Análise das Atividades de Estágio: dos Objetivos ao Desenvolvimento de Competências	32
4.1. Atividades desenvolvidas na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família	32
4.2. Atividades desenvolvidas na minimização do impacto dos stressors associados aos cuidados de enfermagem na criança e família	48
4.3. Outras Atividades científicas	57
5. Síntese das Competências Desenvolvidas: Contributo das Experiências de Estágio	60
Considerações Finais	66
Referências Bibliográficas.....	68

APÊNDICES

Apêndice I – Mapa Conceptual

Apêndice II – Cronograma de Estágio

Apêndice III – Guia Orientador das Atividades de Estágio

Apêndice IV – Descrição dos locais de estágio

Apêndice V – Jornal de Aprendizagem “Intervenção de Enfermagem na Criança com condição crônica”

Apêndice VI – Reflexão “Desafios em Urgência Pediátrica”

Apêndice VII – Reflexão e Sessão “Os Pais também Cuidam em Neonatologia”

Apêndice VIII – Estudo de Caso “Cuidar da Criança com Doença Inflamatória Intestinal”

Apêndice IX – Revisão da Literatura “Obstipação Crônica Funcional na Criança e Jovem”

Apêndice X – Reflexão “Comunicação com a criança em idade pré-escolar”

Apêndice XI – Reflexão “Criança com Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção e sua Família”

Apêndice XII – Revisão da Literatura “Intervenções Não Farmacológicas para o alívio da Dor associada à Vacinação”

Apêndice XIII – Sessão de Formação “Prevenção do Trauma Associado aos Cuidados de Enfermagem: *Trauma Informed Care*”

Apêndice XIV – Reflexão “Cuidados Sensíveis ao Trauma em Urgência Pediátrica”

Apêndice XV – Poster “Cuidados Sensíveis ao Trauma: Intervenção de Enfermagem em Neonatologia”

ANEXOS

Anexo I – Certificado de Presença no Encontro Parceiros nos Cuidados

Anexo II – Certificado de Participação no Pólo de Estudantes da Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano

Anexo III – Certificado de Participação na Comissão Organizadora do Evento Científico Internacional Encontro com Dr.^a Jean Watson

Anexo IV – Certificado de Apresentação de Poster “Cuidados Sensíveis ao Trauma: Intervenção de Enfermagem em Neonatologia”

Anexo V – Certificado de Presença na Reunião Científica “Stress Pós-traumático: a parentalidade após a neonatologia”

Anexo VI – Certificado de Presença na Reunião Científica “Cuidados em Fim de Vida: Os desafios em Neonatologia”

Anexo VII – Certificado de Presença na Reunião Científica “A transição da Neonatologia para o domicílio: que capacitação parental?”

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O documento tem como finalidade espelhar o percurso formativo desenvolvido ao longo do estágio em cinco contextos de prestação de cuidados de saúde infantil e pediátrica, que conduziu ao desenvolvimento de competências compatíveis com o grau de Mestre em Enfermagem, Enfermeiro Especialista (EE) e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Assim, constitui-se como resultado da aprendizagem experiencial e prática reflexiva decorrente das experiências vivenciadas em estágio para o desenvolvimento de “competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família em diferentes contextos clínicos” (ESEL, 2023, pág. 3).

A problemática em estudo surge de uma necessidade identificada na prática e que se encontra relacionada com o planeamento de intervenções diferenciadas para prevenir e minimizar o *stress* e o trauma associados aos cuidados de enfermagem na criança e família. Ao considerar que é uma problemática transversal a todos os contextos da prática de cuidados, enquadra-se no âmbito de intervenção no EEESIP, por ser sua competência detetar precocemente e intervir nas situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e família (Regulamento n.º 422/2018).

O ambiente onde a criança se insere inclui estímulos positivos (fatores protetores) e negativos (*stressors*) que influenciam a sua saúde, o crescimento e desenvolvimento. Identificar estes estímulos negativos e compreender de que forma afetam a criança torna-se fundamental para que o enfermeiro os possa prevenir e minimizar. Esta interação entre a criança e o ambiente é apresentada por Betty Neuman (2011) no modelo dos sistemas, subjacente à conceção teórica dominante mobilizada no presente relatório. O modelo dos cuidados sensíveis ao trauma (Dowdell & Speck, 2022; Forkey, et al., 2021; Goddard, Janick & Etcher, 2022) está igualmente presente, uma vez que fornece orientações conceptuais e práticas que permitem orientar as intervenções de enfermagem relacionadas com a prevenção do *stress* e trauma associados aos cuidados de enfermagem.

Em Pediatria, a prevenção e minimização das experiências traumáticas ganha especial relevância pela vulnerabilidade acrescida das crianças e também por ser a fase do desenvolvimento mais crítica para o estabelecimento de bases para uma boa saúde, mas muito sensível a traumas e ruturas (OE, 2010). Assim, é fundamental consciencializar os enfermeiros para a identificação do *stress* e trauma nas crianças e famílias e compreender a sua influência nos cuidados de enfermagem. Promover uma experiência positiva, evitando uma nova traumatização, pode influenciar positivamente o contacto futuro com os cuidados de enfermagem, a saúde, crescimento e desenvolvimento da criança.

O presente relatório insere-se no paradigma de enfermagem da transformação, uma vez que a prevenção do *stress* e trauma, enquanto intervenção de enfermagem, permite modificar e transformar positivamente as experiências da criança e família. Neste paradigma, estes tornam-se agentes e parceiros ativos nas decisões e cuidados que lhe dizem respeito, sendo considerados seres únicos e inteiros, indissociáveis do universo e, dessa forma, em interação constante com o ambiente que os rodeia (Kérouac, et al., 2002).

A metodologia que esteve na base do percurso formativo assenta na metodologia de projeto e reflexão sobre a prática, com Kolb (1984) a defender que o conhecimento é construído através da transformação da experiência, encontrando-se em constante evolução. O percurso formativo iniciou-se com a identificação da problemática e elaboração de um projeto de estágio no qual se delineou esse mesmo percurso.

Relativamente à estrutura, o relatório inicia-se com a introdução, seguindo-se o primeiro capítulo com a problemática de enfermagem. O segundo capítulo consiste no enquadramento teórico-conceitual, composto por dois subcapítulos: um primeiro dedicado aos referenciais de cuidados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e o modelo de Betty Neuman, e um segundo vocacionado para a prevenção do *stress* e trauma nos cuidados de enfermagem à criança e família. O terceiro capítulo prende-se com a metodologia, seguindo-se o quarto capítulo referente à descrição do percurso formativo e aquisição de competências de EEESIP, que se divide em dois subcapítulos referentes às atividades que concorreram para o desenvolvimento dos objetivos específicos. O quinto capítulo reflete o contributo das experiências de estágio para o desenvolvimento de competências de EE, de EEESIP e de mestre. Por último, o sexto capítulo referente às considerações finais engloba o balanço deste percurso formativo e elenca os projetos futuros. As referências bibliográficas tiveram por base as normas *American Psychological Association 7th edition* e as indicações da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa para a elaboração de trabalhos científicos.

1. PROBLEMÁTICA DE ENFERMAGEM

A identificação de uma problemática de enfermagem foi o primeiro passo para a construção do projeto de estágio, bem como para a elaboração do presente relatório.

A problemática identificada surgiu no âmbito da prática de cuidados, consubstanciando-se no reconhecimento de um conjunto de situações que necessitam de ser alteradas ou sobre as quais se deve intervir para a sua resolução. Desta forma, refleti e questionei-me sobre a exposição da criança e família ao *stress* e situações potencialmente traumáticas que resultam da prestação de cuidados de enfermagem e intervenções para minimizar o seu impacto.

Segundo Benner (2001), a experiência profissional é reconhecida como uma fonte de conhecimento necessária à perícia, na qual a teoria deve sempre depender da prática, permitindo desenvolver o conhecimento. Desta forma, ao exercer funções numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), na qual cuido de recém-nascidos prematuros e gravemente doentes e suas famílias, reflito sobre o impacto que a minha intervenção tem no seu futuro. A exposição constante desta população a um conjunto de fatores de *stress* associados aos cuidados de enfermagem e a experiências potencialmente traumáticas, despertou-me o interesse sobre o impacto que estas podem ter na sua saúde, crescimento e desenvolvimento. Do mesmo modo, reflito sobre a intervenção dos enfermeiros para a minimização do impacto destes *stressors* e prevenção de experiências traumáticas associadas aos cuidados de enfermagem na população pediátrica.

Enquanto sistema aberto, a criança interage com diferentes ambientes, mais ou menos próximos de si, com diferentes *stressors* e fatores protetores, dependendo da proximidade entre o ambiente e a criança (Bronfenbrenner, 1979). O impacto das disrupções parece ser superior nas experiências que ocorrem no ambiente com o qual a criança contacta diretamente, uma vez que existem menos mediadores e fatores protetores (Bronfenbrenner, 1979; Fox, 2024). No entanto, o impacto para a criança varia e depende de inúmeros fatores. As disrupções podem resultar em trauma, se não forem geridas e mediadas adequadamente, ou em resiliência, se a criança se sentir segura e apoiada, o que facilita a gestão do *stress* e o desenvolvimento de estratégias de *coping* (Garner & Yogman, 2021).

As situações de doença, com a consequente experiência de hospitalização, podem ser consideradas acontecimentos geradores de crise e disrupção, momentos de elevado *stress* e

ansiedade (Diogo et al., 2016; Forkey, et al., 2021; National Child Traumatic Stress Network [NCTSN], 2014), durante o qual a criança pode experienciar sentimentos, emoções e comportamentos desagradáveis. A ansiedade de separação, perda de controlo, medo da lesão corporal, da intrusão, da dor e da morte, que agrava com a possibilidade da realização de procedimentos invasivos e dolorosos, são os principais *stressors* associados aos cuidados de saúde, podendo ser experienciados também pelos pais e irmãos das crianças (Forkey, et al., 2021; Fox, 2024; NCTSN, 2014).

O impacto das experiências negativas e traumáticas na infância é reconhecido e parece estar relacionado com resultados em saúde negativos na adolescência e vida adulta (Felliti et al., 1998; Flaherty et al., 2009). A libertação excessiva e contínua de cortisol, epinefrina e norepinefrina nas situações de *stress* resulta em alterações a nível emocional e cognitivo, nas funções executiva, afetiva e somatossensorial, atenção e memória, podendo também resultar em alterações genéticas, que influenciam fortemente a ocorrência de doenças crónicas não transmissíveis e do foro psiquiátrico (Flaherty et al., 2019; Giotakos, 2020; Koball et al., 2021; Linnard-Palmer, 2019).

As consequências do *stress* associado aos cuidados de saúde podem estender-se a toda a família, com NCTSN (2023a) a referir que cerca de 80% das crianças e famílias exposta a uma doença, lesão ou procedimento médico doloroso experienciaram alguma reação traumática ao *stress*. Acrescenta ainda que entre 20-30% dos pais e 15-25% das crianças e dos seus irmãos sofrem reações traumáticas persistentes ao *stress*, com impacto negativo na adesão ao tratamento e recuperação (NCTSN, 2023a). Assim, torna-se essencial prevenir e minimizar a ocorrência e o impacto de situações potencialmente traumáticas associadas aos cuidados de enfermagem.

A enfermagem surge como um dos domínios fundamentais para a introdução de uma abordagem sensível ao trauma, uma vez que os enfermeiros podem ter inúmeras oportunidades para influenciar a experiência dos indivíduos ao longo da prestação de cuidados. A posição primordial que ocupam no contacto com as crianças e famílias e a visão holística das suas necessidades individuais, permitem-lhes desempenhar um papel integral no avanço dos cuidados sensíveis ao trauma em enfermagem (Stokes, et al., 2017).

A intervenção de enfermagem deve sustentar-se em bases teóricas, tendo o percurso formativo sido norteado pelo Modelo dos Sistemas de Betty Neuman (Neuman, 2011). Segundo o modelo, a pessoa é composta por cinco variáveis (fisiológica, espiritual, psicológica, sociocultural e de desenvolvimento) que se encontram em homeostasia, resultando no

equilíbrio do sistema indivíduo e, assim, na saúde. No entanto, existem forças neutras, denominadas *stressors*, que atuam sobre este sistema, podendo causar instabilidade. A percepção da pessoa sobre o impacto dos mesmos torna-os positivos ou negativos (Neuman, 2011).

Neste campo, o enfermeiro tem oportunidade de, em parceria com a criança e família, identificar os *stressors* e desenvolver estratégias que permitam minimizar o seu impacto no sistema da criança.

Para tal, alicerça os cuidados de enfermagem em pediatria em duas filosofias: os cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos. Ambos preconizam que a família seja incluída nos cuidados à criança e que o desconforto físico e psicológico de ambos seja minimizado ou eliminado através de intervenções terapêuticas individualizadas (Institute for Patient and Family Centered Care [IPFCC], 2021), com vista ao crescimento e desenvolvimento saudáveis e positivos da criança. O modelo dos cuidados sensíveis ao trauma, enquanto abordagem multidisciplinar para minimizar o *stress* e trauma associado aos cuidados de saúde, encontra vários pontos em comum com as filosofias referidas. Este modelo propõe a integração de práticas, atitudes e intervenções específicas para o reconhecimento e diminuição do impacto do *stress* e trauma associado aos cuidados de saúde, prevenindo uma nova traumatização (NCTSN, 2014; Dowdell & Speck, 2022; Goddard, Janick & Etcher, 2022; Guest et al., 2021). Desta forma, requer uma abordagem conjunta e individualizada, centrada na criança e família, com reconhecimento das suas experiências anteriores, das respostas e estratégias de *coping* ao *stress* e trauma, assim como o apoio familiar e recursos disponíveis (Forkey et al., 2021; Guest, 2021).

Nesta linha, a NCTSN (2014) desenvolveu um protocolo de atuação para uma abordagem prática e sistemática dos cuidados sensíveis ao trauma, o protocolo DEF (*Distress, Emotional Support, Family*), com enfoque em três dimensões: reduzir o *Distress* (D), promover o suporte Emocional (E) e lembrar as necessidades da Família (F). Na sua base encontram-se os quatro princípios dos cuidados sensíveis ao trauma: *realise, recognize, respond* e *resist retraumatization* (SAMHSA, 2014; Hornor et al., 2019; Goddard, 2021). Os enfermeiros devem estar atentos, saber reconhecer e enquadrar as respostas e comportamentos das crianças e famílias como possivelmente resultantes de uma experiência traumática, devendo intervir de forma adequada às situações ao mesmo tempo que tomam consciência do poder que a sua intervenção tem na experiência da criança, nos contatos futuros com os cuidados de saúde e

na sua capacidade de autorregulação e resiliência (Garner & Yogman, 2021; Giotakos, 2020; Grossman et al., 2021; Koball et al., 2021).

Detetar precocemente e intervir nas situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e família (Regulamento n.º 422/2018) é competência do EEESIP, com a prevenção do *stress* e trauma associado aos cuidados de enfermagem a integrar o seu âmbito de intervenção.

Para que isto seja possível, considera-se essencial a formação dos profissionais nos cuidados sensíveis ao trauma e a uniformização das práticas segundo esta filosofia nas instituições, construindo-se uma cultura organizacional sensível ao trauma (Dowdell & Speck, 2022; Grossman et al., 2021; Hoysted et al., 2017; Stokes et al., 2017).

Terminada a justificação da problemática, o próximo capítulo abrange o enquadramento teórico-conceitual, no qual se abordam as filosofias de cuidados, o modelo teórico de enfermagem, os regulamentos e os guias orientadores, que constituem uma base estrutural para a prática de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, fundamental para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional do enfermeiro (OE, 2010) e à prevenção do *stress* e trauma associado aos cuidados de enfermagem.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

O presente capítulo visa contextualizar a temática em estudo e encontra-se dividido em dois subcapítulos. O primeiro inclui os modelos e referenciais teóricos que enquadram os cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O segundo aborda os conceitos relacionados com o *stress* e trauma nesta população, assim como a intervenção de enfermagem à criança e família com base no modelo dos sistemas de Betty Neuman, complementado pelo modelo dos cuidados sensíveis ao trauma, tendo como foco a prevenção e minimização de experiências potencialmente traumáticas associadas aos cuidados de enfermagem.

O enquadramento teórico-conceptual encontra-se esquematizado no mapa conceptual desenvolvido ao longo de todo o percurso formativo (Apêndice I).

2.1. Dos referenciais de cuidados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica ao modelo dos sistemas de Betty Neuman

A disciplina de Enfermagem tem vindo a desenvolver-se, passando por diferentes conceções e paradigmas. Inicialmente baseava-se no paradigma da categorização, em que imperava o modelo biomédico, passando pelo paradigma da integração, onde se verificava uma diferenciação entre a medicina e os cuidados de enfermagem com orientação para a pessoa, atualmente a Enfermagem encontra-se inserida no paradigma da transformação (Ribeiro et al., 2018). Este surge num contexto em que se reconhece na pessoa a capacidade e a possibilidade de esta ser um agente e parceiro ativo nas decisões e cuidados que lhe dizem respeito, decisão que era anteriormente da responsabilidade dos profissionais de saúde (Kérouac, et al., 2002; Ribeiro et al., 2018). A pessoa é considerada um ser único e inteiro, composto por várias dimensões, indissociável do seu universo, sendo a saúde concebida como uma experiência que engloba a pessoa e o seu ambiente, focada na promoção da saúde e bem-estar (Kérouac, et al., 2002).

Neste contexto, o *International Council of Nurses* (ICN, 2023) considera que a enfermagem engloba os cuidados autónomos e interdependentes a pessoas de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, doentes ou saudáveis, em todos os contextos e ambientes. Os cuidados de enfermagem incluem intervenções no âmbito da promoção da

saúde, prevenção da doença e complicações, advocacia, promoção de um ambiente seguro, investigação e educação, e participação na definição das políticas de saúde e gestão de sistemas de saúde (ICN, 2023; Regulamento n.º 613/2022).

