



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

**Cuidar em Enfermagem Pediátrica: o trabalho
emocional com a família da criança em estado
crítico**

Sandra Catarina Ferreira Domingues

**Lisboa
2020**



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

**Cuidar em Enfermagem Pediátrica: o trabalho
emocional com a família da criança em estado
crítico**

Sandra Catarina Ferreira Domingues

Orientador: Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo

**Lisboa
2020**

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pela atenção e carinho, por entenderem as minhas ausências e pelo apoio incondicional em cada momento, e pela força em todos os momentos desta caminhada;

À Tia Justa e à Madrinha da “Grande Capital do Norte”, minhas estrelas guias, “não estou longe, apenas estou do outro lado do Caminho...”, na esperança, que do outro lado do caminho estejam felizes e orgulhosas por mais esta minha etapa;

À “Equipa da Chouriça” e ao “Summer/Winter”, obrigado pela motivação dada ao longo de todo o processo e por todos os empurrões nas horas mais Negras,

À Professora Doutora Paula Diogo pela orientação, incentivo, partilha de conhecimentos, disponibilidade e compreensão em todo este percurso.

A todas as enfermeiras orientadoras dos vários contextos, pela partilha de conhecimentos, pelas palavras sábias e por promoverem o meu crescimento enquanto enfermeira e enquanto pessoa.

A Rita pelo desafio, por este caminho traçado em conjunto, porque um obrigado só não seria suficiente: “Obrigado por não julgares. Obrigado por escutares sem opinares. Obrigado por estares aí se preciso de ti. Obrigado por, mesmo que eu faça coisas que não compreendes, me esperares do outro lado do vale que agora mesmo nos separa.”.

RESUMO

Durante uma situação de emergência, estão presentes diversos fatores, envolvendo elevados níveis de *stress*, ansiedade, medo, revolta na vivência da criança, família e dos profissionais de saúde, sendo evidente na produção científica que a presença da família junto da criança é fundamental, mas na prática nem sempre é valorizado.

Os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, tem a função de envolver a família e desenvolver cuidados que respondam às necessidades da família, devendo saber escolher a forma e o momento oportuno para se dirigir à mesma, com o objetivo de diminuir a ansiedade, procurando transformar positivamente a experiência emocional, sendo este trabalho emocional o principal foco do meu projeto. Desta forma o enfermeiro transforma uma vivência geralmente difícil e angustiante, numa experiência mais positiva e gratificante.

Este relatório visa dar resposta à problemática – o trabalho emocional do enfermeiro com a família da criança em estado crítico - bem como demonstrar o desenvolvimento de competências especializadas. Este desenvolvimento foi alicerçado numa metodologia reflexiva, prática e crítica, baseada na reflexão na ação, tendo por base a Teoria do Cuidar Humano de Jean Watson, o Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica de Paula Diogo e os conceitos fundamentais em enfermagem pediátrica, como cuidados centrados na família, parceria de cuidados, *empowerment* ou cuidados não traumáticos.

Neste percurso de aprendizagem destacam-se duas normas à luz do modelo do trabalho emocional, bem como um guia orientador das práticas com a família da criança em estado crítico, que gerou alterações na prática de cuidados do meu local de trabalho. As intervenções realizadas à luz do modelo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica, permitem uma redução do *stress* e ansiedade, promovendo o bem-estar da díade e uma experiência positiva de cuidados de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem pediátrica; Emoções; Família; Estado crítico

ABSTRACT

During an emergency situation, several factors are present, involving high levels of stress, anxiety, fear, revolt in the experience of the child, family and health professionals, being evident in scientific production that the presence of the family with the child is fundamental, but in practice it is not always valued.

Health professionals, especially nurses, have the function of involving the family and developing care that responds to the family's needs, and they must know how to choose the right way and the right moment to address them, with the aim of reducing anxiety, seeking to positively transform the emotional experience, this emotional work being the main focus of my project. In this way, the nurse transforms a generally difficult and distressing experience, into a more positive and rewarding experience.

This report aims to answer the problem - the nurse's emotional work with the child's family in critical condition - as well as demonstrating the development of specialized skills. This development was based on a reflective, practical and critical methodology, based on reflection in action, on Jean Watson's Theory of Human Caring, Paula Diogo's Model of Emotional Work in Pediatric Nursing and fundamental concepts in pediatric nursing, such as care family-centered, care partnership, empowerment or non-traumatic care.

In this learning path, stand out two norms in the light of the emotional work model, as well as a guide for practices with the family of the child in critical condition, which generated changes in the daily practice of my workplace. The interventions carried out in the light of the model of emotional work in pediatric nursing, allow a reduction of stress and anxiety, promoting the well-being of the dyad and a positive experience.

Keywords: Pediatric Nursing; Emotions; Family; Critical State

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

CCF – Cuidados Centrados na Família

DGS – Direção Geral de Saúde

ECMO - ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ENFCD - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor

GOBP - Guia Orientador de Boas Práticas

IPFCC - Institute for Patient and Family Centered Care

NIPi – Núcleo de Intervenção Precoce Integrada

PNSIJ - Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Plano Nacional de Vacinação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ORL – Otorrinolaringologia

RN – Recém-Nascido

SUP – Serviço de Urgência de Pediatria

SO – Sala de Observação

TEEP- Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

TIP - Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNICEF – United Nations Children’s Fund

UTAAC – Unidade de Técnicas Aumentativas e Alternativas de Comunicação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CIENTÍFICO.....	12
1.1. O Cuidar em Enfermagem.....	12
1.2. O Cuidar e o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica.....	15
1.3. O Trabalho Emocional do Enfermeiro com a Família da criança em estado Crítico.....	19
2. PROBLEMÁTICA.....	22
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	23
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO: O PERCURSO DE INICIADO A PERITO.....	25
4.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.....	26
4.2. Centro de Desenvolvimento.....	29
4.3. Serviço de Internamento.....	32
4.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	39
4.5. Urgência de Pediatria.....	45
5. PROJETOS FUTUROS.....	51
CONCLUSÃO.....	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
ANEXOS	
Anexo I – Certificado de participação no 6.º Workshop da Área de Investigação “Emoções em Saúde”	
Anexo II – Certificado de participação no Seminário “As Novas Conceções em Saúde Infantil e Pediátrica”	
Anexo III – Certificado de participação nas 2. ^{as} Jornadas Emoções em Saúde: Emoções, Afeto e promoção da Saúde	
APÊNDICES	
Apêndice I – Cronograma de Estágio	
Apêndice II – Guia Orientador das Atividades de Estágio	
Apêndice III – Folheto Sobre a Prevenção de Acidentes entre os 0 e os 12 meses	

Apêndice IV – Reflexão realizada à luz do modelo do Trabalho emocional em enfermagem pediátrica (UCSP)

Apêndice V – Diário de Campo (UCSP)

Apêndice VI - Fluxograma de Atuação em Caso de Reação Anafilática

Apêndice VII – Diário de Campo (Centro de Desenvolvimento)

Apêndice VIII – Norma “Acolhimento e entrevista de colheita de dados à luz do Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Apêndice IX – Reflexão sobre a prática realizada à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Internamento)

Apêndice X – Poster “Diário da Esperança... Faça o Seu!”

Apêndice XI - Reflexão sobre a prática realizada à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (UCIN)

Apêndice XII – Reflexão sobre as práticas: percepção dos enfermeiros sobre o acompanhamento da família da criança em estado crítico

Apêndice XIII – Guia Orientador das Práticas com a família da criança em estado crítico

Apêndice XIV – Poster “A Entrevista de Colheita de Dados no Acolhimento à Luz do Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica” apresentado nas 2.^{as} Jornadas Emoções em Saúde

Apêndice XV - Resumo do Poster publicado no Livro de resumos das 2.^{as} Jornadas Emoções em Saúde

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrado no 10.º curso de mestrado em enfermagem na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Esta unidade curricular desenvolveu-se ao longo do 3.º semestre, durante 18 semanas em 5 contextos de cuidados de saúde pediátricos, conforme as indicações da Ordem dos Enfermeiros (OE), por forma a obter o grau de Mestre em Enfermagem, bem como o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Os contextos foram: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Centro de Desenvolvimento, Serviço de Internamento, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Urgência de Pediatria.

De acordo com o regulamento n.º 140/2019, “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p. 4744), sendo que no domínio específico da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, o enfermeiro especialista trabalha em “parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19192). Desta forma torna-se necessário o desenvolvimento de competências nos diferentes contextos de cuidados de saúde pediátricos, tendo sido escolhidos locais não só a nível da comunidade, mas também a nível hospitalar, constituindo referências nas respetivas áreas, abrangendo diferentes situações que contribuíram para diferentes experiências e desenvolvimento das competências preconizadas pela OE.

Ao exercer funções em contexto de urgência/emergência pediátrica significa que são inúmeras as situações em que surgem latentes, crianças ou adolescentes em situação crítica/emergente muitas vezes acompanhados pelos pais ou família. A presença da família na prestação de cuidados de saúde neste contexto é ainda um tópico que gera alguma controvérsia, sendo que na maioria das vezes é solicitado o afastamento temporário da família. A justificação para este afastamento é muitas vezes a “defesa” da família, mas paradoxalmente, impede-a de acompanhar a criança num momento emocionalmente intenso e traumático, e com a facilitação da tomada de decisão por parte dos profissionais. Isto faz com que as famílias deixem de participar no processo de cuidados e de serem alvo dos cuidados por parte da equipa

multidisciplinar, dado existir a necessidade extrema de recuperar as funções vitais do cliente de cuidados (Malta, Alves, Graça, Conde & Costa, 2015).