Esta definição resulta de um acumular de conhecimentos e conceções teóricas que foram sucessivamente desenvolvidas por várias teóricas de Enfermagem. Destaca-se Fawcett (1984) que identificou e definiu os conceitos centrais para a disciplina de enfermagem: pessoa, saúde, ambiente e enfermagem, formalizando-os como metaparadigmas de enfermagem. Estes foram sendo enquadrados nas diferentes teorias e modelos de Enfermagem que se seguiram, assim como nos diferentes contextos de prestação de cuidados.

Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a definição de pessoa adquire especial relevância, pois diz respeito ao binómio criança-família. Considera-se criança “toda a pessoa com menos de 18 anos, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos, e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso” (OE, 2017, pp.12). Nesta lógica, a criança encontra-se dependente dos cuidados da família para suprimir as suas necessidades, com vista a um crescimento e desenvolvimento saudáveis que lhe permitam tornar-se um adulto independente e socialmente produtivo. Por este motivo, a família também deve ser integrada nos cuidados de saúde prestados à criança, visando a parceria e o *empowerment* no processo de tomada de decisão.

Com o ambiente onde a criança se insere a adquirir especial relevância para o seu crescimento e desenvolvimento, torna-se fundamental definir este conceito. Assim, o ambiente diz respeito ao contexto no qual a criança e família vivem e se desenvolvem, comportando uma infinidade de estímulos (humanos, físicos, políticos, culturais e organizacionais), fatores protetores e *stressores*, que se adequados e geridos positivamente, são promotores da saúde e resiliência, desenvolvimento saudável e independência (OE, 2017).

Neste âmbito, o principal objetivo dos cuidados de enfermagem pediátrica a prender-se com a obtenção ou manutenção da estabilidade do sistema da criança, maximizando a sua saúde e bem-estar, torna-se fundamental minimizar ou eliminar os fatores de *stress* a que se encontra exposta. O Modelo dos Sistemas de Betty Neuman (Neuman, 2011) representa o cuidado de enfermagem integral e sistematizado, promovendo uma abordagem holística da criança e família, impedindo a fragmentação dos cuidados.

Para Neuman (2011), o ambiente abrange todos os fatores internos e externos e/ou influências que envolvem a pessoa. O ambiente interno é composto por todas as forças e fatores internos da pessoa que interagem com os *stressors* intrapessoais (Neuman, 2011). O

ambiente externo que inclui as forças e fatores externos que interagem com os *stressors* inter e extrapessoais (Neuman, 2011). O ambiente criado que é dinâmico e representa a mobilização inconsciente de todas as variáveis do sistema, incluindo os fatores energéticos da estrutura básica (*core*), para a integração, estabilidade e integridade do sistema (Verberk & Fawcett, 2017). Este último remete para o desenvolvimento de estratégias de *coping*, com os enfermeiros a ajudar na construção eficaz das mesmas, através da empatia, sensibilidade cultural, interpretação do comportamento do sistema do indivíduo e *feedback* (Verberk & Fawcett, 2017).

Os *stressors* são definidos como estímulos que atuam sobre o sistema do indivíduo, produtores de tensão com potencial para causar instabilidade no sistema, e que estão presentes no ambiente interno e/ou externo do indivíduo, sendo classificados como intrapessoais, interpessoais e extrapessoais (Neuman, 2011). Numa fase inicial são considerados neutros, mas dependendo da perceção e da habilidade do indivíduo para gerir o seu efeito, podem ter como resultado um efeito negativo ou positivo. Se este for percecionado como negativo designa-se *stress*, se for positivo designa-se *eustress* (Neuman, 2011).

Para Neuman (2011), garantir a homeostasia do sistema interno da criança (*core*) requer que o enfermeiro considere o impacto do ambiente externo (que inclui fatores de *stress*) nas linhas de defesa e resistência da criança, sendo estas compostas por fatores protetores, que atuam como barreiras aos *stressors*. Estas linhas de defesa são flexíveis e dependem da idade, nível de desenvolvimento e compreensão da criança, da sua condição psicológica, capacidades cognitivas e influências socioculturais e espirituais, desenvolvendo-se ao longo do tempo, com base nas experiências passadas, fatores protetores e mecanismos de *coping*. Por dependerem destas características, podem não ser suficientes para conferir proteção dos *stressors*, verificando-se a ativação dos mecanismos internos de resposta ao *stress*, com consequente ativação das linhas de resistência para a sua minimização (McDowell, 2011; Neuman, 2011).

Neste âmbito, a saúde é considerada um contínuo com um fluxo de energia constante entre o sistema do indivíduo e o ambiente (Kérouac, et al., 2002; Neuman, 2011). A variação entre a saúde e a doença/instabilidade do sistema resulta da invasão da linha de defesa pelos *stressors* presentes no ambiente, e para os quais a criança não tem capacidade de resposta adequada (Neuman, 2011). Numa visão mais lata, a saúde da criança pode também ser definida como um estado subjetivo, um processo dinâmico e contínuo, variável no tempo, que traduz o seu crescimento e desenvolvimento e a sua adaptação às transições, através da otimização

do seu bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual, o que lhe permite alcançar o seu potencial máximo, em associação com a sua família (OE, 2017).

Adicionalmente, a Teoria Ecológica de Bronfenbrenner (1979) parece complementar a ideia de que a criança e família estão em constante interação com o ambiente que as rodeia (ambiente ecológico) e que disrupções nos diferentes sistemas desse ambiente podem influenciar o seu crescimento e desenvolvimento. O autor identifica cinco sistemas no ambiente da criança e com os quais a mesma estabelece diferentes interações: microssistema, mesosistema, exosistema, macrosistema e cronosistema (Ford, et al., 2018), salvaguardando que o desenvolvimento humano implica a aquisição de uma conceção alargada e diferenciada do ambiente ecológico, com a criança a adquirir competências para se envolver e interagir de forma progressivamente mais complexa com o ambiente (Bronfenbrenner, 1979; Ford, et al., 2018).

Ao estar no centro da intervenção de enfermagem, a criança deve ser contemplada como um ser de direitos, com voz e vontade própria, e como um elemento ativo no envolvimento e participação nos cuidados que lhe dizem respeito, de acordo com a sua idade, estágio de desenvolvimento, nível de compreensão e vontade (Coyne et al., 2018; Ford et al., 2018). A criança torna-se o centro de processos interrelacionais, sendo-lhe reconhecido o direito à liberdade de expressão e autodeterminação, direito à saúde e educação, com respeito pela opinião, consentimento e participação ativa no seu projeto de saúde (Comité Português para a UNICEF, 2019; Instituto de Apoio à Criança [IAC], 1998, 2021; OE, 2010, 2017).

A Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 1998) e a Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários (IAC, 2021) foram desenvolvidas no sentido de reforçar os direitos das crianças acima descritos. De acordo com a primeira a admissão no hospital apenas deve ocorrer quando os cuidados não podem ser prestados noutros contextos, sendo a presença e participação dos pais incentivada durante as 24h, e a informação fornecida adequada à idade e compreensão dos pais e crianças. A hospitalização deve ocorrer em serviços pediátricos, com ambiente adequado às necessidades físicas, afetivas e educativas, com proteção e respeito pela intimidade da criança, minimizando as agressões físicas ou emocionais e a dor. A segunda acrescenta que a criança deve ser tratada de forma holística e igual sem preconceitos nem juízos de valor, devendo os profissionais deter formação específica em pediatria e respeitar a opinião da criança, num espaço adequado às suas necessidades.

Nesta conceção, os cuidados de Enfermagem implicam uma comunicação efetiva com as crianças e famílias e intervenções ao nível do envolvimento, participação e parceria,

capacitação e negociação dos cuidados (OE, 2017). O objetivo passa por promover as competências da criança, maximizar e potenciar a sua saúde, o crescimento e desenvolvimento através dos cuidados antecipatórios, promoção da vinculação, autoestima e autodeterminação do jovem relativamente ao seu projeto de saúde, reconhecendo e valorizando as forças e competências da família (OE, 2017).

Para tal, o referencial teórico de enfermagem é suportado pelas filosofias de cuidados em Enfermagem Pediátrica, pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2017) e pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018).

Os cuidados centrados na família constituem uma abordagem que envolve o planeamento, desenvolvimento e a avaliação dos cuidados de saúde, abrangendo parcerias mutuamente benéficas para os profissionais de saúde, as crianças e as famílias, e redefinindo as suas relações (IPFCC, 2021). O enfermeiro reconhece a importância da homeostasia do sistema criança-família e o papel que as famílias desempenham para assegurar a saúde e bem-estar dos RN, crianças e jovens, incluindo o suporte emocional, social e para o desenvolvimento como componentes integrais dos cuidados de saúde (Coyne et al., 2018). Os conceitos de capacitação e *empowerment* são centrais, pois é através destes que se desenvolvem as intervenções para o envolvimento, participação, parceria e negociação dos cuidados, com foco na prestação de cuidados individualizados, holísticos e culturalmente competentes (Coyne et al., 2018; Hockenberry, 2024; OE, 2017).

Os cuidados não traumáticos são considerados cuidados terapêuticos, realizados por profissionais, através de intervenções que têm como objetivo eliminar e minimizar o desconforto físico e psicológico experienciado pela criança e família no contacto com os cuidados de saúde (Hockenberry, 2024). Tem como base prevenir e minimizar a separação da criança da sua família, promovendo a sua presença e envolvimento ao longo de toda a hospitalização, promover uma sensação de controlo, através da parceria e negociação dos cuidados e tomada de decisão, assim como prevenir e minimizar a lesão corporal e a dor associada aos procedimentos dolorosos e invasivos, com recurso à gestão diferenciada da dor (Hockenberry, 2024). Em linha com a filosofia anterior, o enfermeiro reconhece a necessidade de prevenir o *stress*, ansiedade e dor experienciados pela criança, envolvendo-a e à sua família nos cuidados, promovendo o seu controlo sob a situação.

O modelo dos cuidados sensíveis ao trauma visa a prevenção e minimização do *stress* e trauma associado aos cuidados de saúde, através de intervenções individualizadas com base nas experiências anteriores e necessidades da criança e família. Permite ao enfermeiro rastrear as crianças e famílias que necessitem de apoio especializado, individualizar as intervenções de enfermagem, assim como fornecer orientações antecipatórias e apoio diferenciado (Garner & Yogman, 2021), e, tal como na filosofia dos cuidados de enfermagem pediátrica, minimizar os aspetos potencialmente traumáticos nos seus cuidados, fornecer à criança e família apoio e informações claras, responder ao sofrimento imediato da criança intervindo na dor e no medo, promover o apoio emocional orientando os pais no apoio à criança e identificar as necessidades da criança e família, assim como os seus pontos fortes e forças (Forkey, et al., 2021; Guest, 2021; NCTSN, 2014).

Como referido anteriormente, o modelo dos sistemas de Betty Neuman (Neuman, 2011) norteou o percurso formativo desde a elaboração do projeto, alicerçando, em conjunto com os restantes referenciais teóricos, a prestação de cuidados em contexto de estágio. O ambiente no qual a criança e a família se inserem, pela multiplicidade de fatores e interações, pode influenciar a sua saúde, crescimento e desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1979; Neuman, 2011; Verberk & Neuman, 2017). No contacto com os cuidados de enfermagem, a criança e família ficam expostos a inúmeros fatores de *stress*, que resultam da disrupção na homeostasia do sistema da criança e sistema criança-família, situação que deve ser prevenida.

No subcapítulo seguinte desenvolvem-se os conceitos de *stress*, resiliência e trauma, explicitando a intervenção do enfermeiro na prevenção e minimização de experiências potencialmente traumáticas.

2.2. Prevenção do *stress* e trauma nos cuidados de enfermagem à criança e família

O *stress* é uma experiência inevitável para qualquer pessoa e em qualquer idade (Linnard-Palmer, 2019). A reação/resposta fisiológica conhecida como *stress* pode ser sentida quando os desafios experienciados superam a habilidade de manter o controlo ou gerir o ambiente, passando a designar-se *distress* quando as situações que o provocam são mal geridas ou crónicas, e a pessoa passa a sentir os efeitos do *stress* através de respostas emocionais e fisiológicas (Neuman, 2011; Linnard-Palmer, 2019). Este processo pode ocorrer

em 3 fases: (1) o encontro com o estímulo causador de *stress*, (2) a resposta a esse estímulo e (3) o processo de adaptação e interação entre a pessoa e o estímulo (Linnard-Palmer, 2019).

Na interação com o ambiente a criança constrói e desenvolve respostas consoante as experiências e *stressors* que vivencia. Se a criança possuir uma relação estável e segura, a experiência geradora de *stress* é mediada pelo cuidador, que a ajuda a compreender o que está a vivenciar, ajustando os seus mecanismos de resposta e atuando como fator protetor e promotor da resiliência (Garner & Yogman, 2021; NCTSN, 2023b). Esta pode ser definida como a adaptação saudável e positiva face à adversidade, trauma, tragédia, ameaças ou fontes significativas de *stress*, através da capacidade, recursos e competências do indivíduo (Garner & Yogman, 2021). É influenciada pelos fatores de risco e promovida pelos fatores protetores, sendo estes intrínsecos/individuais ou extrínsecos/ambientais (Turner-Henson & Krajicek, 2018).

Quando exposta a situações geradoras de *stress*, de forma contínua, sem que exista uma relação estável, segura e fomentada com a pessoa significativa/pais, a criança encontra-se numa situação de desequilíbrio entre fatores protetores e *stressors* (Forkey et al., 2021). A criança não apresenta o seu principal fator protetor (Brazelton, 2021), pelo que o impacto dos *stressors* no seu sistema aumenta, podendo evoluir para *stress* tóxico e trauma. O *stress* tóxico consiste na ativação frequente ou prolongada dos mecanismos de resposta ao *stress* internos da criança, em resposta à exposição contínua ao *stress*, resultando em eventos adversos prolongados, intensos ou frequentes, nos quais o suporte do cuidador é insuficiente na modelação do *stressor*, induzindo um desequilíbrio entre os *stressors* e os fatores protetores (Forkey et al., 2021). Por sua vez, se não for possível minimizar/eliminar o *stressor* ou a criança não tiver fatores protetores adequados/suficientes para ajudar na mediação da situação, o *stress* tóxico pode evoluir para trauma. Este pode ser definido como um evento, série de eventos ou conjunto de circunstâncias, experienciados pelo indivíduo como físico ou emocionalmente nocivo, ameaçador da vida e que tem um efeito adverso duradouro no seu funcionamento e no seu bem-estar mental, físico, social, emocional espiritual (SAMHSA, 2014).

Quando associado aos cuidados de saúde, o trauma é definido como o conjunto de respostas físicas e psicológicas das crianças e suas famílias à dor, lesão, doenças graves, procedimentos médicos e experiências de tratamentos invasivos ou assustadores, que podem ocorrer em resposta a um ou mais eventos (NCTSN, 2023c).

A severidade da situação, a necessidade de realizar tratamentos e procedimentos invasivos, os recursos/suporte que têm disponível, as estratégias de *coping* que detêm, as

crenças e valores culturais e religiosos, a comunicação com a equipa de saúde e entre familiares, a condição socioeconómica e a informação de que dispõem relativamente à situação clínica da criança, são fatores que vão influenciar significativamente a resposta das crianças e dos pais à situação de doença e/ou hospitalização (Fox, 2024).

Os principais sinais e sintomas de *stress* nas crianças incluem respostas de fuga ou combate (*Fight or flight*), fadiga e falta de energia, respostas emocionais, como ansiedade, medo, irritação, desilusão, tristeza, vergonha ou culpa, dificuldade em tomar decisões, perturbações do sono, alimentação e intestinais, doenças agudas ou crónicas derivadas à diminuição da função imunitária, e perturbações associadas aos estímulos sensoriais, como dor, temperatura, ruídos altos, luzes fortes ou escuridão (American Academy of Pediatrics [AAP], 2014; Coughlin, 2021; Goddard, Janicek & Etcher, 2022; Hockenberry, 2024; Linnard-Palmer, 2019). Para além de cuidar da dimensão física, os profissionais de saúde devem tomar consciência destas alterações, assim como identificar e responder às necessidades psicossociais e de desenvolvimento das crianças em contexto de hospitalização, com recurso à preparação da criança para o procedimento, gestão e controlo da dor, garantir a privacidade e a presença dos pais, providenciar espaço para atividades adequadas ao nível de desenvolvimento, incentivar a expressão de sentimentos, e respeitar as diferenças culturais (Fox, 2024; Hockenberry, 2024).

A vivência e a resposta a situações potencialmente traumáticas e traumáticas diferem entre crianças e famílias. Podem verificar-se modificações do comportamento a curto prazo, em adaptação à situação experienciada, no entanto, uma exposição repetida pode levar a consequências negativas a longo prazo (Forkey et al., 2021; Fox, 2024; SAMHSA, 2014).

A ativação frequente e contínua das respostas internas ao *stress* pode provocar alterações físicas e mentais potencialmente duradouras e permanentes, através de processos biológicos, inflamatórios e metabólicos, que incluem alterações a nível do desenvolvimento, da neurologia, epigenética, imunologia e endocrinologia (Coughlin, 2017; 2021; Forkey et al., 2021; Goddard, Janicek & Etcher, 2022). Isto deve-se, em parte, à resposta neuroquímica ao *stress* que inclui o aumento dos níveis de cortisol, epinefrina e norepinefrina que, em conjunto com os mediadores neuroendócrinos, autonómicos, imunitários e metabólicos, podem provocar alterações duradoras na amígdala, hipocampo e córtex pré-frontal, afetando a função cerebral (Dowdell & Speck, 2022). Por sua vez, podem ocorrer alterações a nível emocional e cognitivo, nas funções executiva, afetiva e somatossensorial, memória, atenção, consciência, pensamento e linguagem, sendo que a ocorrência de alterações pode afetar a inteligência e a

capacidade de regular emoções, resultando numa criança receosa que pode não se sentir segura nem protegida (Flaherty et al., 2019; Giotakos, 2020; Koball et al., 2021; Linnard-Palmer, 2019).

Os enfermeiros que prestam cuidados a crianças e famílias devem estar sensíveis para as reações ao *stress* e o seu impacto não só no crescimento e desenvolvimento da criança, mas também nos próximos contactos com os cuidados de saúde. Desta forma, devem atuar de forma preventiva para a minimização das experiências traumáticas associadas aos cuidados de enfermagem, uma vez que a sua intervenção no presente vai influenciar o futuro (Coughlin, 2021; Forkey et al., 2021; Goddard, Janicek & Etcher, 2022; Grossman et al., 2021; Linnard-Palmer, 2019).

Os pais e os irmãos das crianças hospitalizadas também podem vivenciar esta experiência como um fator de *stress* e ansiedade, com potencial traumático (Linnard-Palmer, 2019; NCTSN, 2014). São comuns sentimentos como solidão, medo, preocupação, inveja, ciúme, ressentimento, culpa e irritação, verificando-se alterações a nível da dinâmica social e familiar (Fox, 2024). Por este motivo, o enfermeiro deve atender às necessidades físicas, emocionais e sociais dos irmãos, com recurso a apoio familiar e da comunidade, assim como incluí-los no processo de hospitalização, através de visitas à criança hospitalizada, transmissão de informação adequada à sua idade e compreensão e esclarecimento de dúvidas (Fox, 2024).

Embora a hospitalização assuste tanto as crianças como os pais, pode também ser uma experiência positiva (Brazelton, 2021). Os profissionais de saúde podem ajudar as crianças e famílias a gerir o *stress* associado a esta situação, prestando cuidados individualizados e centrados na criança e família, respeitando a sua dignidade, partilhando informação e minimizando o desconforto físico, emocional, social e psicológico e a dor, reconhecendo sinais e sintomas de trauma, conduzindo ao fortalecimento e desenvolvimento de novas estratégias de *coping* para a família (Fox, 2024).

A intervenção do enfermeiro seguindo o modelo dos sistemas (Neuman, 2011), assenta em três níveis de prevenção com o objetivo de manter, alcançar ou preservar a saúde e bem-estar da criança e família. A prevenção primária visa preservar a integridade do sistema do indivíduo, através do fortalecimento das linhas de defesa, com recurso a programas de promoção da saúde e identificação de fatores de risco e *stressors*. A prevenção secundária visa ajudar o indivíduo a alcançar a estabilidade do sistema, através da identificação e implementação de estratégias que diminuam a resposta ao *stress* (estratégias de *coping*). A

prevenção terciária visa preservar a resiliência, prevenindo a recorrência da disrupção na homeostasia do sistema, através da eliminação da resposta ao *stress* e manutenção do sistema.

De forma complementar, surge o modelo de cuidados sensíveis ao trauma como referencial para a intervenção com foco na prevenção do trauma associado aos cuidados de enfermagem (Forkey et al, 2021; Garner & Yogman, 2021; NCTSN, 2014). Tal como no modelo de Neuman (Neuman, 2011), assenta em três níveis de intervenção. O primeiro nível, universal e centrado no apoio de todas as crianças e famílias que contactam com os cuidados de saúde, através do fornecimento de informação sobre as reações comuns ao *stress* e trauma, realização de rastreios para determinar situações de *distress*/angústia, bem como de fatores de risco, com o intuito de determinar que crianças e famílias podem precisar de mais apoio. Num segundo nível, direcionado para crianças e famílias que apresentem *distress*/angústia e com fatores de risco identificados, através de orientações antecipatórias que foquem os desafios e ajudem a reforçar as estratégias e mecanismos de *coping*. O terceiro nível, direcionado e centrado nas crianças e famílias que necessitam de intervenção clínica e intervenção por profissionais da área da saúde mental ou apoio psicológico (Garner & Yogman, 2021; NCTSN, 2014).

Ao fundamentar a sua intervenção nos quatro princípios do modelo, "*Realise, Recognize, Respond, and Resist retraumatization*", o enfermeiro toma consciência do impacto do trauma na saúde e bem-estar da criança e família e compreende como o evitar (*realise*), reconhece os seus sinais e sintomas, identificando-os nos comportamentos da criança e família (*recognize*), responde baseado em conhecimento, procedimentos e práticas sensíveis ao trauma (*respond*), visando evitar uma nova traumatização (*resist retraumatization*) (Goddard, Janicek & Etcher, 2022; Guest, 2021; SAMHSA, 2014). Neste contexto, assume que a sua intervenção no contacto presente vai influenciar positiva ou negativamente os contactos futuros com os cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, a saúde, crescimento e desenvolvimento das crianças e famílias.

Por sua vez, a NCTSN (2014) desenvolveu o protocolo D-E-F, de forma a operacionalizar e adaptar os cuidados sensíveis ao trauma para pediatria, permitindo identificar, prevenir e tratar respostas traumáticas aos *stressors*. As intervenções incluem: Reduzir o Distress (D), através da avaliação e gestão diferenciada da dor, do fornecimento de informação e orientações antecipatórias sobre a situação e escolhas relativamente às decisões de tratamento, da escuta ativa sobre a opinião e compreensão da criança, esclarecendo equívocos, abordar medos e preocupações, proporcionando tranquilidade e esperança realista; promover o suporte Emocional (E), encorajar os pais a estarem presentes e a falar com os seus

filhos sobre preocupações e medos, capacitá-los e apoiar no desenvolvimento de estratégias para confortar e ajudar os seus filhos, envolver a criança em atividades adequadas à sua idade, incluindo os irmãos e família alargada se necessário; relembrar a Família (F), avaliando o impacto da disrupção na dinâmica familiar, assim como outros fatores de *stress*, identificando os pontos fortes e os recursos disponíveis, e encorajar os pais a utilizá-los (NCTSN, 2014).

Em suma, o objetivo primordial das intervenções do enfermeiro é reestabelecer o estado de controlo e segurança imediato, sendo o primeiro passo identificar as preocupações relacionadas com a segurança minimizando-as (Linnard-Palmer, 2019). De forma mais detalhada, deve garantir a segurança da criança, identificando as intervenções realizadas para tal; reconhecer que a criança parece incomodada e saber o que pode fazer para ajudar; ouvir cuidadosa e ativamente a expressão de emoções, sentimentos e preocupações da criança, respondendo-lhes; encorajar a criança a falar, desenhar ou brincar expressando o que está a sentir e o que a preocupa; monitorizar os comportamentos de risco e promover os saudáveis; promover o autocuidado e ajudar a manter as rotinas; ajudar a criança a adaptar-se à/lidar com a situação, conversando sobre a experiência traumática; passar tempo com a criança; e identificar recursos da comunidade e necessidade de encaminhamento para outros profissionais (Brazelton, 2021; Diogo, 2015, 2019; NCTSN, 2014; Linnard-Palmer, 2019).

A resposta da criança ao *stressor* depende de vários fatores e variáveis (Fox, 2024), pelo que a sua avaliação e análise por parte do enfermeiro é essencial para o sucesso da intervenção de enfermagem (McDowell, 2011; Neuman, 2011). O enfermeiro, em especial o EEESIP, deve, de forma apreciar todas as variáveis, avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança, comunicar de forma eficaz e adequada ao nível de desenvolvimento e compreensão da criança e família, prestar cuidados culturalmente competentes, numa lógica de capacitação e parceria, promovendo um plano promotor da maximização da saúde e diagnosticando precocemente situações que possam afetar negativamente a qualidade de vida da criança e família (Regulamento n.º 422/2018).

3. METODOLOGIA

O presente relatório de estágio assenta na metodologia de projeto, baseando-se na identificação de um problema real e na implementação de estratégias e intervenções para a sua resolução (Freitas, 2010). Esta metodologia permite a articulação entre a teoria e a prática, uma vez que a intervenção é fundamentada no conhecimento obtido através da teoria para posteriormente ser aprofundado e aplicado na prática, emergindo uma prática baseada na evidência (Freitas, 2010); e consequentemente, pela sua concretização, a aquisição de competências e capacidades pessoais e profissionais.

A metodologia de projeto é composta por cinco etapas: o diagnóstico da situação, a definição de objetivos e planeamento, a execução das atividades, avaliação e a divulgação dos resultados obtidos; através da elaboração de um relatório (Freitas, 2010).

As três primeiras etapas foram cruciais para o início deste percurso formativo. Procedeu-se à identificação do problema decorrente da prática de cuidados de enfermagem e posterior elaboração de um projeto de estágio, delineando esse mesmo percurso. Foram definidos objetivos gerais e objetivos específicos, assim como planeadas atividades para os atingir, desenvolvidas ao longo do estágio em diferentes áreas da saúde infantil e pediátrica – cuidados de saúde primários, consulta de desenvolvimento infantil, serviço de urgência pediátrica, serviço de internamento pediátrico e unidade de cuidados intensivos neonatais.

A quarta etapa relacionou-se com a execução do projeto de estágio, ou seja, a sua concretização em contexto de prestação de cuidados de enfermagem. O estágio possibilita o desenvolvimento das competências comuns de EE e específicas de EEESIP, direcionado para a prevenção do *stress* e trauma associados aos cuidados de enfermagem na criança e família. Por outro lado, constitui a oportunidade para o desenvolvimento pessoal e profissional, através da experiência vivida na *praxis*, aprofundamento de conhecimentos (saber-ser, saber-estar, saber-fazer, saber-saber), da fundamentação teórica ancorada na evidência científica e reflexão sobre as vivências, concorrendo para o desenvolvimento de competências de mestre.

A elaboração do relatório surge na quinta etapa, ficando nele explanada (re)avaliação, divulgação e reflexão relativas às experiências vivenciadas nas etapas anteriores. Ao longo de todo o percurso, a prestação de cuidados à criança e família foi sustentada numa prática reflexiva, isto é, pela reflexão na ação, sobre a ação e sobre a reflexão na ação (Shön, 1987).

A prática reflexiva surge como um processo pessoal, contínuo e dinâmico, na qual se desenvolve o conhecimento e raciocínio clínico (Tanner, 2006), construído sob a transformação da experiência e reconstrução do saber (Kolb, 1984). Ao refletir sobre o que fez e como fez, o enfermeiro procura evidência que suporte a sua forma de pensamento, contribuindo para o desenvolvimento da sua capacidade de aprender a partir da prática, sustentando o conhecimento e a experiência nessa mesma prática (Santos & Fernandes, 2004). Através da análise reflexiva, os enfermeiros adquirem e desenvolvem competências que, em conjunto com a fundamentação teórica e aquisição de conhecimentos, os fazem evoluir de iniciados a peritos, de enfermeiros a enfermeiros especialistas (Benner, 2001).

O avanço tecnológico e científico vivenciado nas últimas décadas, tem vindo a refletir-se no desenvolvimento clínico ao nível dos cuidados de saúde. Como resultado, os cuidados de enfermagem tornaram-se mais complexos e diferenciados, constituindo-se como desafio, em particular para os enfermeiros, o desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e competências que requerem (Regulamento n.º 140/2019).

O Enfermeiro Especialista é definido pela Ordem dos Enfermeiros como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, pp. 4744), devendo possuir “um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades (...) que mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.” (Regulamento n.º 140/2019, pp. 4745). Desta forma, o EEESIP detém conhecimento, competência e capacidade para cuidar da criança e família nos diferentes contextos de cuidados, acompanhando e promovendo a sua saúde, crescimento e desenvolvimento visando reconhecer e maximizar o potencial de cada criança e família.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica salientam que os EEESIP se distinguem “pelo desenvolvimento de competências técnicas e/ou relacionais, de forma a cuidar da criança/jovem em situação de doença bem como da criança/jovem saudável, quando a família não possua as competências e/ou capacidades para um resultado eficaz.” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, pp. 5).

O percurso para aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESIP, desenrolou-se ao longo de dezoito semanas em cinco contextos de estágio, conforme explanado no Cronograma de Estágio (Apêndice II), seguindo o Guia Orientador das Atividades de Estágio (Apêndice III), tendo como ponto de partida as minhas necessidades de aprendizagem e os critérios elaborados pela Ordem dos Enfermeiros para a aquisição das

referidas competências (Decreto-Lei n.º 65/2018; Regulamento n.º 422/2018; Regulamento n.º 140/219) . Este Guia englobou uma breve revisão sobre a intervenção de enfermagem baseada no modelo dos cuidados sensíveis ao trauma à criança e família na prevenção de *stress* e trauma associados aos cuidados de enfermagem, e explanou os objetivos gerais e específicos definidos, assim como as atividades a desenvolver. O Guia Orientador foi discutido com o enfermeiro orientador com o intuito de ser adaptado às especificidades e necessidades de cada contexto de estágio.

Proveniente deste processo de aprendizagem, e de forma a obter contributos que permitissem o desenvolvimento das competências comuns e específicas de EEESIP, refletindo uma “prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e família” (Regulamento n.º 422/2018, pp.19192), enquadrados nos padrões de qualidade que orientam a boa prática, foram estabelecidos dois objetivos gerais com os respetivos objetivos específicos:

1) Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família, em resposta aos seus processos de saúde e doença, nas diferentes etapas do desenvolvimento e contextos de saúde.

1.1) Identificar as intervenções do EEESIP na dinâmica organizacional, gestão dos cuidados e melhoria contínua da qualidade, recorrendo aos princípios ético-legais e evidência científica;

1.2) Gerir problemas de saúde agudos e crónicos das crianças e famílias, mobilizando os princípios para uma tomada de decisão clínica baseada na evidência, em colaboração com a equipa multidisciplinar, para oferecer cuidados de enfermagem de qualidade;

1.3) Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre o desenvolvimento infantil e mobilizar esse conhecimento na prestação de cuidados de enfermagem;

1.4) Implementar estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças em crianças e jovens, visando a maximização da saúde e bem-estar da criança e família;

1.5) Desenvolver habilidades de comunicação terapêutica com crianças e famílias, visando estabelecer uma relação de confiança e fornecer informações claras, adequadas e compassivas.

2) Desenvolver processos de cuidados potenciadores da minimização do impacto dos *stressors* associados aos cuidados de enfermagem na criança e família, em situações de saúde e/ou doença, nas diferentes etapas do desenvolvimento e nos diferentes contextos de saúde.

2.1) Mobilizar conhecimentos aprofundados sobre os *stressors* associados aos cuidados de enfermagem e estratégias para reduzir o seu impacto;

2.2) Promover a prestação de cuidados sensíveis ao trauma à criança e família com vista ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Nesta lógica, ao longo do estágio foi realizada a análise e reflexão sobre as experiências vividas e atividades desenvolvidas na prestação de cuidados à criança e família, alcançando novo conhecimento e uma compreensão mais profunda e abrangente dessas práticas, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados e desenvolvimento de competências comuns de EE e específicas de EEESIP.

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO: DOS OBJETIVOS AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo pretende descrever e analisar criticamente o percurso formativo e as atividades realizadas ao longo dos diferentes contextos de estágio, visando a reflexão sobre as práticas e o seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns de EE, competências específicas de EEESIP e de mestre. Encontra-se estruturado em dois subcapítulos relativos às atividades desenvolvidas para a consecução dos dois objetivos gerais e respetivos objetivos específicos.

4.1. Atividades desenvolvidas na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família

O desenvolvimento do primeiro objetivo geral contemplou cinco objetivos específicos, transversais aos diferentes contextos de estágio, tal como descrito no capítulo anterior e que serão apresentados de seguida.

As atividades desenvolvidas no âmbito do primeiro objetivo específico *identificar as intervenções do EEESIP na dinâmica organizacional, gestão dos cuidados e melhoria contínua da qualidade, recorrendo aos princípios ético-legais e evidência científica* foram efetuadas em todos os contextos e pretenderam desenvolver os conhecimentos e as competências necessárias à integração aos contextos e à prestação de cuidados especializados à criança e família.

Para a sua concretização foi fundamental a realização de uma reunião informal de apresentação do projeto e avaliação da exequibilidade e necessidade de ajuste das atividades a desenvolver. Esta reunião foi realizada com a enfermeira chefe de cada contexto clínico e a enfermeira orientadora, peritas nas áreas onde desempenham funções, detentoras de conhecimento e experiência (Benner, 2001), o que permitiu adequar as atividades propostas e, assim, enriquecer o percurso formativo.

A observação da dinâmica do serviço e a identificação de oportunidades de melhoria dos cuidados foram atividades que facilitaram a integração nos diferentes contextos de estágio. Em termos físicos, conhecer a estrutura física do serviço; humanos, através do conhecimento da equipa multidisciplinar, das crianças e suas famílias e, materiais, ou seja, a documentação existente nos serviços, como normas e protocolos, permitiram inteirar-me com

a realidade do contexto. As características dos diferentes contextos de estágio encontram-se descritas no apêndice IV.

No decorrer dos estágios foi possível a observação participante dos cuidados diferenciados do EEESIP e prestação de cuidados à criança e família de acordo com os princípios, valores e normas deontológicas, com respeito pelos seus direitos, segurança, privacidade e dignidade.

A minha prestação de cuidados e tomada de decisão pautaram-se pelo respeito pelos princípios e valores éticos do respeito pela vida, dignidade humana e proteção dos mais vulneráveis, da prudência, justiça, beneficência e não maleficência, mas também o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e o Código Deontológico (Lei n.º 156/2015). Procurei adotar uma postura dinamizadora da equipa, com uma prática de cuidados competente, segura e ética, com foco nas necessidades e interesses da criança e família. Um exemplo desta minha intervenção encontra-se descrita no jornal de aprendizagem (apêndice V) realizado em contexto de internamento pediátrico, no qual reflito sobre a promoção de controlo e autonomia de uma criança de 8 anos durante a realização de um procedimento doloroso e invasivo. A promoção da autonomia e determinação das crianças, com respeito pelas sua opinião e liberdade de expressão, envolvimento e participação ativa nos cuidados, adequando-a à sua idade e nível de desenvolvimento, respeitando a sua vontade, é fundamental para o sucesso da intervenção de enfermagem, contribuindo para minimizar a experiência traumática (Hellsten, 2024; Hockenberry, 2024). Ademais, é um direito que se encontra consagrado na Convenção sobre os Direitos da Criança (Comité Português para a UNICEF, 2019). Desta forma, considero ter desenvolvido as competências do domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A) das competências comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019).