Por um lado, é uma situação com a qual me deparo diariamente na minha prática enquanto enfermeira de urgência de pediatria de um hospital central, e sobre a qual senti necessidade de reflexão sobre a prática de Enfermagem, nomeadamente, sobre as práticas em uso e as práticas que preconizam a excelência dos cuidados; o que somos, o que fazemos e o que podemos melhorar, mobilizar, aprender numa lógica de prática avançada.

Por outro lado, a situação de emergência envolve em si mesma elevados níveis de *stress*, ansiedade, medo, revolta para a criança, família e para os profissionais de saúde (Flores, 2016; Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016), sendo que os profissionais estão também sujeitos às diversas solicitações inerentes às situações críticas e de urgência, pelo que lhes é pedido um esforço adicional para interagir com a família, devendo saber escolher a forma e o momento oportuno para se dirigir a ela, com o objetivo de diminuir a ansiedade, focando-se sobretudo nos aspetos positivos (Pereira, 2012), sendo este trabalho emocional o meu principal foco de aprendizagem. Segundo Diogo (2017, 2018, 2019), o trabalho emocional em enfermagem pediátrica é definido como a transformação positiva da experiência emocional intensa e perturbadora associada ao processo de cuidados, e tem centralidade no cliente, no enfermeiro e na relação enfermeiro-cliente.

Todo este processo de trabalho emocional, em articulação com conceitos centrais como cuidar em enfermagem definido por Jean Watson (2012), cuidados centrados na família, parceria de cuidados, *empowerment* e comunicação, implica em si mesmo duas situações; inicialmente, e a nível mais emergente, uma situação em que somos expostos a *stressores*, pelo que as conceções dominantes e orientadoras são o modelo de sistemas de Betty Neuman, dado que permite caracterizar estes mesmos *stressores*, e num segundo momento somos expostos a uma situação de transição (Neuman & Fawcett, 2011). Este é um processo que se realiza pelo envolvimento dos pais/cuidadores e por um desenvolvimento ao longo do tempo, em que estes experienciam diferentes sentimentos e expectativas que muitas vezes se revelam divergentes, pelo que irei guiar-me também, pelo Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Diogo, 2015, 2017, 2018).

Assim, e utilizando uma metodologia descritiva, crítica e reflexiva, sobre a prática e na prática, em conjunto com o desenvolvimento do meu autoconhecimento (Alarcão & Rua, 2005), este relatório tem como objetivos:

- Apresentar a problemática em estudo e sua sustentação teórico-científica;
- Apresentar os diferentes contextos de estágio, atividades desenvolvidas e resultados da aprendizagem;
- Identificar as competências desenvolvidas ao longo deste percurso;
- Refletir sobre o impacto deste percurso a nível pessoal e profissional, bem como projetos futuros.

Estruturalmente, este relatório está organizado em cinco capítulos fundamentais; inicialmente um enquadramento da temática estudada, seguindo-se a apresentação da problemática, posteriormente o percurso metodológico, percorrendo em seguida uma descrição do trajeto de estágio, e finalmente uma descrição dos projetos futuros e principais considerações. As referências bibliográficas foram elaboradas de acordo com as normas APA.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CIENTÍFICO

1.1. O Cuidar em Enfermagem

A enfermagem enquanto ciência e como profissão em constante evolução desenvolveu um corpo de conhecimentos que dá apoio e norteia a prática, nomeadamente conceitos e teorias; sendo os conceitos mais significativos a Pessoa, o Ambiente, a Saúde e Intervenções de Enfermagem – que constituem o metaparadigma da Enfermagem (Kérouac, Pepin, Ducharme & Bourbonnais, 2017).

Estes conceitos têm vindo a ser desenvolvidos desde a origem da Enfermagem com Florence Nightingale no século XIX, tendo dado origem a diferentes paradigmas, pelos quais é orientada a prática. De acordo com Kérouac, Pepin, Ducharme & Bourbonnais (2017), a evolução do pensamento em enfermagem é caracterizada por três paradigmas: categorização, integração e transformação. No paradigma da transformação, o pensamento procura uma causa para a doença, que resulta da doença, do quadro de sintomas e da própria causa. Existem duas orientações neste paradigma, uma virada para a saúde pública, seguida por Nightingale, e outra vertente virada para a doença, dominada pela medicina. Os cuidados focam-se nos problemas, limitações ou incapacidades da pessoa e são prestados com orientação nas tarefas.

O paradigma da integração incorpora escolas orientadas para a pessoa, sendo influenciado por conceções como a fenomenologia, o existencialismo e a psicoterapia centrada no cliente. Algumas das teóricas de enfermagem que se incluem neste paradigma são Peplau e King.

Ainda segundo Kérouac, Pepin, Ducharme & Bourbonnais (2017), atualmente preconiza-se o paradigma da transformação, iniciado nos anos 70, que defende que os fenómenos de enfermagem são únicos e encontram-se em interação com o meio, podendo transformá-lo. As mudanças ocorrem, através de estádios que tendem a dirigir para níveis de organização superior, ou seja, são fenómenos únicos que não serão completamente iguais a outros (Watson, 2012). Os cuidados visam manter o bem-estar do cliente tal como ele o define, passando a capacidade de decisão para este. São exemplo deste paradigma a escola do ser humano unitário e a escola do cuidar. A escola do ser humano unitário tem por base o holismo, a fenomenologia ou a teoria sistémica, incluindo-se nesta escola a teórica Martha Rogers. A escola do cuidar tem por ideias basilares a fenomenologia, existencialismo, interacionismo e espiritualismo, sendo o ideal do cuidar científico e humanista, salientando-se a grande teórica Jean Watson.

Dentro desta escola do cuidar surge então a teoria de Jean Watson do cuidado humano; esta teoria enfatiza dois aspetos do cuidar, o essencial e o acessório dos cuidados de enfermagem. Desta forma, e segundo Hesbeen (2000), a essência dos cuidados de enfermagem é a relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e o cliente, e o acessório dos cuidados, o conjunto das técnicas, protocolos, terminologias, entre outros, utilizados pela Enfermagem. Watson enfatiza o essencial, ou seja, a relação entre o prestador de cuidados e o seu cliente, que no caso da enfermagem pediátrica, envolve a criança e a família.

A **teoria do Cuidar** apresenta o cuidar como uma arte, uma ciência humana e um ideal moral de Enfermagem, sendo o atributo mais valioso que a Enfermagem tem para oferecer. O objetivo da Enfermagem é auxiliar as pessoas a ganharem uma maior harmonia na mente, corpo e alma, através de um processo de autoconhecimento, respeito, cura e autocuidado através do processo de cuidar que é “direcionado para a proteção da dignidade humana e preservação da humanidade” (Watson, 2012, p. 60).

Segundo Watson (2012), o Cuidar desenvolve-se através de **carative factors**, que constituem a base desta teoria. A cada um dos 10 *carative factors*, Watson atribuiu um componente fenomenológico dinâmico, que esta relacionado com os indivíduos envolvidos na relação, bem como na enfermagem (McEwen & Willis, 2007). Estes 10 *carative factors* são, segundo Watson (2012) e Alligood & Tomey (2004):

- **Formação de um sistema de valores humano - altruístas**: diz respeito à satisfação através da dádiva e da extensão do sentido do ser.

- **Instalação da fé-esperança**: este abrange valores humanistas e altruístas, promovendo-se um cuidar holístico. Por parte da enfermeira, esta tem um papel fundamental no desenvolvimento da relação com o doente, bem como na promoção do bem-estar, ajudando-o, assim, a adotar comportamentos em prol da saúde.

- **Cultivo da sensibilidade para consigo e com os outros**: relacionado com a capacidade de a enfermeira reconhecer a sua sensibilidade e os seus sentimentos face aos outros. Tal reconhecimento conduz a uma mais-valia para a relação estabelecida entre enfermeira-doente, uma vez que a enfermeira se torna mais genuína, autêntica e sensível.

- **Desenvolvimento de uma relação de auxílio-confiança**: é imprescindível a criação de uma relação com base na confiança enfermeira e doente, através da qual se promova e se aceite a expressão tanto dos sentimentos positivos como dos sentimentos negativos. Desta forma, uma relação envolve coerência, empatia, calor humano não-possessivo e uma comunicação eficaz. Quanto ao ser coerente implica

ser, antes de mais, verdadeiro, honesto, genuíno e autêntico. Quanto ao ser empático implica ter a capacidade para compreender as perspetivas e os sentimentos dos outros e, como é lógico, transmitir essa compreensão. Por último, quanto ao calor humano não-possessivo, refere-se ao tom de voz moderado, à postura aberta e descontraída, e expressões faciais coerentes com outras comunicações.

- **Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos:** exige uma preparação por parte da enfermeira no sentido da partilha de sentimentos que podem ser negativos ou positivos.

- **Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisões:** o processo de enfermagem concede à enfermeira autonomia na resolução de problemas no cuidar em enfermagem.

- **Promoção do ensino-aprendizagem interpessoais:** Apresenta a distinção entre cuidar e curar. Ao doente não é negada informação (nem é possível de acordo com os seus direitos), por isso é-lhe atribuída responsabilização pelo seu estado de saúde e bem-estar.

- **Provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual, protetor, corretivo e de apoio:** a enfermeira possui um corpo de conhecimentos sólido que lhe permite reconhecer o impacto do meio interno e externo sobre a doença e saúde. Das influências do meio interno fazem parte o bem-estar mental e espiritual e, as crenças socioculturais do indivíduo. Para além das variáveis epidemiológicas, das outras variáveis externas, fazem parte o conforto, a privacidade, a segurança e um ambiente limpo e estético.

- **Auxílio na satisfação das necessidades humanas:** exige que a enfermeira reconheça as necessidades biofísicas, psicofísicas, psicossociais e intrapessoais dela mesma como as do doente. Para Watson, o ideal será o doente satisfazer necessidades de nível superior quando as necessidades de baixo nível estiverem satisfeitas.