Foi possível observar ainda as competências do EE no domínio da gestão dos cuidados de enfermagem otimizando a resposta e articulação da equipa (C1), com relevo para os serviços de urgência pediátrica e unidade de neonatologia, nas quais foi necessário planear e organizar os cuidados, devido a carência de recursos humanos e o aumento da afluência de crianças e famílias, de forma a garantir as dotações seguras. A minha intervenção prendeu-se com a gestão dos cuidados de enfermagem, com destaque para o acompanhamento constante das crianças e famílias, com a gestão das expectativas e feedback sobre a situação, na avaliação e reavaliação dos resultados dos cuidados prestados, colaboração na tomada de decisão em equipa e gestão de recursos materiais necessários aos cuidados. O foco era a garantia de um

ambiente terapêutico seguro para a prestação de cuidados de enfermagem às crianças e famílias (B3), tendo sido minha intervenção, em parceria com a enfermeira orientadora, adequar os recursos às necessidades de cuidados, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas e dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019).

Na unidade de saúde familiar (USF), foi possível acompanhar a enfermeira orientadora e observá-la no seu papel de coordenadora, o que contribuiu para a construção de uma visão mais abrangente no que diz respeito à gestão e organização da equipa de enfermagem e o que isso implica na prestação de cuidados. Este acompanhamento permitiu o desenvolvimento da minha capacidade de autoconhecimento e assertividade e compreender a sua interferência no estabelecer de relações profissionais e terapêuticas, assim como a importância da liderança para o sucesso destas relações. Desta forma, contribuiu para o desenvolvimento de competências de EE, nomeadamente a adaptação da liderança e recursos às situações e contexto, visando a garantia da qualidade de cuidados (C2) e o desenvolvimento de autoconhecimento e assertividade (D1) (Regulamento n.º 140/2019).

O segundo objetivo específico, *gerir problemas de saúde agudos e crónicos das crianças e famílias, mobilizando os princípios para uma tomada de decisão clínica baseada na evidência, em colaboração com a equipa multidisciplinar, para oferecer cuidados de enfermagem de qualidade*, foi desenvolvido nos estágios no serviço de urgência pediátrica, internamento e unidade de neonatologia. As atividades que concorreram para o desenvolvimento deste objetivo específico foram o aprofundamento de conhecimentos com recurso a pesquisa bibliográfica, a observação participante dos cuidados especializados do EEESIP, a tomada de decisão com base em evidência científica, a reflexão sobre as experiências de estágio, assim como a prestação de cuidados à criança e família em situações de complexidade acrescida.

A pesquisa bibliográfica de acordo com as especificidades de cada local de estágio foi uma atividade essencial de forma a aprofundar as diferentes temáticas de interesse. O recurso a evidência científica, a partilha de experiências e reflexão sobre a prática, em conjunto com os enfermeiros orientadores e equipa multidisciplinar, contribuíram para melhorar a qualidade dos cuidados eu prestei, assim como contribuir para o desenvolvimento de competências de EE, tornando-me um elo facilitador da aprendizagem na prática clínica (D2.1.) e suportando essa mesma prática em evidência científica (D2.2.) (Regulamento n.º 140/2019). Exemplos desta atividade são a reflexão sobre os desafios em urgência pediátrica (apêndice VI) e a reflexão e sessão para os pais realizada no estágio de neonatologia (apêndice VII), ambas com

contributos essenciais para a prestação de cuidados sensíveis ao trauma e com um olhar abrangente sobre a intervenção diferenciada do EEESIP.

Também a observação da intervenção do EEESIP e a colaboração com a equipa na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família foram atividades contribuintes para o desenvolvimento das competências necessárias. Por não ter experiência profissional em contexto de urgência pediátrica considerei essencial compreender a dinâmica e organização do serviço e da equipa, o processo de tomada de decisão e gestão dos cuidados, bem como as necessidades e o impacto que a ida à urgência pediátrica tem para as crianças e famílias. Desta forma, propus acompanhar o seu percurso desde a admissão até à alta, tendo sido possível acompanhar a criança e família consoante as suas necessidades passando pela triagem, sala de observação, sala de tratamentos, serviço de observação/internamento de curta duração e sala de reanimação. Esta atividade contribuiu para compreender o foco do enfermeiro ao longo das diferentes fases do percurso, identificar os *stressors*, dúvidas e preocupações das crianças e famílias, acompanhar e prestar cuidados individualizados e em resposta às necessidades, fornecer feedback, reavaliar os cuidados prestados e promover a consciencialização dos enfermeiros para o potencial traumático das intervenções de enfermagem.

O processo de admissão inicia-se com a triagem, realizada pela equipa de enfermagem, através do Sistema de Triagem de Manchester (STM). Ao aprofundar e mobilizar conhecimentos sobre este, verifiquei que tem como objetivo definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo recomendado até à primeira observação médica, visando identificar a prioridade clínica e não estabelecer um diagnóstico (Direção Geral da Saúde [DGS], 2018). O enfermeiro responsável pela triagem deve apresentar conhecimento do STM, raciocínio clínico crítico e competências a vários níveis (científicas, técnicas, relacionais, ético-morais e pessoais), que lhe permitam realizar uma avaliação exata da situação e definir o respetivo grau de prioridade, com uma tomada de decisão adequada e evitando erros de triagem (DGS, 2018).

Embora não esteja preconizado que a triagem tem que ser realizada por um EEESIP, mas sim por um enfermeiro perito (Benner, 2001) com as competências acima descritas, considero que as suas competências específicas nomeadamente o conhecimento sobre o crescimento e desenvolvimento infantil e o reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, com prestação de cuidados adequados, lhe permitem estar

mais atento a particularidades e sinais de alerta nas crianças e famílias que observam, considerando-se uma mais valia a sua presença no momento de triagem. É um momento de acrescida responsabilidade pois requer uma grande exigência de saber teórico para a rápida e correta avaliação da situação de saúde da criança.

A observação participante e a reflexão com a enfermeira orientadora sobre situações de maior complexidade clínica e tomada de decisão, como a transmissão de más notícias, o envolvimento e presença dos pais na sala de reanimação, assim como a importância da comunicação dentro da equipa, concretizadas na reflexão sobre os desafios em urgência pediátrica (apêndice VI), contribuíram para desenvolver as competências acima descritas, bem como de raciocínio e julgamento clínico, fundamentação do processo de tomada de decisão (C1, D2.2.) e da priorização/gestão de cuidados (C2) (Regulamento n.º 422/2018; Regulamento n.º 140/2019).

Ao longo do estágio prestei cuidados à criança gravemente doente e sua família, de acordo com a sua situação clínica, integrando na minha intervenção os princípios dos cuidados não traumáticos e o modelo dos cuidados sensíveis ao trauma. A minha intervenção centrou-se no reconhecimento de experiências traumáticas anteriores e o seu impacto para a criança e família, na negociação, em parceria, da sua participação e tomada de decisão relativa aos cuidados, na preparação da criança e família para os procedimentos, esclarecendo dúvidas e preocupações, escutando e valorizando medos e sentimentos antes, durante e após os procedimentos, em propor estratégias não farmacológicas para o controlo da dor e ansiedade, assim como de estratégias de *coping* para a criança e família.

Recordo uma criança de 4 anos e família que se dirigiu à urgência por febre, obstrução nasal e sensação materna de dificuldade respiratória, com cansaço fácil ao esforço. Em contexto de triagem foi necessário avaliar a temperatura corporal e administrar paracetamol oral por apresentar febre naquele momento. Estas intervenções constituíram-se um desafio, pois a criança chorou e gritou durante todo o contacto, exacerbando o comportamento à minha aproximação. A mãe referiu que o filho não gostava de hospitais, identificando um internamento anterior com várias experiências negativas como o motivo para este comportamento. Através da comunicação adequada à idade, técnica de distração com música e em parceria com a mãe, foi possível realizar as intervenções necessárias e tranquilizar a criança, garantindo que a avaliação da temperatura não causava dor. No final ofereci um balão como recompensa por ter colaborado nos cuidados, alterando o foco de atenção da criança.

Estas intervenções encontram-se descritas na literatura (DGS, 2012a; Fox, 2024; Hellsten, 2024; NCTSN, 2014) e contribuíram para o desenvolvimento de competências de EEESIP, nomeadamente ao nível do diagnóstico precoce e intervenção nas doenças comuns e situações de risco que possam afetar negativamente a qualidade de vida da criança (E1.2.), do reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, prestando cuidados de enfermagem apropriados (E2.1.) e da implementação em parceria de um plano de saúde promotor da capacidade para gerir o regime e promotor da parentalidade (E1.1.) (Regulamento n.º 422/2018).

Em contexto de internamento pediátrico procedi à prestação de cuidados à criança com patologia diversa e sua família, em diferentes estádios de desenvolvimento e com diferentes necessidades, nomeadamente doença inflamatória intestinal, hemorragia digestiva, síndrome nefrótico descompensado, transplantação renal, em situação de pós-operatório e rejeição, síndrome hemolítico urémico, doença de Kawasaki, entre outras. A prestação foi antecedida de um aprofundamento e mobilização de conhecimentos sobre as doenças comuns, doenças raras na infância e terapias complementares de enfermagem, de forma a mobilizar conhecimentos teóricos e habilidades para a prática. Esta atividade contribuiu para a promoção da adaptação da criança e família à doença crónica e deficiência/incapacidade (E2.5.), através do diagnóstico de necessidades especiais e sua capacitação, recorrendo à identificação de estratégias de *coping* da criança e família para adaptação adequada à condição crónica, referenciando para cuidados de especialidade, quando necessário. A identificação de necessidades individuais, educação para a saúde e capacitação, fornecimento de orientações antecipatórias relacionadas com a condição clínica e prognóstico, assim como a identificação e partilha dos recursos hospitalares e comunitários disponíveis, reforçando a importância do apoio familiar durante todo o processo, foram intervenções realizadas no sentido de promover uma transição e adaptação à condição crónica adequadas (Regulamento n.º 422/2018).

Neste âmbito, elaborei um estudo de caso sobre um jovem de 11 anos com um diagnóstico inaugural de doença inflamatória intestinal, tendo ficado hospitalizado para realização de exames e terapêutica para gestão da doença (apêndice VII). O estudo contemplou a reflexão sobre a adaptação à doença crónica e o seu impacto na vida da criança e família, assim como as estratégias utilizadas durante o internamento para apoiar o processo de transição. Estas atividades e intervenções contribuíram para o desenvolvimento de competências ao nível da implementação, em parceria, de um plano de saúde promotor da capacidade para gerir o regime (E1.1.), através da negociação da participação da criança e

família em torno o processo de cuidar e utilização de estratégias motivadoras da criança e família para a assunção dos seus papéis em saúde, e ainda providenciar cuidados à crianças e família promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a terapias de enfermagem comuns e complementares (E2.4.) e promover a adaptação da criança e família à doença crónica, deficiência e incapacidade (E2.5.) (Regulamento n.º 422/2018).

A diversidade de patologias em neonatologia motivou a mobilização de conhecimentos e competências sobre doenças raras na infância, terapias complementares de enfermagem e protocolos de suporte avançado de vida neonatal para aplicação em situações de urgência/emergência e/ou instabilidade das funções vitais, assim como a prestação de cuidados a RN gravemente doentes e famílias, de acordo com a situação clínica.

De forma complementar, a mobilização de conhecimentos sobre o Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal de Altimier e Phillips (2016), cujo principal objetivo se centra promoção de um neurodesenvolvimento saudável com recurso a estratégias que construam conexões neurais facilitadoras deste desenvolvimento adequado, minimizando estímulos e experiências negativas, foi fundamental para o desenvolvimento de intervenções neste âmbito. Destaco a promoção do contacto pele a pele, a promoção de um ambiente facilitador do sono seguro, os cuidados à pele e posicionamento, as orientações para o desenvolvimento de competências oro-motoras, e o envolvimento dos pais nos cuidados, assim como a minimização da dor e do *stress* (Altimier & Phillips, 2016). A realização destas intervenções contribuiu para a promoção da vinculação da tríade e para o processo de transição para a parentalidade, mas também para o desenvolvimento de competências de EEESIP, nomeadamente reconhecer situações de instabilidade de funções vitais e risco de morte, prestando cuidados apropriados (E2.1.), responder às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados (E2.3.) e promover a vinculação de forma sistemática em particular com o RN doente ou com necessidades especiais (E3.2.), através da utilização de estratégias para promover o contacto físico com o RN e a amamentação, negociar o envolvimento dos pais nos cuidados e utilizar estratégias promotoras da esperança realista (Regulamento n.º 422/2018).

A interiorização e transposição destas intervenções para a prática num contexto diferente daquele onde exerço funções, contribuiu para a construção de uma visão mais abrangente do cuidar, com partilha de experiências e adequação de estratégias para responder às necessidades do RN e família. Assim, contactar com realidades e vivências distintas das que estou familiarizada, motivou a partilha de experiências e a reflexão sobre as práticas,

destacando-se a reflexão sobre as condições físicas e logísticas das neonatologias, que não permitem a presença parental permanente. A evidência científica é consensual quando aponta a separação do RN da sua mãe como a principal fonte de trauma numa unidade de neonatologia (Brazelton, 2021; Coughlin, 2021; Fox, 2024; Montiroso & Provenzi, 2015), reforçando que esta separação, associada à negligência socio-emocional, provoca alterações nas estruturas cerebrais responsáveis pelo processamento das ameaças e do *stress* no RN prematuro, com impacto a nível da regulação emocional e resposta ao perigo, assim como na incidência de perturbações neuropsiquiátricas na vida adulta (Coughlin, 2021). Na mesma linha, parece ser consensual que a relação do RN/criança com os seus pais/cuidadores constitui o seu principal fator protetor, atuando como uma barreira que minimiza o impacto dos *stressors* no seu *core* (Brazelton, 2021; Coughlin, 2021; Fox, 2024; Garner & Yogman, 2021; OE, 2010). Como consequência, as unidades de neonatologia deveriam ser planeadas e organizadas de modo a permitir este apoio tão necessário dos pais aos seus filhos, como contemplado na Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 1998).

O terceiro objetivo específico, *demonstrar conhecimentos aprofundados sobre o desenvolvimento infantil e mobilizar esse conhecimento na prestação de cuidados de enfermagem*, foi desenvolvido com maior pormenor no estágio na USF e consulta de desenvolvimento. As atividades neste âmbito foram a consolidação de conhecimentos com recurso a pesquisa bibliográfica e reflexão sobre as experiências vividas, assim como o acompanhamento e realização de consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil (CVSIJ) e de desenvolvimento infantil. A sua concretização foi essencial para o desenvolvimento da competência de EEESIP relacionada com a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil (E3.1) (Regulamento n.º 422/2018).

A consolidação de conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e suas características, bem como das diretrizes e organização da consulta foi uma das atividades desenvolvidas. Como recursos utilizei a Escala *Mary Sheridan* modificada, o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e as orientações da Academia Americana de Pediatria no documento *Bright Future*. Este documento engloba um conjunto de princípios, instrumentos, estratégias e orientações para as intervenções que abordam as necessidades atuais da criança e família na promoção da saúde (Hagan; Shan & Duncan, 2017), fornecendo informação complementar ao Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), para que o enfermeiro tenha uma atuação assertiva na promoção do desenvolvimento infantil deve associar o seu conhecimento ao perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização. Assim, a complementaridade dos recursos utilizados constituiu um contributo essencial para a estrutura das consultas que elaborei, culminando na avaliação e promoção do desenvolvimento infantil adequados.

Ao acompanhar e participar ativamente na realização de consultas de saúde infantil e juvenil a recém-nascidos e crianças de 2, 4, 6, 12 e 15 meses e 5 e 13 anos, foi possível concretizar a avaliação antropométrica e do desenvolvimento infantil das crianças, tendo em conta o seu desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social, a identificação de sinais de alarme, como perturbações da visão, linguagem ou do desenvolvimento estatura-ponderal, e das necessidades específicas da criança e família, fornecendo orientações antecipatórias individualizadas, relacionadas com alimentação saudável, prática de exercício físico, rotinas de sono, estratégias para estimulação do desenvolvimento e com o PNV, o que motivou a consolidação e atualização de conhecimentos sobre o mesmo. O envolvimento dos pais nestas intervenções encontra-se preconizado no PNSIJ (DGS, 2013), que aponta para uma avaliação crítica da criança e família “desde o momento em que entram na sala de consulta até que saem e, muito particularmente, durante a conversa com os pais/cuidadores” (DGS, 2013, pp.52).

Dado que a maioria das crianças que recorreu às CVSIJ era saudável e demonstravam o desenvolvimento esperado, as intervenções do EEESIP situaram-se ao nível da prevenção primária (Neuman, 2011), com foco na promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Estas atividades contribuíram para o desenvolvimento de competências de EEESIP a nível da avaliação e promoção do desenvolvimento infantil (E3.1.), nomeadamente demonstração de conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem e transmissão de orientações antecipatórias às famílias para maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil (Regulamento n.º 422/2018).

Da mesma forma, na consulta de desenvolvimento, pude implementar intervenções promotoras da maximização da saúde da criança e família. Embora as intervenções se situem ao nível da prevenção terciária, de forma a responder às necessidades identificadas e a possibilitar a implementação de estratégias para adaptação da criança e família à condição crónica, podem situar-se nos três níveis de prevenção em simultâneo (Neuman, 2011).

A população alvo desta consulta era composta por crianças e jovens que apresentavam condições crónicas/necessidades especiais, de especial complexidade, nomeadamente alterações do desenvolvimento, alterações da fala, alterações da aprendizagem, perturbações da relação e comunicação, perturbação do autismo, défice de atenção e hiperatividade e prematuridade. Assim, o estágio foi desenvolvido numa perspetiva de promoção do desenvolvimento infantil, maximização da saúde e adaptação da criança e família à condição crónica. Para tal, foi necessário aprofundar conhecimentos sobre as diferentes perturbações do desenvolvimento e recomendações associadas.