- **Permissão de forças fenomenológicas-existenciais:** este fator existe com o intuito de “fornecer uma experiência provocadora do pensamento que conduz a um melhor entendimento de si próprio e dos outros” (Alligood & Tomey, 2004, p.169).

Destes 10 *carative factors* podemos enfatizar os fatores “**Cultivo da sensibilidade para consigo e com os outros**”, “**Desenvolvimento de uma relação de auxílio-confiança**” e “**Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos**” que nos leva a afirmar, tal como Watson (2012) que a ciência do cuidar não está desligada das emoções, sendo estas a base da autenticidade e

honestidade do cuidar.

Desta forma podemos considerar o cuidar como um processo relacional em que o “estar com” implica comunicação, mas implica também um envolvimento emocional por parte do enfermeiro, devendo este ser capaz de, como nos diz Diogo (2006, p. 39), “(...) compreender a esfera emocional que está inscrita nas situações interacionais da prática de cuidar, e assim encontrar o sentido da experiência humana das emoções e dos sentimentos nos seus cuidados – a dimensão emocional de cuidar”. Desta forma podemos considerar que o cuidar na sua essência caracteriza-se por uma partilha da experiência humana a nível emocional, estando presentes na relação enfermeiro-cliente, as emoções e os sentimentos de ambos (Diogo, 2006).

1.2. O Cuidar e o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Como foi referido anteriormente, a enfermagem sempre foi conhecida como a arte do cuidar, sendo este definido por Watson como uma arte e ciência humana, constituindo-se como um ideal moral da enfermagem (Watson, 2012). O relacionamento enfermeiro-cliente está imbuído das emoções e sentimentos de ambos, envolvendo o cuidar, não só comunicação, mas também um envolvimento emocional e o trabalho destas emoções, ou trabalho emocional (Smith, 2012).

Segundo Damásio (2001, 2003) todo e qualquer ser humano governa a sua vida em função da procura de uma emoção - a felicidade, e pelo evitar das emoções desagradáveis. Porém o impacto destas emoções é variado e depende dos sentimentos gerados por essas emoções. Mas o que são afinal emoções? As emoções definem-se por conjuntos complexos de respostas químicas, ativadas pelo racional e não racional, que influenciam a nossa capacidade de dar respostas com eficiência às diversas circunstâncias que ocorrem na nossa vida (Damásio, 2001, 2003). Para Damásio (2003), existem três categorias de emoção: emoções de fundo - bem-estar, mal-estar, calma ou tensão, emoções primárias - a alegria, a tristeza, o medo, a cólera, a surpresa e a aversão, e emoções sociais - a vergonha, o ciúme, a culpa, o orgulho, a simpatia, a compaixão, o embaraço, a inveja, a gratidão, o espanto, a indignação e o desprezo. O termo emoção tem sido igualmente utilizado para designar impulsos, motivações, dor ou prazer. Por seu lado, os sentimentos têm origem nas emoções, estes são a forma consciente das emoções, permitindo que, o que é interior e privado, se torne público. Só através desta consciência e do impacto dos sentimentos a nível da memória, é que estes se tornam conhecidos do indivíduo (Damásio, 2003).

Assim, as emoções permitem responder com eficácia às mais diversas circunstâncias da vida, sejam elas positivas ou negativas, enquanto o sentimento é um alerta mental para estas mesmas circunstâncias, permitindo prolongar o impacto das emoções. Com a combinação entre sentimentos, raciocínio e imaginação é possível criar novas soluções, antevendo problemas (Damásio, 2003).

Por sua vez, *emotional labour*, ou trabalho emocional, foi um conceito inicialmente introduzido por Hochschild (1983), tendo este sido definido como a capacidade que cada um tem de gerir os seus sentimentos, no sentido de espelhar emoções que produzam no outro um determinado resultado, proporcionando um ambiente seguro. A mesma autora sugere que no trabalho emocional nem sempre se expressa o que se sente, ou se sente o que se expressa.

Pam Smith (1992, 2012) introduz este conceito na enfermagem, sendo o conceito definido pela competência envolvida no cuidar e em reconhecer os sentimentos dos outros, e não exclusivamente nas emoções do próprio (Smith, 2012). O trabalho emocional por parte do enfermeiro exige que exprima emoções apropriadas (Smollan, 2006, citado por Diogo & Mendonça, 2019), como simpatia, amabilidade, para que exista tranquilidade e suporte; mas que suprima/regula a expressão de emoções inapropriadas, como irritação e raiva (Groth, Hennig-Thurau & Walsh, 2009, citados por Diogo & Mendonça, 2019). Porém, para que o enfermeiro seja capaz de o realizar, precisa de regular as suas emoções para que possam influenciar de forma positiva as respostas emocionais do cliente de cuidados (Diogo, 2015, 2017, 2018, 2019). Desta forma, podemos concluir que o enfermeiro desenvolve as competências do trabalho emocional de acordo com os recursos pessoais e aprendizagem na prática de cuidados diária, ou seja, o enfermeiro gere e supera os seus conflitos emocionais, para que o cliente se sinta seguro, tranquilo, atingindo assim o bem-estar e a satisfação do mesmo.

Por sua vez, Diogo (2006) traz este conceito de trabalho emocional para a enfermagem pediátrica. Na enfermagem pediátrica, o cliente de cuidados encontra-se num período que compreende a faixa etária desde o nascimento até aos 18 anos de idade, sendo que em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos ou 25 anos (Regulamento n.º 422/2018). Desta forma, o cliente de cuidados nos contextos de cuidados enfermagem pediátrica engloba, inevitavelmente, a criança e a família. A família assume atualmente um papel de enorme relevância a nível dos cuidados de saúde, contribuindo para a saúde e bem-estar do cliente. Em enfermagem pediátrica

este papel assume ainda maior importância dado que os problemas de saúde de um membro da família afetam o funcionamento da mesma (Pereira, 2012).

O conceito de família é atualmente alargado e complexo, podendo ser definido como uma estrutura onde os indivíduos apresentam diferentes e semelhantes gerações e géneros, unidos por relações biológicas ou compromissos duradouros, participando para a socialização, desenvolvimento e compromisso emocional entre eles (Hockenberry, 2014). Desta forma, o cuidar envolve não só os procedimentos técnicos, mas também a dimensão emocional da criança e da família, devendo ser satisfeitas todas as necessidades desta díade (Diogo, 2006).

Ao estar perante uma família de uma criança em estado crítico o enfermeiro deve oferecer informações e apoio emocional de forma individual, através de uma relação terapêutica - envolvendo-a, ouvindo-a, focalizando a atenção e atuação nas necessidades da família, permitindo o desenvolvimento de mecanismos de *coping* face ao momento de crise que se encontram a experienciar (Pereira, 2012; Flores, 2016).

Ao recorrer à urgência, o cliente encontra-se muitas vezes ansioso ou a experienciar múltiplas emoções. Ao ser atendido por um enfermeiro que facilita a gestão dessas emoções, através da escuta e da abertura para que este exprima os seus sentimentos, o cliente acaba por acalmar os medos e encara a ideia de estar doente – o trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Diogo, 2017, 2018, 2019).

Diogo (2017, 2018, 2019) apresenta-nos uma orientação para a prática - modelo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica – por forma a dar aos enfermeiros uma orientação conceptual e prática, que guie os enfermeiros na gestão emocional, pois através desta os enfermeiros regulam a sua disposição emocional para cuidar, para que possam promover um ambiente seguro, tranquilo e afetuoso que auxilia na gestão do cliente. Assim, este modelo centra-se no enfermeiro, na criança/família e na relação enfermeiro-família.

O **modelo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica** (TEEP) é composto por cinco categorias de intervenção, que se relacionam entre elas, de forma indissociável, dinâmica e simultânea, apesar de estarem bem definidas. São elas:

- **Promover um ambiente seguro e afetuoso:** o ambiente hospitalar é potencialmente inseguro e assustador, tendo grande influência nas emoções sentidas. Um ambiente seguro e afetuoso implica que o que rodeia o cliente seja interpretado como seguro, tal pode ser realizado através de pinturas nas paredes, desenhos animados, fardas com bonecos (Diogo, 2017, 2018, 2019);

- **Nutrir os cuidados com afeto:** é o dar de Si ao Outro, em cada cuidado, transmitindo carinho e afeto. Isto diminui o *stress* associado ao hospital, facilita a execução dos procedimentos e ajuda a estabelecer confiança nos enfermeiros (Diogo, 2017, 2018, 2019);

- **Facilitar a gestão emocional do cliente:** o cliente experimenta vivências emocionais potencialmente intensas muitas vezes negativas e perturbadoras; através da disponibilidade, de uma postura calma e carinhosa o enfermeiro tenta modificar o estado emocional negativo para um estado de tranquilidade e bem-estar do cliente (Diogo, 2017, 2018, 2019);

- **Construir a estabilidade na relação:** a interação enfermeiro – cliente transporta consigo as emoções vivenciadas pelo cliente, o que leva a momentos em que o relacionamento se pode mostrar mais frágil e menos estável. O enfermeiro tenta através da serenidade e da gestão das emoções, criar uma relação de confiança e assim construir a estabilidade na relação (Diogo, 2017, 2018, 2019);

- **Regular a disposição emocional para cuidar:** também os enfermeiros apresentam uma disposição emocional perante os clientes e as emoções expressas destes, que oscila ao longo do tempo, sendo regulada pelos próprios enfermeiros, nomeadamente a nível das passagens de turno, por exemplo (Diogo, 2017, 2018, 2019).

O guiar a prestação de cuidados, o cuidar, tendo em conta estas cinco categorias permite o empoderamento do cliente, promovendo as ferramentas necessárias para a resolução de um problema, informação, incentivo, facilitando o bem-estar e o alcançar de objetivos (Diogo, 2015).