Neste contexto de estágio, a maioria das primeiras consultas de desenvolvimento ocorria por referenciação da escola, através dos cuidados de saúde primários. As crianças e jovens traziam uma avaliação prévia da professora e da psicóloga escolar ou terapeuta da fala, consoante o motivo da consulta. Assisti e colaborei em três primeiras consultas de enfermagem e médicas a três crianças, duas com hipótese diagnóstica de perturbação de hiperatividade e défice de atenção e uma com atraso do desenvolvimento, associada a perturbação da relação e comunicação. O ponto comum entre elas foi o comportamento dos pais. Apesar de terem identificado modificações de comportamento ou desenvolvimento nos seus filhos, todos os consideraram normais, como fazendo parte da idade ou como sendo apenas uma fase. Observar as estratégias utilizadas pela enfermeira orientadora e médica para ajudar os pais a compreender que os desvios identificados poderiam não ser só uma fase, mas sim os sinais iniciais de uma condição crónica, constituíram-se como momentos de aprendizagem essencial para o estabelecimento da relação terapêutica e de confiança. Esta experiência reforçou a importância de promover a literacia em saúde dos pais relativamente ao desenvolvimento infantil de forma a permitir a identificação precoce de desvios ao padrão normal e de sinais de alarme, contribuindo para que a intervenção ocorra o mais cedo possível.

O acompanhamento e participação ativa nas consultas de desenvolvimento infantil permitiu a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, essenciais neste contexto, assim como a identificação de desvios ao padrão e de sinais de alarme, através da partilha de informação com os pais e reflexão sobre o comportamento dos seus filhos. Realizada em duas fases e com recurso a duas escalas: uma primeira através da aplicação da escala *Mary Sheridan* modificada, pela enfermeira, para um rastreio inicial, e uma segunda através da *Early Growing Skills* na consulta médica, com maior detalhe. Da reflexão conjunta com a enfermeira orientadora sobre esta complementaridade, foi clarificado que, devido ao elevado número de crianças e tempo reduzido para consulta, a intervenção de enfermagem focava-se num rastreio

inicial para identificação precoce de alguma alteração, possibilitando a orientação dos pais para a estimulação da criança consoante as necessidade/dificuldades identificadas, seguida, na consulta médica, de uma avaliação mais completa permitindo a formulação de uma hipótese diagnóstica e o encaminhamento e referenciação para as diferentes especialidades. Este exercício contribuiu para o desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2), concretamente através da avaliação da qualidade das práticas clínicas (B2.1.) (Regulamento n.º 140/2019).

O quarto objetivo específico prendeu-se com *implementar estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças em crianças e jovens, visando a maximização da saúde e bem-estar da criança e família*, sendo concretizado de forma transversal nos diferentes contextos. As atividades que concorreram para a sua consecução foram a apreciação sistemática das necessidades da criança e família e o fornecimento de orientações antecipatórias, enquadradas nos diferentes contextos e consultas que tive oportunidade de acompanhar e realizar.

A apreciação das necessidades de informação e planeamento de intervenções com base na literacia em saúde e necessidades da criança e família e o fornecimento de orientações antecipatórias enquadradas no PNSIJ, abordando as diferentes temáticas como a alimentação, o sono, a segurança, a vacinação e os sinais de alarme foram atividades desenvolvidas nos diferentes contextos. Também a identificação, mobilização e referenciação para os recursos disponíveis na comunidade, destacando-se a articulação com a equipa de saúde escolar, equipa de cuidados paliativos, equipa de cuidados domiciliários, referenciação para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) ou pedido de apoio ao banco do bebé, foram intervenções realizadas.

Nesta perspetiva, adquiri contributos para o desenvolvimento de competências de EEESIP, destacando-se a implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde promotor da parentalidade e da capacidade de gerir o regime (E1.1.), negociando o envolvimento e participação da criança e família no processo de cuidar, utilizando técnicas motivadoras da criança e família para a assunção dos seus papéis em saúde, procurando sistematicamente oportunidades para trabalhar com a criança e família na adoção de comportamentos potenciadores da saúde (Regulamento n.º 422/2018).

No estágio de neonatologia, este objetivo foi um processo contínuo e evolutivo que se iniciou no momento da admissão e decorreu ao longo do internamento, culminando na preparação para a alta e transição para o domicílio. Esta transição também parece ser um dos

fatores de *stress* para as famílias, pois deixam de ter o apoio e vigilância constante que tiveram durante meses (Sousa & Curado, 2023), pelo que se afigura essencial a articulação com os recursos da comunidade para garantir o acompanhamento adequado destas famílias, respondendo atempadamente às necessidades e promovendo uma sensação de controlo e segurança, de acordo com a prestação de cuidados sensíveis ao trauma.

Em contexto de estágio na consulta de desenvolvimento, pude colaborar na realização das consultas de enfermagem de várias especialidades, nomeadamente consulta de diabetes, de prematuridade/baixo peso, de obesidade, pediatria geral e de desenvolvimento, visando não só a apreciação sistemática das necessidades de informação das crianças e famílias, mas também a promoção da adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, adaptados à sua realidade. Embora com focos de atuação diferentes, interagi com as crianças e jovens, abordando os seus hábitos vida diária, preferências alimentares, prática de exercício físico ou atividades desportivas, o percurso escolar e o motivo que os levou à consulta, nas quais adotei uma postura calma e assertiva e comunicando de forma adequada à idade, nível de desenvolvimento e compreensão das crianças e famílias. As intervenções desenvolvidas em conjunto com a enfermeira orientadora contribuíram para a identificação de sinais e sintomas de *stress* e trauma na criança e família, apreciação do processo de transição para a condição crónica e a referenciação e ativação dos recursos da comunidade, como o apoio escolar da terapeuta da fala, terapeuta ocupacional e planos individualizados. As ações foram no sentido de diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que pudessem afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e jovem (E1.2.) e de implementar, em parceria, um plano de saúde, promotor da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança (E1.1.) (Regulamento n.º 422/2018), como na consulta de obesidade ou diabetes. De âmbito transversal, prestei cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (3), promovi o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1.) e comuniquei com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3.) (Regulamento n.º 422/2018).

Em contexto de internamento pediátrico, tive a possibilidade de participar nas consultas do hospital de dia, nomeadamente na consulta de obstipação funcional, direcionada a crianças e jovens com esta patologia e tem como objetivo a identificar necessidades e as estratégias a utilizar, com vista ao fornecimento de orientações antecipatórias e realização/reforço de ensinios relativos à alimentação, ingestão hídrica e atividade física, assim como exercícios para o treino do intestino e respetiva monitorização do padrão de eliminação. Com a atualização

do folheto informativo “Tenho obstipação e agora?” e a elaboração do guia de orientação para a consulta de obstipação (Apêndice IX) sintetizei a informação fornecida às crianças e famílias ao longo da consulta, permitindo sistematizar, estruturar e uniformizar a consulta e a abordagem do enfermeiro. Articulei com cuidados da especialidade (gastroenterologia) e os recursos da comunidade (cuidados de saúde primários, escola...) com vista à adoção dos comportamentos e estabelecimento das rotinas necessárias ao sucesso das intervenções acima referidas, nomeadamente da alimentação, ingestão hídrica e treino do intestino, torna-se essencial.

De referir que o estigma e a vergonha de falar sobre obstipação e dejeções conduz a uma demora na procura dos cuidados de saúde, em especial nos adolescentes (Campbell et al., 2022). Assim, o envolvimento e capacitação da criança e família para a gestão desta condição crónica é essencial para o seu sucesso, sendo necessária a partilha de informação relativa à etiologia da patologia, sinais e sintomas, e regime terapêutico nas suas diferentes dimensões (Hockenberry, 2024). Em complemento à gestão da dimensão física da condição, o enfermeiro deve ter em consideração as dimensões psicossociais, culturais e relação com os pares, pelo impacto que esta patologia pode ter no quotidiano das crianças (Hockenberry, 2024). Estas atividades e intervenções contribuíram para o desenvolvimento de competências de EEESIP, em particular as relacionadas com a promoção da relação dinâmica com crianças e famílias com adaptação adequada, a adequação do suporte familiar e comunitário, a demonstração na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança, e a capacitação da criança e família para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação relativamente ao diagnóstico e gestão da condição crónica, facilitando a comunicação expressiva de emoções e promovendo a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (E3.4.), reforçando a imagem corporal positiva (Regulamento n.º 422/2018).

O quinto objetivo específico, *desenvolver habilidades de comunicação terapêutica com crianças e famílias, visando estabelecer uma relação de confiança e fornecer informações claras, adequadas e compassivas*, realizou-se de forma transversal aos diferentes contextos. As atividades que concorreram para o desenvolvimento deste objetivo foram o aprofundamento e mobilização de conhecimentos sobre técnicas e estratégias de comunicação com as crianças e família, o que permitiu comunicar de forma adequada à idade, nível de desenvolvimento,

compreensão e cultura da criança e família, e a análise dos documentos informativos utilizados para otimizar a comunicação.

Estas intervenções foram operacionalizadas nas consultas de saúde infantil e vacinação a crianças com idade pré-escolar e escolar. Nestas idades, as estratégias não farmacológicas para alívio da dor baseiam-se na comunicação, destacando-se a distração (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor [APED], 2021; Hellsten, 2024; Scott, 2024), nomeadamente com bolhas de sabão, o brincar terapêutico e a imaginação guiada (Fox, 2024; OE, 2013), técnicas de relaxamento/exercícios de respiração, e o reforço positivo com recompensas (DGS, 2012a; 2012b; International Association for the Study of Pain [IASP], 2021; OE, 2013), tendo a presença parental e colaboração dos pais sido fundamental para o sucesso da vacinação. A situação motivadora de reflexão foi originada por uma criança de 5 anos que se encontrava extremamente nervosa por ser “dia de vacinas” (sic). Com recurso a uma comunicação adequada à sua idade e nível de desenvolvimento, presença da mãe, controlo do ambiente, utilização de técnicas de distração e reforço positivo, foi possível reduzir o *stress* da criança e tornar a experiência de vacinação menos traumática (Apêndice X).

Também a comunicação e contacto com crianças com perturbação da relação e comunicação, do espectro do autismo e hiperatividade e défice de atenção, e respetivas famílias constituiu um desafio, tendo-me motivado a realizar uma reflexão (Apêndice XI). Para este desiderato foi essencial aprofundar conhecimentos sobre técnicas de comunicação adequadas às crianças com perturbação da relação e comunicação, observar as técnicas de comunicação verbal e não verbal utilizadas pela equipa multidisciplinar, assim como gerar condições para promover um ambiente terapêutico facilitador da comunicação.

Enquanto as crianças com perturbação da relação e comunicação demonstram dificuldade na interação social e na comunicação verbal e não-verbal, as crianças com hiperatividade e défice de atenção apresentam dificuldade de concentração e em realizar tarefas (Bryant, 2024). Assim, torna-se essencial adaptar a comunicação ao desenvolvimento da criança, encontrar estratégias comunicacionais eficazes, recorrendo a uma abordagem individual, adequada ao nível de desenvolvimento e cultura. Após observar e refletir sobre a abordagem às crianças com estas perturbações por parte da enfermeira orientadora e da equipa, conclui que o discurso coerente, assertivo, com frases curtas e simples, num tom de voz calmo, utilizando a repetição e a imitação, com recurso ao reforço positivo e motivação foram estratégias que potenciaram a comunicação com estas crianças, concordantes com a literatura (Bryant, 2024; Filipe, 2011; Freire, 2012). Igualmente, de realçar o contexto em que

ocorrem as consultas, pois o ambiente detém um papel fundamental na interação com a criança e família, influenciando o seu comportamento (Diogo, 2019; Neuman, 2011). Considerando que estas crianças têm apetência para se distrair, torna-se essencial minimizar os estímulos ambientais, ajudando a criança a manter o foco de atenção.

No serviço de urgência pediátrica, a triagem é o momento de contato inicial com a criança e família, constituindo-se como uma oportunidade para iniciar a relação terapêutica e de confiança (Diogo et al., 2016). Neste âmbito, o ambiente emocional, a par do ambiente físico, integra a intervenção do enfermeiro como um aliado na gestão do *stress* e trauma associados aos cuidados de enfermagem (Diogo, 2015; Diogo et al., 2016; Hockenberry, 2024). O início abrupto de uma doença ou a ocorrência de uma lesão física, que motivam a deslocação ao serviço de urgência, podem não permitir a preparação das crianças para o que vai acontecer, potenciando o medo e ansiedade (Diogo et al., 2016). Ao ter oportunidade de colaborar ativamente na triagem, procurei dirigir a minha comunicação à criança, quando possível e adequado, observando os seus sintomas e escutando preocupações, identificando alguns comportamentos associados a *stress* e ansiedade, valorizando-os no sentido de tranquilizar a criança e promover uma sensação de controlo e segurança. Estas intervenções contribuíram para o desenvolvimento de competências de EEESIP, em especial ao nível da comunicação com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura (E3.3.) (Regulamento n.º 422/2018).

De forma complementar à abordagem do enfermeiro, também o ambiente físico contribui para minimizar a experiência traumática da criança e família. Para além da entrada recentemente pintada com imagens coloridas, o serviço de urgência pediátrica encontra-se decorado com figuras e imagens alusivas ao tema “universo”. É possível identificar pequenos detalhes que transpõem o tema para outros serviços, como por exemplo, a preparação para ida ao bloco operatório na qual as crianças são preparadas por astronautas e transportadas numa cama especial. Estas analogias permitem desmistificar alguns dos seus medos e preocupações que, aliadas às intervenções sensíveis ao trauma, permitem tornar o ambiente físico mais acolhedor, seguro e afetuoso, contribuindo para a minimização do *stress* e ansiedade da criança e família (Diogo, 2015; Diogo et al., 2016; Hockenberry, 2024). Integrar os elementos do ambiente físico na comunicação da criança, nomeadamente como técnica de distração durante os procedimentos, foi uma das estratégias que utilizei ao longo do estágio, contribuindo assim para a promoção de um ambiente terapêutico facilitador da comunicação, seguro e afetuoso.

Após refletir sobre as vivências em estágio conclui que o estabelecimento desta relação constitui um desafio para os enfermeiros na urgência pediátrica, motivado pela afluência de crianças e famílias, ao ritmo de trabalho acelerado e à complexidade de situações, com múltiplos profissionais envolvidos, num contexto em que as crianças e famílias se encontram mais vulneráveis. No entanto, saiu reforçada a ideia que a forma como se procede ao acolhimento, explica a dinâmica do serviço e o percurso necessário à recuperação da criança, se tranquiliza e esclarece dúvidas, com uma abordagem positiva, um sorriso e disponibilidade, facilita a construção da relação terapêutica, assim como tornam a criança e a família mais recetivas aos cuidados. (Diogo, et al., 2016).

O impacto da condição crónica no quotidiano das crianças e famílias, com envolvimento da dimensão física, psicológica, emocional, social e cultural, motiva um olhar atento sobre as suas necessidades e uma intervenção individualizada. Nesta linha, ao participar ativamente na prestação de cuidados à criança e família, identifiquei situações de desvalorização dos sentimentos e comportamentos da criança. Uma dessas experiências motivou a reflexão com a enfermeira orientadora, assim como a realização de um jornal de aprendizagem (Apêndice V) sobre as estratégias e técnicas de comunicação do enfermeiro na interação com a criança e família observadas e a importância da promoção de um ambiente terapêutico facilitador da comunicação. A observação participante e a reflexão contribuíram para o desenvolvimento de competências de EEESIP, nomeadamente o diagnóstico precoce e intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a qualidade de vida (E1.2.), na identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal estar psíquico, na aplicação de conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança e nos conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (Regulamento n.º 422/2018).

Embora as diferentes unidades possuam documentos informativos abrangentes às diferentes temáticas relacionadas com comportamento e estilos de vida saudáveis, nomeadamente introdução e diversificação alimentar, importância no sono para o desenvolvimento infantil, plano nacional de vacinação, entre outros, os mesmos não se encontram traduzidos para outras línguas, dificultando a sua divulgação junto de populações de outras nacionalidades. Após reflexão com as enfermeiras orientadoras foi identificada a necessidade de atualizar e traduzir os documentos de maior relevância na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, assim como a sua adaptação tendo em consideração os diferentes hábitos culturais, nomeadamente no referente à introdução e diversificação

alimentar. Desta forma, contribuiu para o desenvolvimento de competências de EEESIP, nomeadamente as relacionadas com a comunicação com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3) (Regulamento n.º 422/2018).

4.2. Atividades desenvolvidas na minimização do impacto dos stressors associados aos cuidados de enfermagem na criança e família

De forma a responder ao objetivo geral foram delineados dois objetivos específicos: *mobilizar conhecimentos aprofundados sobre os stressors associados aos cuidados de enfermagem e estratégias para reduzir o seu impacto e promover a prestação de cuidados sensíveis ao trauma à criança e família com vista ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, desenvolvidos ao longo de todos os contextos.*

As atividades que concorreram para o seu desenvolvimento foram a pesquisa bibliográfica para identificação de momentos potencialmente traumáticos e fatores de *stress* associados aos diferentes contextos de cuidados, assim como a prestação de cuidados sensíveis ao trauma às crianças e famílias, tendo por base o protocolo DEF e o modelo dos sistemas de Betty Neuman.

Nos cuidados de saúde primários identifiquei a vacinação como a situação geradora de ansiedade *stress* mais frequente. Segundo a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2021), a dor associada à vacinação é a fonte de dor iatrogénica mais comum na infância, e, uma vez que corresponde a uma situação transitória e previsível, a sua gestão diferenciada é fundamental. Desta forma, procedeu-se à avaliação da dor com recurso a instrumentos adequados ao nível de desenvolvimento da criança e posteriormente à sua gestão diferenciada da dor, através de estratégias farmacológicas e não farmacológicas. Concomitantemente, e associado à vacinação, identifiquei a perda de controlo, medo da lesão corporal e a ansiedade associadas ao procedimento doloroso como *stressors* da criança e família (Fox, 2024; Hockenberry, 2024), concorrendo para a necessidade de prevenir e minimizar a experiência potencialmente traumática. Neste sentido, considero que as CVSII constituem o momento ideal para fornecimento de orientações antecipatórias e partilha de informação sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor com as crianças e pais (APED, 2021). Esta intervenção sustenta-se nas filosofias de cuidados de enfermagem pediátrica e na Carta da Criança Hospitalizada, operacionalizadas através da partilha de informação, envolvimento nos

cuidados e no processo de tomada de decisão, com colaboração da criança e família dentro da sua vontade e capacidade (IPFCC, 2021), e da minimização das agressões físicas, emocionais e da dor (IAC, 1998).