Porém, segundo Smith (1992, 2012) e Diogo (2017), este exige também que o enfermeiro seja perito na gestão das emoções, devido aos diferentes contextos e especificidade da pediatria, pelo que deve ser aprendido e treinado na formação inicial e avançada dos enfermeiros.

Desta forma, cuidar em enfermagem pediátrica envolve uma relação enfermeiro, cliente e família, onde exista uma perspetiva holística e que compreenda a experiência das emoções no processo saúde-doença, mas também que o enfermeiro faça a gestão das suas emoções de forma adequada e adaptativa por forma a conseguir demonstrar compreensão pelo Outro e lidar com a influência das emoções do Outro (Diogo, 2006, 2015).

1.3 O Trabalho Emocional do Enfermeiro com a Família da criança em estado Crítico

A pessoa em situação crítica é definida, como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 124/2011, 2011, p.8656). Quando confrontados com uma situação destas, a equipa de enfermagem foca-se em minimizar as situações de risco de vida, com a maior rapidez possível, restando pouco espaço para a participação da família e da criança, que muitas vezes se encontra sem resposta (Flores, 2016).

Quando a criança se encontra em estado crítico, a família experimenta diversas emoções negativas que são difíceis de gerir, nomeadamente falta de controlo, *stress*, ansiedade, medo, frustração, sentir-se incapaz (Engström, Dicksson & Contreras, 2015), bem como um sentimento de culpa pelo que está a acontecer e depressão (Wei, Roscigno, Swanson, Black, Hudson-Barr & Hanson, 2016). Sentimentos estes que são diretamente proporcionais ao estado percecionado de gravidade da criança (Flores, 2016). Estas emoções são experienciadas durante momentos de grande tensão, podendo ir de um ponto ao ponto oposto em questão de momentos (Wei *et al.*, 2016).

Desta forma, torna-se importante a presença do enfermeiro junto da família durante estes momentos, mesmo que estes decidam que não irão estar presentes no local da intervenção (Garcia-Martinez & Meseguer-Lisa, 2018), dado necessitarem de informações que possam amenizar ou aliviar as emoções que se encontram a experienciar.

Estas emoções são igualmente percecionadas pelo enfermeiro, que tem então o papel de providenciar suporte emocional para que a família se sinta segura e presente na decisão, escutando-a (October, Dizon, Arnold & Rosenberg, 2018).

Perante isto podemos considerar que o indivíduo está sujeito a *stressores* que geram emoções e sentimentos que devem ser trabalhadas pelo enfermeiro por forma a transformar estas emoções negativas em positivas.

Assim, e à luz do modelo dos sistemas de Betty Neuman, considera-se que **Indivíduo** (criança e família) são aqueles que são submetidos a *stressores*, podendo ver o seu estado de saúde comprometido e carecer de intervenções de enfermagem para a recuperação do estado anterior e fortalecimento da manutenção do equilíbrio. **Ambiente** é o conjunto de forças internas e externas que envolvem o indivíduo. O

estado de **saúde** é dinâmico, sujeito a mudança constante, e é considerado ótimo e total, no momento em que as necessidades fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais, foram satisfeitas, atingindo-se assim a estabilidade. Finalmente **Enfermagem**, como a disciplina que desenvolve intervenções junto do indivíduo por forma a promover a estabilidade e equilíbrio do sistema (Neuman & Fawcett, 2011). Por *stressores* entende-se os fatores ambientais que são intra, inter e extrapessoais existentes na natureza e que potencialmente podem perturbar o sistema quebrando as suas linhas de resistência e de defesa, sendo que o resultado desta perturbação pode ser positivo ou negativo (Neuman & Fawcett, 2011).

O sistema é composto por linhas de defesa – linha de defesa flexível, linha normal de defesa e linha de resistência - que os *stressores* invadem. A situação de estado crítico de uma criança, tem impacto no sistema, alterando a estabilidade do mesmo. Sendo a saúde um estado de estabilidade, o enfermeiro deve intervir para que o sistema adquira novamente a estabilidade favorecendo mecanismos adaptativos ou diminuindo os fatores de *stress*.

Assim, de acordo com Neuman e Fawcett (2011), o cliente está em constante interação com o ambiente, sujeito aos diferentes fatores de *stress* enunciados anteriormente, oscilando entre o equilíbrio e o desequilíbrio. Desta forma o enfermeiro deve intervir para que o sistema mantenha o seu equilíbrio e estabilidade, através de diversos níveis de intervenção, nomeadamente: primária (redução dos *stressores* ambientais para prevenir uma possível reação), secundária (prevenção e tratamento da sintomatologia relacionada com a reação aos *stressores*) e terciária (intervenções de suporte e auxílio na reabilitação do sistema da pessoa) (Neuman & Fawcett, 2011). Este modelo aplica-se desta forma ao sofrido pela criança e pela família em estado crítico, devendo o enfermeiro intervir a estes níveis, sobretudo na prevenção.

Porém torna-se igualmente importante o “estar com” por forma a manter o equilíbrio (Swanson, 1991). Ainda segundo o mesmo autor, os enfermeiros apresentam uma postura de abertura emocional para a realidade do cliente, mostrando-se disponível para compreender os sentimentos negativos e positivos. Esta postura irá influenciar a comunicação entre enfermeiro e cliente, que por sua vez irá ter efeitos positivos ou negativos na criação da relação terapêutica.

O cuidar torna-se então um processo relacional que tem em conta as emoções e os sentimentos, em que o enfermeiro identifica o melhor modo de lidar com as emoções expressas pela família, para que terapeuticamente, facilite a gestão dessas emoções que afetam o equilíbrio do sistema (Diogo, 2006). Esta gestão emocional

não só da família, mas também das próprias emoções do enfermeiro, permite e promove o bem-estar das partes envolvidas, facilita o autocontrole e a emocionalidade, transformando sentimentos negativos numa experiência não perturbadora (Diogo, 2015, 2017).

Tendo em conta estes pressupostos, a intervenção do enfermeiro define-se pelo cuidar de forma holística, transmitindo calma e segurança, criando um ambiente afetivo e positivo, permitindo a expressão de emoções e sentimentos do cliente (positivos e negativos), para que este se sinta cuidado e confiante (Flores, 2016; Diogo, 2015).

Porém, para a realização deste trabalho emocional, o enfermeiro deverá ser perito na gestão das emoções, não só do Outro, mas também das suas emoções de forma adequada e adaptativa, devendo existir uma aprendizagem prévia, bem como treino para estas situações, a nível da formação (Diogo, 2006, 2015, 2017).

Esta necessidade de formação é descrita pelos próprios enfermeiros ao afirmarem que é essencial rever as emoções e os sentimentos relacionados com o trabalhar com pais, bem como a necessidade de se sentirem mais capazes de apoiarem os pais neste tipo de situações, dado que muitas vezes se sentem incapazes de o fazerem devido ao pouco tempo que sobra durante um turno (Hopia & Heino-Tolonen, 2019).

É igualmente descrito na literatura que os enfermeiros e restantes profissionais de saúde em situações destas sentem-se vulneráveis e dependentes dos restantes no que diz respeito a capacidade de serem capazes de cuidar numa situação destas, podendo mesmo sentir raiva, tristeza e uma sensação de desamparo (Almblad, Malqvist & Engvall, 2016), associada a ideia de perder a confiança da família em relação ao trabalho por eles realizado (Hopia & Heino-Tolonen, 2019).

O saber pessoal dos enfermeiros é necessário para a utilização das emoções enquanto intervenção terapêutica, mas a mudança a nível interior do próprio promove o desenvolvimento pessoal do enfermeiro (Carper, 1985). Assim, a compreensão das emoções humanas faz parte de um caminho de autoconhecimento. A expressão consciente de emoções que nos perturbam ajuda a ultrapassar as dificuldades encontradas nos cuidados prestados diariamente, bem como a manter a disposição emocional para cuidar, ao mesmo tempo que cresce a nível pessoal (Diogo, 2015, 2017).

2. PROBLEMÁTICA

Como referido anteriormente, a presença da família em situações emergentes/críticas é um assunto polémico, sendo que na maioria das vezes esta é afastada temporariamente. Porém, estudos recentes sublinham a importância de os enfermeiros estarem junto da família durante estes momentos críticos, mesmo que a família decida que não irá estar presente (Garcia-Martinez & Meseguer-Lisa, 2018).

Esta é uma temática com que me deparo na minha prática diária, motivo que levou a uma pesquisa de evidência e reflexão profunda sobre o que poderia fazer para melhorar e compreender qual o trabalho emocional realizado por nós enfermeiros, numa ótica de prática avançada.

Assim, torna-se importante compreender que ações pode o enfermeiro ter perante estas famílias, delimitando-se assim a **problemática** deste projeto ao seu **objeto de estudo**: o trabalho emocional do enfermeiro com a família da criança em estado crítico.

A família depara-se com diferentes emoções durante uma situação crítica, nomeadamente *stress*, ansiedade, desespero, medo, preocupação e uma sensação de perda de controlo (Engström, Dicksson & Contreras, 2014) e é intervenção do enfermeiro providenciar suporte emocional para que a família se sinta segura e presente na decisão, escutando-a (October, Dizon, Arnold & Rosenberg, 2018) e facilitando a gestão de tais emoções (Diogo, 2015, 2017).

Tendo por base os pressupostos supracitados torna-se importante identificar quais as estratégias já estudadas e mobilizar novas estratégias para serem utilizadas pelos enfermeiros a nível do trabalho emocional com as famílias de crianças em estado crítico.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Benner diz-nos que “a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o caráter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (2005, p.14). Desta forma, para desenvolver competências que o tornem perito numa área de conhecimento, o profissional deve adquirir conhecimentos devidamente fundamentados e aprofundados pelo conhecimento da situação concreta e contextualizada.

Neste seguimento, a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011) refere que o enfermeiro especialista é aquele que a quem se reconhece o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas especializadas numa determinada área (Regulamento n.º 140/2019), por forma a, no caso do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), desenvolver cuidados “em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19192), integrando conhecimentos e desenvolvendo soluções para as situações complexas com que se depara.

Para tal foi utilizada uma metodologia reflexiva sobre a prática e na prática, através de uma perspetiva que envolveu a teoria do Cuidar de Watson, bem como o Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP) de Diogo. Esta reflexão sobre o vivido e o observado, em conjunto com o desenvolvimento do meu autoconhecimento, permitiu desenvolver a minha capacidade de utilizar os saberes para agir em situação (Alarcão & Rua, 2005).

A prática reflexiva leva a uma transformação do conhecimento e ao desenvolvimento do saber pessoal, que segundo Schön (2000) tem por base três elementos - conhecimento na ação, reflexão na ação e reflexão sobre a ação -, permitindo assim preparar a etapa seguinte de forma sustentada, e contribuindo para o desenvolvimento de uma prática especializada baseada na reflexão e na evidência.

Relativamente à escolha e a ordem dos locais, esta teve em conta as oportunidades que cada um deles me apresentava, e a oportunidade de prestar cuidados em contextos distintos do meu contexto de trabalho, procurando o desenvolvimento das competências de EEESIP num crescendo de complexidade. Para orientar este processo de aprendizagem, foram definidos objetivos transversais aos contextos e objetivos específicos, que serão apresentados ao longo do próximo capítulo.

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO: UM PERCURSO DE INICIADO A PERITO

Este relatório tem por objetivo refletir o percurso formativo e a forma como foram desenvolvidas as competências de EEESIP. Este teve como ponto de partida um projeto elaborado no âmbito da unidade curricular Opção II, integrada no 10.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria. O estágio decorreu durante 18 semanas que foram distribuídas pelos diferentes contextos preconizados pela Ordem dos Enfermeiros. Esta distribuição resultou num **Cronograma de Estágio** (Apêndice I), que foi analisado e discutido durante a elaboração do projeto de estágio.

Considerando o percurso, experiência profissional e competências a desenvolver, foram definidos os seguintes **objetivos gerais**:

- a) Desenvolver competências no cuidado especializado em enfermagem à criança e ao jovem, e sua família, no processo saúde-doença e no seu desenvolvimento;
- b) Desenvolver competências de EESIP para o desempenho do trabalho emocional com as famílias de crianças em estado crítico.

Para concretizar estes objetivos gerais e para os suportar e otimizar foram definidos objetivos específicos para cada local de estágio, que serão explorados no subcapítulo correspondente a cada local.

A otimização e desenvolvimento destes objetivos foi planeada para cada local de estágio, através da elaboração de um **Guia Orientador das Atividades de Estágio** (Apêndice II), onde se encontra um breve enquadramento teórico, problemática e objeto de estudo, sendo apresentados em seguida os objetivos específicos e as atividades a realizar para os concretizar. Foram realizadas diferentes atividades de estágio por forma a promover o crescimento pessoal e profissional, quer através de tarefas reflexivas, como reflexões sobre a prática, ou através da promoção de boas práticas no dia-a-dia, elaborando normas para uma melhoria contínua dos cuidados. Foram ainda promovidas atividades formativas, numa ótica de formação contínua dos profissionais, apelando à melhoria dos cuidados.

Em seguida, serão descritos os diferentes locais de estágio, quais os objetivos específicos para cada um deles e as respetivas atividades.

4.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)

A instituição onde realizei o estágio localiza-se num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Grande Lisboa, incluído na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, e abrange uma população composta por 23.526 habitantes, dos quais 5420 são de idade pediátrica.

A população alvo abrange as mais diversas culturas e inclui alguns bairros sociais, sendo por isso comuns as dificuldades a nível monetário, e não só, da população em causa. A faixa etária abrange sobretudo adultos em idade ativa, tendo uma percentagem de crianças relativamente elevada.

Esta UCSP encontra-se num edifício recém-inaugurado, onde no futuro irá funcionar igualmente uma Unidade de Saúde Familiar. Compõe-se por uma sala de espera, uma sala de saúde infantil, uma sala de vacinação, uma sala de saúde reprodutiva, duas salas de tratamentos e cinco gabinetes médicos. Por ser ainda recente a sala de espera, bem como a sala de saúde infantil e a de vacinação não se encontram decoradas com imagens coloridas, nem com brinquedos para as crianças/jovens.

A equipa multidisciplinar é constituída por sete administrativas, sete médicos e oito enfermeiros. Destes oito, cinco são enfermeiros especialistas, quatro em saúde infantil e pediatria e uma em enfermagem médico-cirúrgica, vertente idoso.

A nível do método de enfermagem é utilizado o método enfermeiro de família, sendo este definido como o enfermeiro que cuida da família como uma unidade e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, nos diferentes níveis da prevenção, contribuindo para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade (Decreto-Lei n.º 118/2014), o que permite a continuidade de cuidados e a construção de uma relação de confiança com a família. Para além disso inclui igualmente os cuidados centrados na família.

A UCSP dá ainda cumprimento ao Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), bem como ao Plano Nacional de Vacinação (PNV), ambos preconizados pela Direção Geral de Saúde (DGS).

A consulta de saúde infantil nesta UCSP é recente e abrange a faixa etária dos 0 aos 12 meses, sendo realizada pelo enfermeiro com enfoque nos diferentes estádios de desenvolvimento preconizados pela DGS. Durante a consulta são realizados cuidados antecipatórios e diferentes ensinamentos consoante a faixa etária, bem como a vacinação correspondente. A avaliação do desenvolvimento é realizada por parte da

equipa médica existindo, porém, colaboração entre a equipa de enfermagem e médica.

Dado encontrar-me na primeira fase do meu percurso formativo, defini os seguintes objetivos específicos:

- Integrar a dinâmica dos cuidados à criança/jovem a nível dos cuidados primários de saúde.
- Identificar o trabalho emocional no cuidado de enfermagem à família da criança que recorre à consulta de saúde infantil.

Assim, procurei ao longo do meu estágio articular a observação participativa e a prestação de cuidados, tendo **colaborado com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança e à família** nos estádios de desenvolvimento abrangidos na consulta de saúde infantil.

No decorrer da consulta de saúde infantil, tive a oportunidade de **monitorizar o crescimento e nutrição**, registando os dados antropométricos, avaliando o correto crescimento através das curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS). Apesar de como referido anteriormente, a avaliação do desenvolvimento ser responsabilidade da equipa médica, foi possível partilhar experiências de avaliação do desenvolvimento, a nível da consulta de enfermagem, sobretudo com as enfermeiras especialistas, tendo por base a escala de desenvolvimento infantil de Mary Sheridan. Estas observavam muitas vezes as crianças a brincar livremente aproveitando para **avaliar o seu desenvolvimento**, por exemplo como é que pegava nos brinquedos, se explora o mundo que a rodeia, como é que desenha, indo de encontro às competências referidas no regulamento de competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, nomeadamente “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento n.º 422/2018).

A consulta é um espaço onde a promoção do desenvolvimento e crescimento da criança é antecipado, sendo dadas indicações sobre o seu desenvolvimento de forma prévia. Neste seguimento, tive a oportunidade de pôr em **prática os cuidados antecipatórios**. As temáticas foram adequadas aos diferentes estádios de desenvolvimento, e envolveram informações sobre a importância da vacinação e da sua cronologia, sobre aleitamento materno, a alimentação e sobre a segurança e prevenção de acidentes. Estes temas foram abordados com suporte a material existente na USCP e que tinha sido recentemente desenvolvido. Na consulta é ainda realizada a vacinação das crianças entre os 0 aos 12 meses, bem como o diagnóstico precoce. O enfermeiro acompanha a criança e a família em todas as valências indo

de encontro a outra das competências desenvolvidas – “E1.1. Implementa e gere em parceria um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”. Desta forma, foi possível realizar o objetivo “Integrar a dinâmica dos cuidados à criança/jovem a nível dos cuidados primários de saúde”.

Neste âmbito, e após reflexão com a enfermeira orientadora, realizei um **folheto sobre a prevenção de acidentes** entre os 0 e os 12 meses (Apêndice III). Este folheto para além de ser uma necessidade identificada por mim e pela enfermeira orientadora, permite atuar a nível da prevenção primária, conforme sustentado por Newman & Fawcett (2011), no seu modelo de sistemas, ou seja, estamos a reduzir a possibilidade de o sistema composto pela família e pela criança, se encontrar com *stressores*, fortalecendo a linha flexível de defesa. Para além disto, estamos igualmente a trabalhar a emocionalidade das famílias, dado que estes eventos são muitas vezes perturbadores e envolvem algum grau de ansiedade por parte dos pais, permitindo que no momento da entrega do folheto os pais partilhassem os seus sentimentos e dúvidas, promovendo a sua capacitação para a gestão emocional.