No entanto, alguns autores consideram que a partilha de informação em diferentes formatos facilita a sua retenção por parte dos pais, referindo que a transmissão oral, que muitas vezes ocorre imediatamente antes ou no momento do procedimento, não é suficiente para uma partilha de informação eficaz nem para uma tomada de decisão informada (Kammerer, et al., 2014). Desta forma, e ao identificar que a maioria dos pais com quem colaborei nas CVSIJ desconheciam as diferentes estratégias para alívio da dor, em especial em recém-nascidos (RN) e latentes, complementei a informação transmitida oralmente e elaborei um póster alusivo às “Estratégias Não Farmacológicas para o Alívio da Dor no Latente durante a Vacinação”, exposto na sala de enfermagem de saúde infantil. Este póster surge na sequência da realização de uma revisão da literatura subordinada ao tema intervenções não farmacológicas para alívio da dor associada à vacinação, apresentada no apêndice XII.

Para além de permitir minimizar a experiência traumática do latente e família, esta atividade contribuiu para facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança (E1.2.8), promover a vinculação com o RN, através da amamentação, contacto físico e envolvimento dos pais nos cuidados (E3.2.), numa lógica de melhoria da qualidade dos cuidados prestados (B) (Regulamento n.º 422/2018; Regulamento n.º 140/2019).

Como estratégias para alívio da dor durante a consulta e a vacinação privilegiei a redução dos estímulos ambientais (Coughlin, 2017, 2021; Hellsten, 2024), a presença parental com colo/contenção e embalo (APED, 2021; IASP, 2021; DGS, 2012b), a amamentação (APED, 2021; Chora & Alves, 2018; Hellsten, 2024) ou administração de sacarose (APED, 2021, DGS, 2012b), associada a sucção não nutritiva com chucha (Riddell et al., 2023; Vu-Ngoc et al., 2020). De referir como exemplo do sucesso destas intervenções, o controlo da ansiedade de um casal durante a vacinação do seu filho de 2 meses. Abordados com base nos cuidados sensíveis ao trauma, tentei compreender o que mais os preocupava/assustava, concluindo que o pai tinha um “trauma com agulhas” (sic) apresentado sintomas físicos na sua presença (calafrios, sudorese intensa e desmaios), e que a mãe tinha receio de causar dor ao seu filho, demonstrando labilidade emocional mesmo antes do procedimento. Foram notórios a intensificação do *stress* e choro do bebé associados à ansiedade da mãe, pelo que propus a colocação do bebé à mama após ter explicado o procedimento. A mãe mostrou-se aparentemente menos ansiosa e o bebé mais confortável, comprovando-se os benefícios da

amamentação, enquanto estratégia não farmacológica, para a redução dos níveis de ansiedade, dor e *stress*, assim como da experiência traumática, com aumento do conforto dos pais e do RN. Desta forma, valorizou-se o desenvolvimento de competências do EEESIP no âmbito da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem (E2.2) e da promoção da vinculação através do reforço da amamentação e contacto físico com o RN (E3.2) (Regulamento n.º 422/2018).

Em complemento do póster, foi construído um kit recompensa da vacinação, composto por uma medalha, certificado “Campeão da Vacinação” e autocolantes coloridos, fundamentado pela mesma revisão da literatura (apêndice XII), direccionado para as crianças em fase pré-escolar e escolar, constituindo uma estratégia para a minimização da experiência traumática associada à vacinação nas crianças. Esta intervenção teve como objetivo modificar o significado da dor a partir de um acontecimento doloroso, transformando-o num desafio (OE, 2013), com recurso ao reforço positivo, com elogio ou recompensa após o procedimento doloroso (APED, 2018; DGS, 2012a; Figueiredo, 2016).

Ainda com o intuito de mobilizar conhecimento sobre *stressors* associados aos cuidados de enfermagem e promoção dos cuidados sensíveis ao trauma, organizei uma sessão de formação para os enfermeiros da USF (Apêndice XIII) alusiva ao tema “Prevenção do Trauma associados aos Cuidados de Enfermagem”. O diagnóstico das necessidades formativas sobre a prevenção do *stress* e trauma associados aos cuidados de enfermagem permitiu-me concluir que, embora a equipa de enfermagem estivesse desperta para a prevenção e minimização do *stress* e dor nas suas intervenções, tivesse experienciado situações de *stress* e trauma em crianças e famílias e realizasse uma gestão diferenciada da dor, nenhum dos elementos da equipa conhecia o modelo dos cuidados sensíveis ao trauma. Esta sessão de formação constituiu-se como um momento de aprendizagem partilhada, facilitadora da transmissão de conhecimentos e informação relevantes para a prática de cuidados em saúde infantil e pediátrica, nomeadamente relativos à prevenção do *stress* e trauma associados aos cuidados de enfermagem e seu impacto no crescimento e desenvolvimento da criança e família, tendo recolhido contributos pertinentes resultantes da reflexão e análise da prática.

De uma forma geral, as experiências vividas durante o percurso na USF possibilitaram-me o desenvolvimento de competências relacionadas com o diagnóstico precoce e intervenção em situações de risco que podem afetar de forma negativa a vida ou qualidade de vida da criança (E1.2) e a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil (E3.1.) (Regulamento n.º 422/2018), permitindo concomitantemente mobilizar conhecimentos e

habilidades para a melhoria dos cuidados e o desenvolvimento de práticas de qualidade (B1.1), constituindo-se como agente facilitador da aprendizagem em contexto laboral (D2.1) (Regulamento n.º 140/2019).

Por sua vez, para a identificação de momentos potencialmente traumáticos e dos *stressors* associados ao serviço de urgência pediátrica elaborei uma grelha de observação, adaptada de Damião (2019), norteadora da observação da prestação de cuidados à criança e família, abrangendo a postura da equipa perante a criança e família, a preparação para o procedimento e as intervenções aquando e após os procedimentos. Não pretendi a realização de um estudo, mas somente refletir sobre as intervenções de enfermagem com foco na minimização do *stress* da criança em contexto de urgência, através de uma observação participante estruturada. A respetiva reflexão e análise dos dados recolhidos encontram-se descritos no apêndice XIV.

A observação do comportamento das crianças e famílias que recorreram à urgência, assim como a verbalização de medos, preocupações e experiências anteriores, permitiram-me identificar os principais momentos potencialmente traumáticos e os *stressors* associados a este contexto de cuidados. Enquanto para os pais o principal *stressor* era a situação clínica dos filhos (dependendo da complexidade), o sentimento de impotência, a perda de controlo da situação e a dificuldade em saber como ajudar, para as crianças, destaco as verbalizações e manifestações comportamentais de medo e ansiedade, medo da dor e da lesão corporal, da separação dos pais e da aproximação de pessoas desconhecidas, medo da observação médica, de serem agarradas ou imobilizadas, assim como medo da realização de procedimentos invasivos e dolorosos (punção venosa, colheita de análises, zaragatoas), da possibilidade de internamento e da realização de exames. Estes sentimentos e comportamentos estão descritos na literatura como *stressors* associados aos cuidados de enfermagem (Damião, 2019; Diogo et al., 2016; Hockenberry, 2024; Fox, 2024; NCTSN, 2014), tornando-se uma prioridade a prestação de cuidados sensíveis ao trauma à criança e família.

Para tal, a integração do protocolo DEF (NCTSN, 2014) na minha prestação de cuidados foi norteadora, facilitando a avaliação estruturada das necessidades da criança e família, intervindo de forma individualizada e completa. Esta orientação foi reconhecida ao longo da minha intervenção junto da criança e família, nomeadamente perante experiências traumáticas anteriores, realização do acolhimento e esclarecimento de questões, negociação da participação nos cuidados e no processo de tomada de decisão, na preparação da criança e família para os procedimentos, na abordagem aos seus sentimentos, medos e preocupações,

assim como na identificação de recursos da família e na comunidade que pudessem colaborar na sua recuperação.

A colaboração com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança e família permitiu-me partilhar este protocolo de atuação, com exemplificação prática de intervenções, esclarecer questões e dúvidas, delinear estratégias, em parceria, para reduzir o *stress* e ansiedade associados aos procedimentos, assim como contribuir para a formação de pares em contexto de prática de cuidados de enfermagem, sensibilizando para a necessidade de prevenir o *stress* e trauma da criança e família neste contexto.

Relativamente à atitude dos enfermeiros perante a criança e os pais pude concluir que incentivavam a sua presença e envolvimento nos cuidados, escutavam a família, demonstrando disponibilidade para esclarecer dúvidas e desmistificar medos e ansiedades, comunicavam de forma apropriada à idade, estágio de desenvolvimento e cultura, não utilizando os procedimentos de enfermagem como ameaça, orientavam os pais para não o fazerem e proporcionavam um ambiente hospitalar divertido e seguro. Durante a preparação e realização de procedimentos mostrou-se existir oportunidade para melhoria, nomeadamente na identificação de *stressors* e comportamentos sugestivos de *stress* e estratégias de *coping*, partilha das experiências anteriores, no incentivo à expressão de medos, ansiedades, sentimentos e dúvidas, respondendo-lhes de forma adequada, assim como na utilização das estratégias não farmacológicas para controlo da dor. A apreciação sistemática da dor e a sua gestão diferenciada mantiveram-se como intervenções essenciais ao longo de todo o estágio. De referir que este serviço conta com alguns projetos nesta área, destacando-se a utilização de protóxido de azoto e óculos de realidade virtual aquando da realização de procedimentos dolorosos.

A prestação de CCF e CNT são basilares para melhorar a experiência das crianças e famílias quando recorrem ao serviço de urgência pediátrica, no entanto ainda existe um grande caminho a percorrer, com alguns autores a referir que os enfermeiros nem sempre compreendem ou aderem na totalidade aos princípios dos CCF, nomeadamente respeito pelas preferências, controlo da dor, ambiente respeitador das necessidades da criança, *empowerment*, envolvimento e parceria de cuidados (Kammerer, et al., 2024; Rosenthal, Perez & Young, 2023; Vasey, et al. 2019). Ademais, quando a experiência no serviço de urgência é vivida pela criança de forma positiva, esta poderá sentir-se mais capaz por ter superado a situação de crise, sabendo reagir aos *stressors* em situações futuras (Damião, 2019).

Neste sentido, com base nos resultados obtidos e após reflexão com a enfermeira orientadora, considerou-se pertinente a realização de uma sessão de formação sobre a prevenção do *stress* e trauma no serviço de urgência pediátrica com intervenções baseadas no modelo dos cuidados sensíveis ao trauma, que foi gravada e partilhada com todos os elementos da equipa. Estas atividades contribuíram para o desenvolvimento de competências de EE, nomeadamente no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados (B) e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D) (Regulamento n.º 140/2019). Ao acompanhar a equipa de enfermagem, observando e participando ativamente nos cuidados, tive oportunidade de apresentar sugestões de melhoria, recorrendo ao modelo dos cuidados sensíveis ao trauma, e verificar a importância da gestão dos cuidados de enfermagem na otimização das respostas na articulação da equipa, adaptando os recursos e liderança às situações vivenciadas, contribuindo para o desenvolvimento de competências no domínio da gestão de cuidados (C) (Regulamento n.º 140/2019).

Ao acompanhar crianças com condições crónicas em situação de agudização, em internamento pediátrico e consultas em hospital de dia, pude identificar sinais e comportamentos de *stress* e trauma nas crianças e famílias. Apresentavam com frequência um comportamento evitativo, com o olhar baixo, pouco comunicativos, com agitação psicomotora, gritos e choro ainda antes da abordagem do enfermeiro, comportamentos concordantes com os encontrados na literatura (Goddard, Janicek & Etcher, 2022). Estas experiências tornaram evidente a importância de uma aproximação tranquila e com disponibilidade para dar tempo à criança, respeitando o seu espaço, medos e preocupações, seguindo uma abordagem sensível ao trauma.

Ao participar ativamente nas consultas e ao longo do estágio pude apoiar e colaborar com as crianças e famílias na implementação das suas estratégias de *coping* e adaptação com vista à minimização do *stress* e ansiedade sentidos. Noutros casos, para além destas estratégias não se encontrarem desenvolvidas, observei a desvalorização dos sentimentos e comportamento de stress das crianças. Recordo a situação que motivou a realização do jornal de aprendizagem (apêndice V), referido anteriormente, durante a qual a minha intervenção passou por implementar estratégias de distração e exercícios de relaxamento no sentido de ajudar a criança a ultrapassar a ansiedade sentida durante a realização do procedimento doloroso, assim como capacitar os pais para a identificação dos sinais e comportamentos de *stress* expressados pela criança e necessidade de desenvolver estratégias de adaptação.

Adicionalmente, a preparação para o procedimento, com a respetiva explicação, conhecer as experiências anteriores e as estratégias de *coping* que resultavam para aquela criança, a abordagem tranquila e assertiva, o ouvir as dúvidas, preocupações e medos da criança e família, dar tempo e respeitar os desejos, aliados à distração, imaginação guiada, técnicas de respiração e relaxamento e ao conforto pelos pais, foram intervenções fundamentadas que implementei no sentido de tornar a experiência o menos traumática possível (APED, 2018; DGS, 2012a, 2012b; Hellsten, 2024; IASP, 2021).

Mais uma vez a apreciação sistemática da dor e a sua gestão diferenciada, numa lógica de prestação de cuidados sensíveis ao trauma, foram intervenções que implementei ao longo do estágio. A APED (2021) refere que o controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada com envolvimento e colaboração do profissional, da criança e da família. Neste sentido, refleti em conjunto com a enfermeira orientadora sobre a presença de dois profissionais durante a realização dos procedimentos dolorosos, ficando um apenas responsável pela gestão e controlo da dor da criança (APED, 2018), tendo esta ideia contribuído para o planeamento dos cuidados nos quais participei ativamente. No entanto, em hospital de dia, pela gestão de recursos humanos, nem sempre é possível a presença de dois profissionais para a realização destes procedimentos. Reconheço que esta prática facilitaria a prestação de cuidados sensíveis ao trauma, no sentido em que a avaliação do *distress* e o fornecimento de suporte emocional seriam realizados de forma contínua e em resposta às necessidades no momento.

De referir que o serviço onde foi realizado conta com o apoio dos “doutores palhaços” para animar as crianças hospitalizados, e com o projeto “nuvem vitória”, através da leitura de histórias para as crianças adormecerem. Ademais, é composto por uma sala de atividades com a presença de uma educadora e voluntárias. Embora a sala esteja sempre disponível para as crianças, a educadora e voluntárias apenas estão presentes durante a semana, ficando a dinamização das atividades a cargo dos enfermeiros do serviço. Esta estrutura e projetos implementados vão ao encontro do preconizado na carta da criança hospitalizada, segundo a qual as crianças têm direito a não ser admitidas em serviços de adultos, mas sim a ser reunidas por grupos etários para que possam usufruir de jogos, brincar e atividades educativas adequadas à idade, num ambiente que responda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, com segurança (IAC, 1998). De referir que a presença dos “doutores palhaços”, com brincadeiras e momentos de partilha e animação, permite aliviar o *stress* e ansiedade da criança e família, contribuindo para tornar a experiência de hospitalização menos traumática.

Neuman (2011) refere a importância de identificar os *stressors* do ambiente, agir no sentido de minimizar o seu impacto na pessoa e colaborar para restaurar o equilíbrio e o bem-estar quando o *stressor* provoca instabilidade no sistema. Em neonatologia, para além do nascimento prematuro e hospitalização do RN, foi possível identificar *stressors* físicos, psicológicos, sociais e ambientais na UCIN, destacando-se a dor e o desconforto, o ambiente desconhecido com sons, equipamento e pessoal pouco familiares, a falta de privacidade, a severidade da situação clínica, a disrupção das relações, em especial com familiares e amigos, a ausência laboral, entre outros (Coughlin, 2021; Fox, 2024; Sousa & Curado, 2020). A par da separação e perda de controlo, também a aparência do recém-nascido parece constituir um fator de *stress* para os pais (Coughlin, 2021; Fox, 2024). A título de exemplo, analisando estes *stressors* segundo Neuman (2011), a separação e afastamento da criança da sua família e o ambiente estranho podem ser considerados *stressors* extrapessoais, a realização de procedimentos invasivos e dolorosos um *stressor* intrapessoal, e a comunicação comprometida um *stressor* interpessoal. Todos estes requerem a implementação de intervenções, através dos cuidados antecipatórios, englobando o respeito pelo indivíduo como um todo e valorizando as suas características (biológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais), uma vez que estas influenciam a resposta aos *stressors* do ambiente (Neuman, 2011). Neste sentido, contribui para a minimização do impacto dos *stressors* quer para o RN quer para os pais, nomeadamente através da prestação de cuidados centrados no neurodesenvolvimento e cuidados sensíveis ao trauma, assim como de intervenções promotoras do bem-estar da tríade.

O nascimento prematuro e o internamento numa unidade de neonatologia podem ser considerados uma experiência traumática (Coughlin, 2021; Fox, 2024; Montiroso & Provenzi, 2015), resultando numa situação inesperada e numa transição para a parentalidade vulnerável, com inseguranças e medos (Sousa & Curado, 2020).

Por este motivo, a promoção da vinculação e do processo de transição para a parentalidade foram intervenções que desenvolvi, requerendo o incentivo ao envolvimento e a negociação da participação dos pais nos cuidados ao RN hospitalizado. Por ser um dos aspetos negativos apontados pelos pais, desenvolvi intervenções que promovessem a vinculação e o envolvimento parental, como o envio de fotografias e vídeos dos RN para o telemóvel pessoal dos pais, a celebração das conquistas, a promoção do contacto pele a pele, da presença dos pais, da colostroterapia e da amamentação (Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2017; 2021).