Ainda no âmbito do trabalho emocional com a família procurei, através da **reflexão sobre a prática** e através de partilhas com as enfermeiras com quem partilhei o espaço da consulta, identificar as práticas envolvidas na UCSP. Sendo esta uma UCSP que abrange na sua área diversos bairros sociais e diferentes culturas, muitas vezes os enfermeiros deparam-se com situações socioeconómicas frágeis e que põem em causa a abertura de determinada família a ser apoiada. Para colmatar esta situação os enfermeiros realizam muitas vezes trabalho emocional com as famílias, como no caso da família Fernandes (nome fictício), descrita na **reflexão realizada à luz do modelo do trabalho emocional** (Apêndice IV), em que a enfermeira estabelece uma relação de confiança com base no reforço positivo, suportando a confiança parental; mais ainda a enfermeira mostrou-se disponível e facilitou a gestão das emoções (Diogo, 2017, 2018, 2019), ou ainda criou-se um ambiente seguro e afetuoso e nutriram-se os cuidados com afeto, através de um acolhimento preocupado quer com a mãe, quer com as crianças, ou ainda da brincadeira com o filho mais velho e do colo dado ao filho mais novo (Diogo, 2017, 2018, 2019). Outro exemplo foi dado através do **diário de campo** (Apêndice V), que teve como foco uma família em que a criança tinha sofrido um choque anafilático, e que se encontrava na fase de introduzir novos alimentos, momento muito ansiogénico para a mãe. Assim através destas atividades foi-me permitido concretizar outro dos

objetivos estabelecidos para este estágio “Identificar o trabalho emocional no cuidado de enfermagem à família da criança que recorre à consulta de saúde infantil.” Para além disto e considerando a multiculturalidade existente na área de abrangência da USCP foi-me possível **mobilizar e aperfeiçoar técnicas de comunicação** adequadas a faixa etária, família e cultura, indo de encontro a competência “E3.3. Comunica com a criança e a família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e a cultura” (Regulamento n.º 422/2018).

Porém a gestão emocional envolve, não só a família, mas também a própria equipa de enfermagem. Durante as partilhas realizadas a nível da equipa de enfermagem, foi-me possível verificar que apesar de a sala de saúde infantil ser um local de administração regular de vacinação, pelo menos até aos 12 meses, não existia nenhuma indicação de como atuar em caso de reação anafilática, nem medicação a administrar, o que causava algum desconforto a nível da equipa. Desta forma, e após discussão com a enfermeira orientadora, realizei um **fluxograma de atuação em caso de reação anafilática** (Apêndice VI), baseado nas indicações da DGS e promovi a existência dos fármacos naquela sala. O fluxograma foi não só afixado na sala de saúde infantil, mas também na sala de vacinação, tendo sido realizada uma partilha informal de informação acerca do mesmo, que foi recebida com agrado por parte da equipa de enfermagem, permitindo desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista “B1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade” e “D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho” (Regulamento n.º 140/2019).

4.2. Centro de desenvolvimento

Dando cumprimento ao cronograma definido previamente, continuei o meu trajeto no Centro de Desenvolvimento.

Este centro localiza-se na grande Lisboa, sendo especializado em quadros de paralisia cerebral. Recebe casos de uma área compreendida entre o Algarve e Santarém, chegando estes sobretudo através de referências do centro de saúde ou do médico que os segue em consulta de alguma especialidade.

O centro está dividido em diversas áreas, mas que se complementam, nomeadamente enfermagem, terapia ocupacional, fisioterapia, terapia da fala, psicologia e assistência social, bem como médica, e que se unem com vista a um objetivo em comum - o permitir que estas crianças desenvolvem competências que lhes permitam ser de alguma forma independentes na sua vida.

Desta forma o centro compreende uma sala de enfermagem, uma de terapia da fala, uma de terapia ocupacional, uma de fisioterapia (que inclui piscina), um gabinete médico, uma sala de tratamentos, um refeitório, uma sala de terapia sensorial, uma sala para a unidade de técnicas aumentativas e alternativas de comunicação (UTAAC), uma sala para o Núcleo de Intervenção Precoce Integrada (NIPI) e finalmente uma sala para o Grupo grau V.

Dado que o trabalho realizado no centro é realizado em conjunto por todas as áreas, tive a oportunidade de em cada dia estar numa das áreas, a verificar o trabalho de cada uma delas e como se articulam, nomeadamente aquando da consulta de avaliação inicial, realizada pela equipa multidisciplinar, por forma a dar resposta às múltiplas solicitações que o centro tem.

Inicialmente, ao ser recebida a solicitação de seguimento no centro, é realizada uma consulta de avaliação que envolve todas as partes do centro, nomeadamente uma avaliação médica, outra por parte da assistente social e finalmente uma conjunta com enfermagem, terapia ocupacional, terapia da fala e fisioterapia.

Na avaliação médica é realizada uma breve avaliação do desenvolvimento, com um estudo da história que poderá ter levado a paralisia cerebral da criança em questão, permitindo assim a sua classificação e identificação primária das necessidades a nível médico da criança.

A nível da assistência social, num encontro onde só estão presentes os pais, a criança e a assistente social, por a conversa poder atingir áreas melindrosas para os envolvidos, são avaliadas as dificuldades a nível económico-social por parte daquela família.

Finalmente a nível da reunião com as diferentes valências do centro, é feita uma avaliação por cada uma das áreas, iniciando-se desde logo uma intervenção por todas as áreas em conjunto por forma a se complementarem.

Estas avaliações são posteriormente postas à discussão numa reunião multidisciplinar onde são partilhadas as conclusões a que chegou cada um dos três grupos, discutindo-se a resposta a dar aquela situação, de uma forma mais adequada. Esta avaliação termina com uma reunião entre a médica e os pais, onde lhes é comunicado qual o plano para o seu filho, e são discutidas outras hipóteses caso os pais tenham dificuldade em determinadas valências, ou discordem de algum passo do plano. O plano pode incluir a inclusão da criança num grupo específico e seguimento pelas diversas valências do centro, ou então contactos pontuais e apoio apenas a determinados níveis.

Considerando o que foi dito anteriormente e por este estágio compreender somente 2 semanas do período de 18 semanas total, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer o papel do EESIP no centro de desenvolvimento;
- Promover e desenvolver o desenvolvimento infantil.

Dando cumprimento ao definido como objetivos específicos, procurei **colaborar de forma ativa com as duas enfermeiras** do centro nos cuidados prestados, nomeadamente a nível do acompanhamento familiar realizado aquando dos grupos de NIPI e grau V.

Nestes grupos, os pais podem estar ou não presentes, e são desenvolvidas diversas atividades que integram os diferentes grupos profissionais existentes no centro. No caso do grupo grau V é possível verificar uma maior permanência dos pais, sendo que o papel da enfermagem neste caso passa por **monitorizar o crescimento e nutrição das crianças**, aproveitando igualmente para fazer uma **avaliação do desenvolvimento** rápida através da escala de desenvolvimento de Mary Sheridan, mas também realizar ensinamentos às mães sobre as mais diversas situações, como ensinamentos sobre a alimentação, obstipação, posicionamentos e sinais de alarme que devam levar os pais a recorrer à urgência. Muitas vezes estes sinais de alarme são despistados no próprio centro, sendo feita uma triagem por parte das enfermeiras. Também no NIPI apesar de os pais estarem menos presentes, dado que o grau de gravidade neste grupo é menor que no anterior, são igualmente despistadas situações de alarme, são realizados ensinamentos e avaliação estado-ponderal. Desta forma vamos de encontro ao regulamento de competências do enfermeiro especialista, nomeadamente à “E 1.1. Implementa e gere em parceria um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” e “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento n.º 422/2018). Assim foi possível realizar o objetivo “Conhecer o papel do EESIP no centro de desenvolvimento”

Na persecução do segundo objetivo específico “Promover e desenvolver o desenvolvimento infantil” foi possível **realizar a avaliação do desenvolvimento segundo a escala de Mary Sheridan**, mas também possível observar a aplicação da Escala Growing Skills por parte da equipa médica e ainda a escala de avaliação do desenvolvimento Griffiths II por parte da psicologia.

Para além disto como foi dito anteriormente nos grupos foi possível contactar com os **pais permitindo capacitá-los** para o cuidar do seu filho, bem como articular

com os recursos disponíveis na comunidade, nomeadamente através da ida da equipa de enfermagem à escola por forma a ensinar a responsável pela criança de como alimentar, como posicionar e quais os sinais de alerta, permitindo assim ir de encontro a unidade de competência “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família a doença crónica, doença oncológica, deficiência e incapacidade” (Regulamento n.º 422/2018).

Mais ainda, devido a especificidade desde estágio e dos cuidados de enfermagem ali prestados tive necessidade de apropriar conhecimento científico (Carper, 1978), através da pesquisa bibliográfica, da leitura dos guias existentes e da orientação da minha enfermeira orientadora, o que me permitiu diagnosticar necessidades não só na criança portadora de deficiência, mas também na família que a acompanha e desta forma “E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados”

Para finalizar o meu estágio, realizei um **diário de campo** (Apêndice VII), onde refleti sobre a prática multidisciplinar realizada no centro, nomeadamente sobre a consulta de avaliação inicial que me foi dada a oportunidade de assistir, bem como do trabalho desenvolvido a nível da UTAAAC, trabalho deveras meritório e que permite que estas crianças comuniquem e se integrem na vida em sociedade.

4.3. Serviço de Internamento

Continuando o meu percurso formativo, em consonância com o Cronograma de Estágio (Apêndice I), surge o primeiro estágio em contexto hospitalar, no internamento de pediatria, neste caso num serviço de Gastroenterologia, Infeciologia e Nefrologia Pediátrica.

Este serviço é composto por 17 vagas, das quais 5 são quartos de isolamento, que incluem dois quartos de pressão negativa. O serviço dispõe ainda de duas copas, uma sala de médicos para cada uma das especialidades existentes no serviço, gabinete da enfermeira chefe, sala de enfermagem, instalações sanitárias quer para as crianças/família e para os enfermeiros, uma sala para os pais onde tem disponível um frigorífico e um micro-ondas caso necessitem aquecer comida. Nesta área funciona ainda o Hospital de Dia, onde as crianças são seguidas para realizarem medicação, ou seguimento posterior ao internamento (habitualmente na semana seguinte ao internamento tem esta consulta de seguimento), para reforçar ensinamentos sobre alimentação ou medicação consoante a especialidade.