No seguimento da reflexão sobre as práticas de cuidados de enfermagem em neonatologia, com especial enfoque nos cuidados sensíveis ao trauma e na intervenção do enfermeiro (apêndice VII), realizei uma sessão para os pais denominada “Os pais também cuidam na Neonatologia”, inserida no projeto “à conversa com os pais” implementado na unidade, cujos objetivos foram conhecer as estratégias para apoiar o bebé durante o internamento, promover o envolvimento dos pais nos cuidados e a partilha de experiências entre os pares. O *feedback* foi bastante positivo com os pais a referirem sentir-se mais confiantes e seguros para participarem e cuidarem dos seus filhos.

As intervenções implementadas contribuíram para o desenvolvimento de competências de EEESIP, nomeadamente a implementação e gestão de um plano de saúde promotor da parentalidade (E1.1), facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família (E1.2.8.), promover a adaptação da família à doença crónica, deficiência e/ou incapacidade (E2.5.), promover a vinculação de forma sistemática e em particular com o RN prematuro e gravemente doente (E3.2), com recurso a estratégias para promover o contacto físico com o RN, amamentação e envolvimento dos pais nos cuidados (Regulamento n.º 422/2018), assim como fundamentar a prática especializada em evidência científica (D2) e garantir a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (B) (Regulamento n.º 140/2019).

A avaliação sistemática da dor, mobilizando os instrumentos adequados de acordo com o desenvolvimento e condição de saúde e a promoção da gestão diferenciada da dor, com mobilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, com especial relevância para as situações de maior complexidade tomaram novamente posição de destaque. A dor e o *stress* são consideradas componentes traumáticas em neonatologia, pelo que a sua avaliação, prevenção e minimização são essenciais (Coughlin, 2017; 2021). Ao longo do estágio a avaliação da dor foi objetiva e sistemática, com recurso a instrumentos validados, e utilização das escalas preconizadas na unidade: a EDIN (*Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*), na unidade de cuidados intensivos neonatais e a NIPSS (*Neonatal Infant Pain Scale*) na unidade de cuidados intermédios neonatais (DGS, 2010). Avaliada a dor torna-se necessário intervir. Deste modo, de forma a minimizar a dor e desconforto causadas pela realização de procedimentos invasivos, como punção venosa, colheita de sangue, entubação naso/orogástrica e aspiração de secreções, foram implementadas diversas intervenções, destacando-se a presença dos pais, contenção terapêutica, colocação ao colo ou método canguru (APED, 2021; IASP, 2021; DGS, 2012b), sucção não nutritiva (Riddell et al., 2023; Vu-Ngoc et al., 2020) com administração de colostro ou sacarose a 24% (APED, 2021, DGS, 2012b),

amamentação (APED, 2021; Chora & Alves, 2018; Hellsten, 2024), distração com olhar e voz materna, assim como a minimização dos estímulos ambientais, como luminosidade, ruído e pessoal, entre outras (Coughlin, 2017, 2021; Hellsten, 2024).

O envolvimento dos pais na gestão da dor aguda dos seus filhos permite minimizar a experiência dolorosa da criança, reduzir o *stress* e ansiedade parental, assim como aumentar a satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem (Vasey, et al., 2019). Desta forma, as intervenções referidas contribuíram para a promoção da vinculação e transição para a parentalidade, uma vez que foram fornecidas aos pais orientações antecipatórias e cuidados concretos que podem prestar aos seus filhos e que são fundamentais para o seu crescimento e desenvolvimento. Assim, considero que as atividades realizadas contribuíram para o desenvolvimento de competências de EEESIP, nomeadamente as relacionadas com a implementação e gestão de um plano de saúde através da negociação da participação dos pais nos cuidados (E1.1.), a gestão diferenciada da dor e do bem-estar do RN (E2.2.), promoção do crescimento e desenvolvimento do RN com promoção e proteção do seu neurodesenvolvimento (E3.1.) e promoção da vinculação de forma sistemática através da implementação de estratégias promotoras do contacto físico e amamentação (E3.2.) (Regulamento n.º 422/2018).

4.3. Outras Atividades científicas

Para além do estágio nos diferentes contextos de prestação de cuidados, o percurso formativo incluiu também a participação em vários eventos formativos.

Assisti e participei na primeira sessão do núcleo, intitulada “Parceiros nos Cuidados” e no workshop da Operação Nariz Vermelho (Anexo I), organizado pelo núcleo de enfermagem de saúde infantil e pediátrica no hospital onde exerço funções, composto por enfermeiros especialistas dos vários serviços do departamento de pediatria, e cujo objetivo passa por melhorar a qualidade e uniformização dos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica. Para além de criar e fortalecer os laços entre as equipas dos vários serviços e dar a conhecer os objetivos e propostas do núcleo, considero que esta atividade contribuiu para o desenvolvimento de competências ao nível da (B) melhoria da qualidade dos cuidados, nomeadamente no suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação

clínica (B1) e no desenvolvimento e colaboração em programas de melhoria contínua (B2) (Regulamento n.º 140/2019).

Como uma experiência enriquecedora, relevo também a integração no polo de estudantes da Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano (anexo II). Para além de aprofundar de conhecimento sobre a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, através do contato com vários especialistas e projetos, permitiu-me integrar a comissão organizadora do Evento Científico Internacional Encontro com Dr.^a Jean Watson (Anexo III). Para além da troca de conhecimento e relacionamento internacional, esta atividade permitiu-me desenvolver competências a nível do (D) desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019), assim como aplicar os conhecimentos e capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, relacionados com a sua área de estudo (Decreto-Lei n.º 65/2018, artigo 15º (b)).

A participação nas XXIX Jornadas de Pediatria do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria constituiu uma oportunidade para aprofundar conhecimentos em diferentes áreas da pediatria, e partilhar o trabalho desenvolvido ao longo do mestrado (Anexo IV). A construção e exposição de um póster alusivo à intervenção de enfermagem baseada nos cuidados sensíveis ao trauma em neonatologia (Apêndice XV), contribuiu para o desenvolvimento de competências de grau de mestre, nomeadamente o art. 15º(d), através da comunicação de conclusões e conhecimentos, a especialistas e não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei n.º 65/2018). Ademais, contribuiu para o desenvolvimento de competências de EE, nomeadamente nos domínios da (B) Melhoria contínua da qualidade e (D) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Ademais, a participação em diversas formações relacionadas com a área em estudo, destacando as Reuniões Científicas "Stress Pós-Traumático: a parentalidade após a neonatologia" (Anexo V), "Cuidados em Fim de Vida: Os desafios em Neonatologia" (Anexo VI) e "A transição da neonatologia para o domicílio: que capacitação parental?" (Anexo VII) contribuíram para o desenvolvimento de competências de EE, nos domínios (B) Melhoria da qualidade dos cuidados, (C) Gestão dos cuidados e (D) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019), de EEESIP, nas suas três dimensões, e conducentes ao grau de mestre, nomeadamente a capacidade de para integrar conhecimento, lidar com questões complexas e desenvolver soluções em situações de informação limitada (Decreto-Lei

n.º 65/2018, art. 15º:c), através da reflexão sobre as questões levantadas e o seu paralelismo com a prática de cuidados.

Segundo Benner (2001), a reflexão, pesquisa e construção do conhecimento, em situações progressivamente mais complexas, são essenciais ao desenvolvimento de competências no percurso para enfermeiro perito. Considera-se que as atividades acima descritas contribuíram para a construção deste percurso valorizando o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

5. SÍNTESE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS: CONTRIBUTO DAS EXPERIÊNCIAS DE ESTÁGIO

O desenvolvimento de competências envolve a articulação entre a equipa de saúde, o contexto e o conhecimento. No contexto do cuidar, esta articulação ultrapassa a prestação direta de cuidados, envolvendo o desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos que, por sua vez, contribuem para o desenvolvimento de competências (Serrano, Costa & Costa, 2011).

Foi nesta noção que alicercei o meu percurso formativo. As atividades desenvolvidas visaram não só a prestação de cuidados à criança e família, mas também a elaboração de documentos orientadores, formação às equipas sobre o modelo de cuidados sensíveis ao trauma e a sua aplicação nos diferentes contextos. No campo documental destaco a elaboração de um póster sobre as medidas não farmacológicas para controlo da dor associada à vacinação no latente, a construção do Kit Campeão da Vacinação, atualização do folheto fornecido na consulta de obstipação e construção de um guia de consulta na mesma área, a realização da sessão de capacitação dos pais de RN internados na unidade de neonatologia e a realização de um estudo de caso. Estas atividades basearam-se em evidência científica e foram realizadas para as crianças e famílias, com base em necessidades identificadas através do contacto com as mesmas nos diferentes contextos.

Adicionalmente, a autorreflexão e a reflexão sobre as práticas constituíram-se como contributos essenciais para a aquisição e desenvolvimento de competências. Segundo Benner (2001), a reflexão, a par da pesquisa e construção de conhecimento, é essencial para este desenvolvimento de competências, permitindo ao enfermeiro passar de iniciado a perito. Este é um processo que se organiza diferentes estádios que diferem em nível de aptidão, aumentando progressivamente a complexidade de conhecimento, capacidade de análise das situações e da intervenção, assim como a competência (Benner, 2001).

Este processo foi vivenciado ao longo do percurso formativo, no qual se verificou um aumento gradual de conhecimentos e competências, tendo em vista o desenvolvimento profissional enquanto EEESIP. Nesta lógica, foram inevitáveis diferentes reflexões nomeadamente relativas à comunicação com a criança em idade escolar, cuidar da criança com perturbação de hiperatividade e défice de atenção e sua família, cuidar da criança com

condição crónica e sua família, desafios em urgência pediátrica, e prestação de cuidados culturalmente competentes em neonatologia.

O culminar deste percurso formativo é o desenvolvimento de competências comuns de EE e específicas do EEESIP. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista deve ser detentor de “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, pp. 4744), assim como de um “conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.” (Regulamento n.º 140/2019, pp. 4745).

Neste sentido, apresenta-se a avaliação global das competências desenvolvidas ao longo deste percurso formativo, iniciando pelas competências comuns de EE e seguindo-se as competências específicas de EEESIP.

As competências comuns de EE dividem-se em quatro domínios: A – o da responsabilidade ética e legal; B – o da melhoria contínua da qualidade; C – o da gestão dos cuidados e por último, D – o do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Considero que o A – domínio da responsabilidade ética e legal, se encontra intrinsecamente presente na minha prática diária, não só na prestação direta de cuidados, mas também ao nível do raciocínio clínico e da tomada de decisão, baseados na melhor evidência científica disponível e no cumprimento das normas legais e princípios ético-deontológicos. O respeito pelos valores e crenças da criança e família, pela sua dignidade, privacidade e segurança, assentes no respeito pelos direitos humanos, estão presentes em todas as minhas intervenções, conforme preconizado na carta da criança hospitalizada e na carta da criança nos cuidados de saúde primários. Evidencia-se também o respeito e dignificação das responsabilidades profissionais, espelhadas nos quadros de referência da profissão, nomeadamente no código deontológico do enfermeiro, regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, regulamento do exercício profissional dos enfermeiros e regulamentos de competências comuns de enfermeiros especialistas e de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Neste sentido, foram ainda desenvolvidas intervenções como a comunicação com a criança e família, prestação de cuidados culturalmente competentes, a promoção da privacidade da criança aquando da realização de exame físico, o consentimento livre e

informado antes de cada intervenção, respeitando a vontade e o desejo da criança/jovem e família, o cumprimento do sigilo e confidencialidade, a capacidade de tomar decisões fundamentadas nos quadros de referência acima descritos, assim como uma abordagem assente nos princípios dos cuidados centrados na família e sensíveis ao trauma.

Relativamente ao B – domínio da melhoria contínua da qualidade, destaco a elaboração das sessões de formação relativas à prevenção do trauma associado aos cuidados de enfermagem e intervenção baseada no modelo de cuidados sensíveis ao trauma, adaptada a cada contexto de estágio e partilhada com as equipas. Também a prestação direta de cuidados, fundamentada no modelo descrito, permitiu a partilha de experiências e a construção e adaptação de estratégias práticas para a sua implementação, tendo como premissa a melhoria da qualidade dos cuidados, a prevenção do trauma associado aos cuidados de enfermagem e o envolvimento da equipa neste processo.

No que concerne ao C – domínio da gestão de cuidados, evidencia-se a colaboração nas atividades de chefia de equipa, em particular na gestão dos recursos humanos e materiais, de forma a garantir as dotações seguras, gestão de terapêutica e da equipa no turno, assim como gestão de conflitos na equipa multidisciplinar, uma vez que, na maioria dos contextos, a enfermeira orientadora do estágio desempenhava funções de chefe de equipa e, num dos casos, coordenação do serviço. De referir que, na maioria dos contextos, foi-me reconhecida pela equipa competência, com realce para aos cuidados sensíveis ao trauma, tendo sido possível assumir um papel de liderança em determinados momentos de prestação de cuidados.

Ao nível de D – domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foram desenvolvidas competências de autoconhecimento e assertividade, essenciais ao crescimento pessoal e profissional. Neste sentido, a atualização de conhecimentos e formação constante, considerando a evolução da investigação e tecnológica, encontra-se interiorizada na minha prática, contribuindo para uma praxis clínica especializada. A formação de pares, através da realização das sessões de formação, assim como a apresentação de um póster nas Jornadas de Pediatria do hospital onde exerço funções, contribuíram para a aquisição de competências neste âmbito.

Relativamente às competências específicas do EEESIP, estas encontram-se divididas em três domínios: E1 – Assistência à criança/jovem com a família na maximização da sua saúde; E2 – Cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade; E3 – Prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento

da criança e do jovem (Regulamento n.º 422/2018). O seu desenvolvimento teve por base as filosofias do cuidado centrado na família e dos cuidados não traumáticos, com especial foco nos cuidados sensíveis ao trauma, assim como na prevenção do impacto dos *stressors* associados aos cuidados de enfermagem segundo o modelo dos sistemas de Betty Neuman.

Analisando a competência E1 – Assistência à criança/jovem com a família na maximização da sua saúde, considera-se que o binómio criança/família foi o foco do cuidar em enfermagem, numa lógica de parceria de cuidados com vista à promoção e otimização da saúde, gestão da doença e parentalidade (Regulamento n.º 422/2018).

Ao longo do percurso de estágio foram notórios o esforço de negociação e o incentivo à participação ativa na prestação de cuidados e processos de tomada de decisão da criança e família, de acordo com o seu nível de desenvolvimento, capacidade e vontade. A comunicação adequada à idade, estágio de desenvolvimento e cultura foi essencial na procura de oportunidades para trabalhar com a criança e família, proporcionando conhecimento e habilidades para a gestão dos processos de saúde/doença, assim como para avaliar o sistema familiar, os recursos disponíveis e identificar necessidades. O incentivo à participação da criança e família em contexto de urgência, a gestão do plano de saúde e desenvolvimento construído nas consultas de saúde infantil e de desenvolvimento, assim como a promoção da transição para a parentalidade em neonatologia, e para o domicílio após internamento em contexto de doença crónica, foram exemplos de desenvolvimento desta competência. A identificação de situações de risco que pudessem afetar negativamente a sua qualidade de vida, identificando sinais e sintomas de *stress* e trauma, sensibilizando os pais e profissionais para a sua prevenção e implementando intervenções nesse sentido, foi também essencial.

Ao nível da competência E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, procurei a mobilização de recursos no cuidar à criança e família em situações de particular exigência e de elevada complexidade (Regulamento n.º 422/2018). Neste sentido, evidencio a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e família, preocupação presente em todos os contextos, a resposta às necessidades de uma criança com doença rara, síndrome de Griscelli, em contexto de hospital de dia pediátrico, assim como a prestação de cuidados que visavam a majoração de ganhos em saúde e promoção da adaptação a situações de doença crónica ou incapacidade, como o caso do jovem com diagnóstico inaugural de doença inflamatória intestinal. Relativamente ao reconhecimento de situações de instabilidade de funções vitais e risco de morte, embora não tenham sido experienciadas em contexto de estágio, tenho oportunidade de as desenvolver ao exercer funções numa UCIN, onde a

complexidade de cuidados e patologias o permite. Também a participação em sessões de formação, como as referidas anteriormente, contribuíram para o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo nesta área, assim como das competências de EE, EEESIP e conducentes ao grau de mestre.

De notar que o estabelecimento de uma relação terapêutica com a criança e família é essencial para a promoção da sua adaptação à condição crónica, pois permite o diagnóstico de necessidades específicas especiais e de intervenções individualizadas para lhes responder. A reflexão com as enfermeiras orientadoras, em especial no contexto de urgência e internamento pediátricos, permitiu desenvolver um olhar abrangente da intervenção de enfermagem à criança e família com condição crónica, reforçando o valor da relação terapêutica para a sua capacitação e adaptação à nova condição.

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e família foi a competência mais desenvolvida, havendo a preocupação constante de, em todos os contextos, prevenir, avaliar e gerir de forma adequada e eficaz a dor e desconforto, mas também minimizar o *stress* e ansiedade causados pelos *stressors* vivenciados. Após refletir sobre o percurso desenvolvido, considero que embora exista uma preocupação dos profissionais com a gestão da dor e desconforto das crianças, existe margem e mesmo a necessidade de uma abordagem completa e holística, não só com foco na dor física, mas também nas suas outras componentes, nomeadamente psicológica, emocional e cultural.

No que concerne à competência E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, pretende-se a promoção da maximização do potencial de desenvolvimento ao longo de todo o ciclo de vida, estando esta competência inerente ao cuidar em todo o percurso de estágio (Regulamento n.º 422/2018).

O aprofundar de conhecimentos acerca do crescimento e desenvolvimento infantil, foi essencial para uma avaliação rigorosa e personalizada da criança, assim como transmissão individualizada de orientações antecipatórias. A participação e realização de consultas de desenvolvimento, de saúde infantil e o estágio em neonatologia contribuíram para o desenvolvimento desta competência, nomeadamente para a promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento saudáveis e transição e gestão da parentalidade. Nesta linha, reforçar a promoção da vinculação, essencial ao desenvolvimento da competência anterior, através de estratégias como a amamentação, contacto pele-a-pele, envolvimento dos pais nos cuidados

ao RN e gestão da necessidade de intervenção precoce, como a referência ao sistema nacional de intervenção precoce na infância (SNIPI).

A comunicação com a criança e família de acordo com o seu estágio de desenvolvimento e cultura, em consonância com o universo de crianças que recorre aos cuidados de enfermagem, foi indispensável para o sucesso das intervenções de enfermagem, sendo a base da relação terapêutica estabelecida com a criança e família. A experiência vivida no estágio na consulta de desenvolvimento, com necessidade de adaptação da comunicação e desenvolvimento de estratégias para comunicar eficazmente com crianças com perturbações da comunicação e da relação, contribuiu para o desenvolvimento desta competência. Do mesmo modo, a promoção da autoestima do adolescente teve por base a comunicação expressiva de emoções e reforço da imagem corporal positiva, assim como o incentivo à adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, que me foi possível experienciar em consulta de saúde infantil e juvenil.

Do mesmo modo, ao longo do percurso formativo foram adquiridos contributos para o desenvolvimento das competências de Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018). A pesquisa bibliográfica que visou a tomada de decisão baseada em evidência científica, a aquisição de conhecimentos teóricos e a reflexão sobre as práticas. A participação em eventos científicos contribuiu para aprofundar e integrar conhecimentos, desenvolvendo a capacidade de compreensão e de intervenção especializada em situações de crescente complexidade. O presente relatório e a apresentação do póster nas Jornadas de Pediatria permitiram comunicar as minhas conclusões e saberes. Todas estas experiências concorreram para uma aprendizagem contínua e que se quer ao longo da vida, de um modo auto-orientado e autónomo.

O percurso desenvolvido, numa incursão por áreas, conhecimentos, saberes e perícias únicas, em que as boas práticas, atitudes e comportamentos no cuidar em enfermagem, foram o paradigma, permitiu responder a diferentes desafios que resultaram em importantes vivências e aprendizagens adquiridas em consonância com as expectativas e fundamentais ao patamar de enfermeiro especialista. Foi possível contactar com várias crianças, famílias e equipas multidisciplinares, em diferentes contextos de prestação de cuidados, no entanto movidos por um objetivo em comum: prestar cuidados de saúde de qualidade, holísticos e individualizados, em segurança. A forma como o faziam e as estratégias utilizadas eram distintas, adaptadas a cada realidade, o que enriqueceu a minha aprendizagem enquanto pessoa e profissional, através do olhar atento e reflexão sobre essas diferentes perspetivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso formativo iniciado nas unidades curriculares de Estágio e Estágio com Relatório originou um processo contínuo de (re)construção dos saberes, (re)construção de competências e de (re)construção de identidade pessoal e profissional, com desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e competências, através da aprendizagem e reflexão contínuas, para analisar, tomar decisões e agir (Alarcão & Rua, 2005; Serrano, Costa & Costa, 2011).

Constituindo-se como um processo de aprendizagem e transformação permitiu o desenvolvimento de competências comuns de EE, competências específicas de EEESIP assim como competências conducentes ao grau de mestre, atendendo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem descritos pela Ordem dos Enfermeiros.

A elaboração deste relatório é o culminar deste processo de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e profissional, sob a premissa de aprender ao longo da vida para um cuidado sensível ao trauma, estando nele sistematizada toda a aprendizagem vivenciada. A metodologia reflexiva para, na e sobre a ação, permitiu-me transformar e consolidar o conhecimento, tornando agora mais conscientes e refletidas muitas das intervenções que realizava na minha prática.

Analisando o percurso formativo e as experiências vividas considero que os objetivos propostos foram concretizados, adaptando-os a cada contexto de estágio e às necessidades identificadas. O contacto com diferentes contextos da prática em enfermagem pediátrica e suas especificidades contribuíram para uma visão alargada da intervenção do enfermeiro na prevenção e minimização do *stress* e trauma associados aos cuidados de enfermagem. Poder partilhar com os colegas o conhecimento sobre a temática, identificar e delinear, em parceria, intervenções e oportunidades de melhoria para um cuidado sensível ao trauma foi um desafio assumido, mas simultaneamente um objetivo cumprido.

Encerramos um capítulo e entramos noutro, com a mais valia de um cuidar mais humano e desafiante, não só pela transformação do conhecimento e da experiência, mas também pela aquisição de competências e ferramentas que me permitem interagir e intervir de forma diferenciada junto das crianças e famílias. Como projetos futuros equaciono uma revisão sistemática da literatura sobre a operacionalização dos cuidados sensíveis ao trauma

em contexto pediátrico em Portugal, pois acredito firmemente que a mudança surge pela análise das práticas e da partilha.

No meu contexto de trabalho continuarei a desenvolver e valorizar as práticas de cuidados, intervindo de forma especializada, mantendo como área chave de intervenção a prevenção do *stress* e trauma associados aos cuidados de enfermagem e a minimização da experiência traumática dos RN prematuros e doentes e de suas famílias.

A nível académico pretendo continuar a adquirir e desenvolver conhecimento na área dos cuidados sensíveis ao trauma pois, apesar de haver um forte suporte teórico, existe ainda alguma dificuldade em operacionalizar e integrar os conceitos na prática de cuidados, no espaço e tempo desejáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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>
- Altimier, A. & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9-22. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>
- American Academy of Pediatrics. (2014). The Medical Home Approach to Identifying and Responding to Exposure to Trauma. *American Academy of Pediatrics*. Disponível em: <https://www.aap.org/traumaguide>
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2018). *Desenhos da minha Dor*. https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor_fev_2018.pdf
- 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*. https://aped-dor.org/documentos/vac_young/recomendacoes_aped.pdf
- Benner, P., (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora
- Brazelton, T. (2021). *O Grande Livro da Criança: O desenvolvimento emocional e comportamental dos 0 aos 3 anos*. (15ª ed.) Lisboa: Editorial Presença.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Bryant, R. (2024). Impact of Cognitive or Sensory Impairment on the Child and Family. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th ed, pp.621-638).

- Campbell, P.; Cowie, J.; Jankulak, K.; Richardson, D. & Todhunter-Brown, A. (2022). Barriers and facilitators to managing childhood constipation. *Nursing Times* [online], 118(10).
- Chora, M. & Alves, N. (2018). A amamentação como estratégia de alívio da dor no lactente: Revisão sistemática. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 4(2), 1430-1441. http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/245
- Comité Português para a UNICEF (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. 0-80. <https://www.unicef.pt/actualidade/publicacoes/0-a-convencao-sobre-os-direitos-da-crianca/>
- Coyne, I; Dip, N.; Holmström, I. & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in Healthcare: A Concept Synthesis of Family-centered Care, Person-centered Care and Child-centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 45-56. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.001>
- Coughlin, M. (2021). *Transformative Nursing in the NICU: Trauma-Informed, Age Appropriate Care*. (2nd ed). Springer Publishing.
- Coughlin, M. (2017). Trauma Informed, neuroprotective care for hospitalised newborns and infants. *Infant*, 13(5), 176-179.
- Damião, M. (2019). *Stress da Criança em Idade Pré-Escolar em Contexto de Urgência: Foco de Atenção do Enfermeiro Especialista* [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/32091>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, n.º 157/2018, Série I (18-08-2018), 4147-4182. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- 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.; Vilelas, J.; Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47. <http://hdl.handle.net/10400.26/23729>

- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2ª ed revista). DOI:10.13140/RG.2.2.16091.31528
- Direção Geral da Saúde (2010). *Orientação nº014/2010: Orientações Técnicas sobre avaliação da dor nas crianças*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2012a). *Orientação nº 22: Orientações técnicas sobre o controle da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2012b). *Orientação nº 24: Orientações técnicas sobre o controle da dor em procedimentos invasivos nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2013). *Norma nº010/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2018). *Norma nº 002/2018: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- Dowdell, E. & Speck, P. (2022). Trauma Informed Care in Nursing Practice. *American Journal of Nursing*, 122(4), 30-38. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000827328.25341.1f
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2023). Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório.
- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *The Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84-87. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x>
- Felliti, V.; Anda, R.; Nordenberg, D.; Williamson, D.; Spitz, A; Edwards, V.; Koss, M. & Marks, J. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the

Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

Figueiredo, C. (2016). *Estratégias Não Farmacológicas ao Cuidar da Criança com Dor*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda]. Repositório do Instituto Politécnico da Guarda. <https://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/3587/1/E%20SIP%20%20Cristina%20I%20P%20Figueiredo.pdf>

Filipe, M. (2011). *Práticas/Estratégias Educativas na Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção*. (Obtenção do Grau de Mestre). Escola Superior de Educação Almeida Garrett. <http://hdl.handle.net/10437/1494>

Flaherty, E.; Thompson, R.; Litrownik, A.; Zolotor, A.; Dubowitz, H.; Runyan, D.; English, D. & Everson, M. (2009). Adverse Childhood Exposures and Reported Child Health at Age 12. *Academic Pediatrics*, 9(3), 150-156. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2008.11.003>

Freitas, A. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37. <https://web.ess.ips.pt/percursos/percursos.html>

Freire, C. (2012). *Comunicação e interação social da criança com perturbação do espectro do autismo*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação Almeida Garrett. <http://hdl.handle.net/10437/3050>

Ford, K.; Dickinson, A.; Water, T.; Campbell, S.; Bray, L. & Carter, B. (2018). Child Centred Care: Challenging Assumptions and Repositioning Children and Young People. *Journal of Pediatric Nursing*, 43, e39-e43. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.08.012>

Forkey, H.; Szilagyi, M.; Kelly, E.; Duffee, J. (2021). Trauma Informed Care. *Pediatrics*, 148(2), e2021052580. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052580>

Fox, J. (2024). Family Centered Care of the Child during Illness and Hospitalization. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.648-667).

- Garner, A. & Yogman, M. (2021). Preventing Childhood Toxic Stress: Partnering With Families and Communities to Promote Relational Health. *Pediatrics*, 148(2), e2021052582. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052582>
- Giotakos, O. (2020). Neurobiology of emotional trauma. *Psychiatriki*, 31(2), 162-171. doi: 10.22365/jpsych.2020.312.162.
- Goddard, A. (2021). Adverse Childhood Experiences and Trauma Informed Care. *Journal of Pediatric health care*, 35(2), 145-155. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2020.09.001>
- Goddard, A.; Janicek, E. & Etcher, L. (2022). Trauma Informed Care for the Pediatric Nurse. *Journal of Pediatric Nursing*, 62, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.11.003>
- Guest, H. (2021). A concept analysis of trauma-informed care. *Nursing Forum*, 56(4), 1000-1007. <https://doi.org/10.1111/nuf.12626>
- Grossman, S.; Cooper, Z.; Buxton, H.; Hendrickson, S.; Lewis-O'Connor, A.; Stevens, J.; Wong, L. & Bonne, S. (2021). Trauma-informed care: recognizing and resisting re-traumatization in health care. *Trauma Surgery & Acute Care Open*, 6(1), e000815. <https://doi.org/10.1136%2Ftsaco-2021-000815>
- Hagan, J., Shaw, J & Duncan, P. (2017) *Bright futures. Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents*. (4) American Academy of Pediatrics.
- Hellsten, M. (2024). Pain Assessment in Children. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.131-143).
- Hockenberry, M. (2024). Perspectives of Pediatric Nursing. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.1-13).
- Hornor, G.; Davis, C.; Sherfield, J. & Wilkinson, K. (2019). Trauma-Informed Care: Essential Elements for Pediatric Health Care. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(2), 214-221. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.09.009>
- Hoysted, C.; Babl, F.; Kassam-Adams, N.; Landolt, M.; Jobson, L.; Curtis, S.; Kharbanda, A.; Lyttle, M.; Parri, N.; Stanley, R. & Alisic, E. (2017). Perspectives of hospital emergency department staff on traumainformed care for injured children: An Australian and New Zealand

analysis. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 53(9), 862-869.
<https://doi.org/10.1111/jpc.13644>

International Association for the Study of Pain (2021). Pain in Children: management fact sheet.
<https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/pain-in-children-management/>

International Council of Nurses (2023, May 21). *Nursing Definitions*.
<https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>

Institute for Patient and Family Centered Care (2021). *Patient and Family Centered Care*.
<https://ipfcc.org/about/pfcc.html>

Instituto de Apoio à Criança (1998). Carta da Criança Hospitalizada, 0–40.
https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf

Instituto de Apoio à Criança (2021). Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários.
<https://iacrianca.pt/2021/05/carta-da-crianca-nos-cuidados-de-saude-primarios/>

Kammerer, E.; Fawcett-Arsenault, J.; Iliscupidez, L. & Ali, S. (2024). Healthcare Professionals' Perspectives on Improving Family-Centred Pain Care in a Tertiary Pediatric Centre. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 56(2), 171-177.
<https://doi.org/10.1177/08445621241228063>

Kérouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A. & Major, F. (2002). *El Pensamiento Enfermero*. Marron

Kolb, D. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs: Prentice Hall

Koball, A.; Domoff, S.; Klevan, J.; Olson-Dorff; Borgert, A. & Rasmussen, C. (2021). The impact of adverse childhood experiences on healthcare utilization in children. *Child Abuse and Neglect*, 111:104797. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104797>

Linnard-Palmer, L. (2019). Caring for Families Under Stress. In Linnard-Palmer, L. *Pediatric Nursing Care: A concept-based approach* (pp.155-162). Jones & Bartlett Learning.

- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory - midle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York. https://doi.org/10.1300/J018v25n03_05
- McDowell, B. (2011). Using the Neuman Systems Model to Guide Pediatric Nursing Practice. In Neuman, B. & Fawcett, J., *The Neuman Systems Model* 5th Ed (pp 223-236)
- Montirosso, R. & Provenzi, L. (2015). Implications of epigenetics and stress regulation on research and developmental care of preterm infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(2), 174-182. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12559>
- National Child Traumatic Stress Network. (2014). *Pediatric Medical Traumatic Stress: A Comprehensive Guide*. [https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//pediatric toolkit for health care providers.pdf](https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//pediatric_toolkit_for_health_care_providers.pdf)
- National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) (2023a). *Medical Trauma Effects*. <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types/medical-trauma/effects>
- National Child Traumatic Stress Network (2023b). *Early Childhood Trauma*. <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types/early-childhood-trauma>
- National Child Traumatic Stress Network (NCTSN). (2023c). *About Child Trauma*. <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/about-child-trauma>
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In Neuman, B. & Fawcett, J., *The Neuman Systems Model* 5th Ed (pp 3-33)
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume 1. *Cadernos OE*, 1(3). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas para controlo da dor na criança. *Cadernos OE*, 1(6). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, nº133, Série II (12-07-2018), 19192–19194. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, nº26, Série II (06-02-2019), 4744-4750.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 613/2022 (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. *Diário da República*, nº131, Série II (08-07-2022), 179-182.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26674/regulamento-ato-do-enfermeiro.pdf>
- Ribeiro, O; Martins, M.; Tronchin, D. & Forte, E. (2018). O olhar dos Enfermeiros Portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto e Contexto em Enfermagem*, 27(2), e3970016. <http://hdl.handle.net/10400.26/32544>
- Riddell, R.; Bucsea, O.; Shiff, I.; Chow, C.; Gennis, H.; Badovinac, S.; DiLorenzo-Klas, M.; Racine, N.; Kohut, S.; Lisi, D.; Turcotte, K.; Stevens, B. & Uman, L. (2023). Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6):CD006275. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006275.pub4>
- Rosenthal, J.; Perez, S. & Young, H. (2023). Contextual factors influencing parents' assessments of family-centred care in the paediatric emergency department: A qualitative study. *Nursing Open*, 10(1), 297-305. <https://doi.org/10.1002/nop2.1304>
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Revista de Enfermagem Referência*, 11, 59-62. Available from:
https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2064&id_revista=5&id_edicao=10

- Serrano, M.; Costa, A; Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 15-23. <https://www.index-f.com/referencia/2011pdf/33-015.pdf>
- Scott, K. (2024). Communication and Physical Assessment of the Child and Family. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.74-130).
- Shön, D. (1987). *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the profession*. Jossey-Bass Limited.
- Sousa, F. & Curado, M. (2020). Avaliação do Stress Parental na Unidade de Neonatologia: Revisão Scoping. *Pensar Enfermagem*, 24(2), 65-86. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v24i2.174>
- Sousa, F. & Curado, M. (2023). Parental stress in the neonatology unit - The influence of hospital stay length and neonatal unit differentiation. *Journal of Neonatal Nursing*, 29(3), 506-510. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2022.08.009>
- Stokes, Y.; Jacob, J.; Gifford, W.; Squires, J. & Vandyk, A. (2017). Exploring Nurses' Knowledge and Experiences Related to Trauma-Informed Care. *Global qualitative nursing research*, 4: 2333393617734510. <https://doi.org/10.1177/2333393617734510>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Concept-of-Trauma-and-Guidance-for-a-Trauma-Informed-Approach/SMA14-4884>
- Tanner, C. (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>
- Turner-Henson, A. & Krajicek, M. (2018). Children and Youth Receive Care That is Delivered in a Physically and Emotionally Safe Environment. In Betz, C.; Krajicek, M. & Craft-

Rosenberg, M. (Eds.), *Guidelines for Nursing Excellence in the Care of Children, Youth and Families* (2nd ed., pp 183-212) Springer Publishing Company.

Vasey, J.; Smith, J.; Kirshbaum, M. & Chirema, K. (2019). Tokenism or true partnership: Parental involvement in a child's acute pain care. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9-10), 1491-1505.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14747>

Verberk, F. & Fawcett, J. (2017). Thoughts About Created Environment: A Neuman Systems Model Concept. *Nursing Science Quarterly*, 30(2), 179-181.
<https://doi.org/10.1177/0894318417693316>

Vu-Ngoc, H.; Uyen, N.; Thinh, O.; Don, L.; Danh, N.; Truc, N.; Vi, V.; Voun, N.; Huy, N. & Duong, P. (2020). Analgesic effect of non-nutritive sucking in term neonates: A randomized controlled trial. *Pediatrics & Neonatology*, 61(1), 106-113.
<https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2019.07.003>