Para finalizar a descrição do espaço importa dizer que este se encontra decorado consoante a altura do ano, podendo ter diferentes temas como o São Martinho, o Halloween ou Natal. Estas decorações ajudam a minimizar o impacto da hospitalização e o ambiente hospitalar e estão a cargo da educadora de infância existente no serviço; para além da responsabilidade da decoração do serviço, a educadora está igualmente responsável por desenvolver atividades lúdicas com as crianças internadas no serviço, o que habitualmente acontece na sala de brincar, onde as paredes estão decoradas e existem diversos jogos de acordo com os diversos grupos etários e estádios de desenvolvimento existentes no serviço.

A proveniência das crianças internadas neste serviço é diversa, desde a consulta externa ou Hospital de Dia, bem como do Serviço de Urgência e até de outros hospitais. A equipa é constituída por médicos, assistentes operacionais, nutricionista, fisioterapeuta, educadora de infância, outros colaboradores, como voluntários da Nuvem Vitória, e enfermeiros. A equipa de enfermagem é composta por 20 enfermeiros dos quais 4 são EEESIP.

Aqui o método de trabalho implementado é o de enfermeiro de referência, porém, devido ao rácio de enfermeiros desajustado e a necessidade de uma gestão eficaz do tempo e dos cuidados a prestar, tornava-se necessário utilizar o método de trabalho à tarefa, seguindo sempre que possível a filosofia de cuidados centrados na família e cuidados não traumáticos.

Para este período de estágios foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Integrar a dinâmica dos cuidados prestados às crianças e famílias em situação de especial complexidade num internamento de infeciologia;
- Identificar intervenções e estratégias dos enfermeiros a nível do trabalho emocional no cuidado à criança e família a experienciarem situações críticas.

As quatro semanas deste estágio permitiram-me experienciar um conjunto de situações que se revelaram ricas no meu percurso formativo. Fui confrontada com todas as faixas etárias, com as mais diversas situações, desde internamentos no curso do seu processo saúde-doença para a realização de exames ou cirurgias, vigilância ou até agravamentos súbitos de patologias subjacentes que levaram à sua hospitalização inesperada. Assim colaborei com a equipa de enfermagem na **prestação de cuidados à criança e famílias em situação de especial complexidade num internamento**, suportando a criança e a família ao longo da sua experiência de hospitalização, promovendo a participação ativa da família e o seu

envolvimento nos cuidados prestados, bem como a partilha de informação e uma tomada de decisão partilhada e informada.

Este envolvimento familiar vem no seguimento da filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF), que o serviço adotou, e que identifica a família como uma constante na vida da criança. Os CCF norteiam-se por 4 princípios: a dignidade e o respeito, a partilha de informação, a participação e a colaboração da família (Institute for Patient and Family Centered Care – IPFCC, 2017), e tem por base integrar a criança/jovem e a família/pessoa significativa no planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde. Desta forma a parceria surge como um conceito inerente a esta filosofia, melhorando a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, sendo que concomitantemente promovem o bem-estar e a satisfação dos clientes (McCormack et al, 2015; IPFCC, 2017).

Este reconhecimento da família como uma constante na vida da criança responsabiliza o enfermeiro pelo estabelecimento pela parceria inerente aos CCF, através do apoio, respeito, cooperação, negociação, capacitação e potencialização da família (Casey, 1995; Hockenberry & Barrera, 2014). Tal era visível na forma como os **pais eram incentivados** a participar nos cuidados de higiene do seu filho, alimentação, ou ainda em situações em que era necessário compreender como iria reagir a criança a determinado procedimento, permitindo desta forma que o papel parental se mantenha e que comecem a confiar na equipa que os rodeia, papel que tive a oportunidade de desempenhar, tendo atingido assim o objetivo “Integrar a dinâmica dos cuidados prestados às crianças e famílias em situação de especial complexidade num internamento de infeciologia”, caminhando de encontro à competência “E 1.1. Implementa e gere em parceria um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” e “E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” (Regulamento n.º 422/2018).

No decorrer do estágio, foi-me igualmente possível desenvolver atividades que me permitiram atingir o objetivo “Identificar intervenções e estratégias dos enfermeiros a nível do trabalho emocional no cuidado à criança e família a experienciarem situações críticas.”.

A hospitalização, seja ela prolongada ou não, é uma experiência extremamente ansiogénica, quer para a criança, quer para a família, caracterizada pela rotura com as rotinas do dia-a-dia e com o ambiente habitual e securizante. A hospitalização trás consigo determinados *stressores* como a ansiedade de separação, a perda de

controle, a lesão corporal e a dor que podem ser expressados pela família e pela criança de diversas formas (Sanders, 2014). As crianças e família podem reagir a este *stress* antes da admissão, durante a hospitalização ou mesmo depois da alta, apesar de a hospitalização ter benefícios óbvios, nomeadamente a recuperação da doença em fase aguda, mas é também uma oportunidade para a família encontrar mecanismos de *coping* e sentirem-se competentes com os mesmos. No seguimento disto, o serviço tem em conta uma série de **estratégias para minimizar o impacto da hospitalização**, nomeadamente o Brincar Terapêutico e o acolhimento.

Brincar é uma atividade inerente à criança desde sempre e através dela são desenvolvidas as capacidades e potencialidades da criança, originando assim desenvolvimento (Ramos, Vaz, Maximino, Dias & Dias, 2012). Esta atividade é de tal forma importante ao desenvolvimento das crianças que na Convenção Internacional dos Direitos da Criança de 1959, o Artigo 31º define o direito da criança ao “(...) repouso e tempos livres, o direito de participar em jogos e atividades recreativas próprias da sua idade de participar livremente na vida cultural e artística” (UNICEF, 2004, p. 22).

O brincar é considerado uma necessidade básica e uma experiência rica e complexa, essencial ao desenvolvimento infantil (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010). Ainda segundo estes autores, apesar de brincar ser algo natural, ajuda a criança a adaptar-se a realidade, ajudando não só ao desenvolvimento intelectual, socio-motor, socialização, criatividade e autoconsciência, mas também ter um papel terapêutico a nível dos cuidados de saúde pediátricos.

Desta forma torna-se imprescindível compreender que o brincar é o veículo de expressão da criança, através das brincadeiras estabelecidas com o mundo real, como forma de se adaptar à vida desenvolvendo competências físicas, cognitivas, de raciocínio lógico, percepção-sensorial, socialização e comunicação (Valeriano & Diogo, 2001; Pereira & Lourenço, 2011; Matos, 2017).

Os brinquedos e as brincadeiras deverão ser adaptados e adequados a cada criança, tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento e a sua idade, de forma a potenciar o seu desenvolvimento biológico, cognitivo, psicossocial e emocional (Matos, 2017).

Também Diogo (2015) refere a importância do brincar terapêutico na gestão emocional e na maximização de uma hospitalização positiva, o que complementa o evidenciado por Sanders (2014) que refere que o brincar terapêutico minimiza os

stressores associados à hospitalização e permite identificar os medos e sentimentos vivenciados pela criança e pela família.

Assim, e através de técnicas de comunicação criativa, como a técnica da terceira pessoa ou através do desenho (Hockenberry, Wilson & Rodgers, 2020), e com auxílio de um *kit* de brincadeira já existente no serviço, foi-me possível **utilizar o brincar terapêutico como técnica de comunicação e da gestão da emocionalidade**, como no caso de uma pré-adolescente internada com patologia do foro renal que se encontrava preocupada com a recente doença da sua avó e do que isso significava para a sua mãe, que tinha que se dividir entre ela que estava internada há cerca de um mês e a avó, e todo o desgaste associado a isto, em que através do desenho conseguimos que esta expressasse os seus sentimentos e posteriormente ao envolver a mãe, como mediadora, esta ao ver que a mãe confiava nos enfermeiros, permitiu que se gerasse uma relação de confiança e a pré-adolescente se sentisse mais confortável em partilhar algumas atividades e sentimentos, tal como nos é expressado por Björk, Nordström e Hallström (2006).

Para além de facilitador da expressão de emoções, o brincar terapêutico, de acordo com o guia orientador de boas práticas (GOBP) – Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor (ENFCD) (OE, 2013) -, auxilia também na preparação e na distração da criança durante a experiência da dor permitindo a criança expressar “os seus medos, desejos e experiências vividas, tendo a possibilidade de libertar emoções, tensões e frustrações” (OE, 2013, p.36). Tal foi realizado sobretudo nos momentos relacionados com a punção venosa, onde as crianças referiam por diversas vezes o medo da dor. Isto leva-nos ao encontro da competência “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” e “E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” (Regulamento n.º 422/2018).

Porém o internamento acresce outros *stresses* quer para a família, quer para a criança, sendo que esta última atravessa muitas vezes o seu primeiro momento de crise (Hockenberry & Wilson, 2014). A criança é confrontada com situações como a separação dos pais, o medo do desconhecido, a lesão corporal e o medo da morte. A resposta da criança a estes *stressores* vai depender da sua idade, experiências anteriores, separação e hospitalização, mecanismos de defesa, gravidade do diagnóstico e sistema de apoio disponível (Hockenberry & Wilson, 2014).

Sendo a família uma estrutura onde os indivíduos apresentam diferentes e semelhantes gerações e gêneros, unidos por relações biológicas ou compromissos duradouros, participando para a socialização, desenvolvimento e compromisso emocional entre eles (Hockenberry, 2014), a hospitalização da criança e a exposição a estes *stressores*, implica uma série de interações complexas em que o comportamento de um membro, influencia os outros e a própria família enquanto sistema (Jorge, 2004). Desta forma, os pais estão sujeitos ao mesmo *stress* e ansiedade, experienciando emoções como medo, culpa e frustração (Jorge, 2004; Hockenberry & Wilson, 2014).

A intervenção do enfermeiro, diante desta situação, incide na minimização das consequências que o internamento causa nestas, através da compreensão das necessidades de cada família, utilizando a escuta e respeitando os seus direitos, através de uma abordagem holística e humanizada (Watson, 2012).

O primeiro momento em que o enfermeiro tem papel ativo com a família, por forma a tornar o internamento uma experiência mais positiva, é no acolhimento. Durante a realização do acolhimento o enfermeiro contribui para a envolvência da criança e da família na equipa multidisciplinar, através da partilha de informação, promovendo a criação de relações calorosas, personalizadas e de confiança, bem como a gestão da emocionalidade vivida.

Para realizar o acolhimento, o enfermeiro pode fazê-lo em dois momentos distintos, um aquando da admissão, onde explicará de forma básica o funcionamento do serviço, e outro nas primeiras 24h, onde realizará uma entrevista mais aprofundada e apresentará o serviço. Durante este percurso pode utilizar o modelo TEEP como guia, implementando intervenções que vão de encontro as 5 categorias de intervenção do mesmo, nomeadamente, ao dirigir o acolhimento à criança e a família, acolhendo-a como um todo, tendo em conta as suas necessidades, focando a atuação nestas, estamos a **promover um ambiente seguro e afetivo**. Ao informar sobre os procedimentos a realizar, adotando uma postura calma e carinhosa, preparando e explicando o que vai ser realizado estamos a potenciar o auto controlo emocional e a facilitar a **gestão das emoções da família**; ao promover a parentalidade, envolvendo os pais nos cuidados prestados, estamos a permitir que a função parental se mantenha e que estes ganhem confiança nos profissionais, por verem a confiança neles depositados, **construindo assim a estabilidade na relação**; finalmente, durante a entrevista podemos envolver a criança, brincando com ela, integrando-a, e desta forma a **nutrir os cuidados com afeto**. A outra categoria do modelo TEEP diz

respeito à **regulação emocional do enfermeiro para cuidar**, que pode ocorrer na passagem de turno, através da partilha do trabalho realizado com a família e a criança durante o processo de acolhimento.

Esta reflexão sobre o acolhimento, em conjunto com a minha enfermeira orientadora, deu origem a uma **norma “Acolhimento e entrevista de colheita de dados à luz do modelo de TEEP”**, que se encontra disponível no Apêndice VIII, bem como a uma **reflexão sobre a prática a luz do modelo TEEP** (Apêndice IX).

Já após conclusão do estágio, dei continuidade ao trabalho sobre o acolhimento e entrevista de colheita de dados com a **elaboração e apresentação de um Poster** intitulado “A Entrevista de Colheita de Dados no Acolhimento à Luz do Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica” nas 2.^{as} Jornadas Emoções em Saúde (Anexo III, Apêndice XIV e XV).

Assim e com a aplicação destas estratégias, foi-me possível atingir o objetivo “Identificar intervenções e estratégias dos enfermeiros a nível do trabalho emocional no cuidado à criança e família a experienciarem situações críticas”, mas também e considerando os internamentos muitas vezes prolongados relacionados com as patologias de base, ir de encontro à competência “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Regulamento n.º 422/2018).

Para terminar este estágio importa ainda referir que me foi possível estagiar no Hospital de Dia local onde a família delimitava estratégias em conjunto com o enfermeiro, por forma a tornar os cuidados no domicílio, mais adequados. É interessante observar a relação de confiança formada entre os pais e o enfermeiro do Hospital de Dia, fruto de uma convivência e de uma relação terapêutica construída ao longo de muitos anos. O enfermeiro do Hospital de Dia mantendo a sua autonomia, mostra uma disponibilidade constante para auxiliar na resolução dos problemas que surgem diariamente. Funcionando esta valência de forma programada o enfermeiro pode planear, adequar os cuidados e o tempo necessário a cada indivíduo a cada necessidade apresentada.

No decorrer do estágio tive a oportunidade de assistir ao **6.º Workshop da Área de Investigação “Emoções em Saúde”** subordinado ao tema “**Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: Da Conceção à Prática**”, que me permitiu aprofundar conhecimentos sobre o TEEP, bem como desenvolver estratégias para a minha própria regulação emocional. Para além deste workshop, assisti ao **Seminário “As Novas Conceções em Saúde Infantil e Pediátrica”**, onde ao longo de dois dias

foram exploradas novas concepções como terapias alternativas, como o reiki e a hipnose; desafios na alimentação, onde focaram temas como a alergia alimentar, o treino de competências oro-motoras no recém-nascido e o *baby led weaning*; desafios na criança/adolescente, como o afeto nos cuidados de enfermagem ao cliente pediátrico, novos modelos de família, comportamentos agressivos em contexto escolar, e finalmente desafios na comunidade, onde se falou da intervenção do enfermeiro a nível das escolas e no domicílio.

4.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)

Posteriormente ao estágio na unidade de internamento, seguiu-se o estágio na unidade de cuidados intensivos neonatais. Esta unidade situa-se num centro hospitalar de referência recebendo por isso recém-nascidos (RN) desde o distrito de Santarém até ao Algarve, bem como da Madeira e Açores, até aos 28 dias de vida, e que podem dar entrada do serviço de urgência, bloco de partos, obstetrícia e através de transferências externas através do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP).

Nesta unidade são recebidos RN com prematuridade extrema e muito baixo peso, bem como RN que necessitem de apoio na área das doenças metabólicas, endócrinas, ortopedia, neurologia, neurocirurgia, cirurgia geral, otorrinolaringologia (ORL), nefrologia e hematologia, sendo centro de referência para os casos de hérnia diafragmática e neurocirurgia. Para além disto são ainda realizadas técnicas como a hipotermia induzida, monitorização da função cerebral, preparação para *extracorporeal membrane oxygenation* (ECMO), óxido nítrico e cirurgia cardíaca *minor*.

Esta unidade é composta por uma unidade de cuidados intensivos, com 8 vagas, e uma unidade de cuidados intermédios, com 10 vagas. Existe ainda uma sala para os pais com posters informativos, com um cantinho preparado para as mães realizarem a extração do seu leite, num ambiente mais calmo e descontraído. Por fim o serviço dispõe ainda de diversas salas de arrumos, instalações sanitárias para pais e profissionais, sala de médicos, gabinete da enfermeira chefe, copa/sala de descanso para os profissionais e uma copa de leites, onde são armazenados e preparados todos os leites administrados na unidade específicos para cada RN.

A equipa é composta por médicos, uma fisioterapeuta e 35 enfermeiros, dos quais 4 são EEESIP. O método de trabalho de enfermagem implementado é o método enfermeiro de referência, no qual o enfermeiro é responsável pelo cliente, avalia as necessidades e organiza, executa e controla os cuidados prestados. O enfermeiro

torna-se assim um aliado dos pais, com quem podem partilhar angústias e preocupações. Os cuidados prestados alicerçam-se igualmente nos cuidados centrados na família, sendo a família integrada nos cuidados de diferentes maneiras, seja por estarem presentes na hora dos cuidados de higiene e ser-lhes permitido realizar a massagem, ou por verem respondidas as suas questões a qualquer hora do dia, nomeadamente a nível do contacto telefónico.

Desta forma delimitei dois objetivos específicos para este estágio:

- Integrar a dinâmica dos cuidados prestados às crianças e famílias com necessidade de internamento na unidade de cuidados intensivos neonatais;
- Identificar intervenções e estratégias dos enfermeiros a nível do trabalho emocional no cuidado ao recém-nascido e família a experienciarem o internamento na unidade de cuidados intensivos neonatais, e que se encontram em estado crítico.

Para este estágio, e por forma a integrar a dinâmica dos cuidados prestados na UCIN, foi necessário desenvolver competências específicas nesta área, através da apropriação do conhecimento científico (Carper, 1978), com a pesquisa bibliográfica realizada, e ainda através dos guias elaborados pelo serviço, bem como da reflexão conjunta com a minha orientadora e de outras enfermeiras peritas na área.

A UCIN apresenta um ambiente de contínua atividade, com ruído e luminosidade sempre presentes, o que não são as melhores condições para o desenvolvimento de um RN. Desta forma a **promoção de um ambiente tranquilo, seguro e afetuoso** (Diogo, 2015, 2017, 2018, 2019), torna-se importante, e passa por gestos simples como a redução da luminosidade, utilizando as capas adaptadas para cobrir as incubadoras, o evitar colocar material em cima da incubadora ou ainda o colocar uma música calma e suave, foram algumas das estratégias utilizadas por forma a potenciar um ambiente seguro, tranquilo e pouco estimulante (Hockenberry & Wilson, 2014). Neste seguimento, os cuidados eram antecipadamente programados em conjunto com a equipa multidisciplinar por forma a reduzir as manipulações e os estímulos.

O internamento a nível da UCIN caracteriza-se geralmente por ser prolongado, o que agrava a vulnerabilidade e a fragilidade do RN pré termo, passando a promoção do conforto e bem-estar a ser um foco diário, por parte da enfermagem; assim foi **promovida a presença dos pais durante os cuidados de higiene**, sendo estimulado o toque através da massagem terapêutica, ou ainda realizados posicionamentos regulares, com auxílio dos diferentes dispositivos existentes, bem como a manutenção da temperatura corporal. Promovi igualmente, quando o RN

estava estável, o contato e interação com os pais, promovendo o colo e o contacto com a pele, através do método canguru.

Devido às múltiplas especialidades existentes na UCIN, cuidei de RN que implicavam cuidados especializados de enfermagem, nomeadamente RN com suporte de manutenção da via aérea, suporte para alimentação, ou ainda sob hipotermia induzida, realidade com a qual contactei e que era desconhecida para mim. O respeito e o bem-estar do RN foram sempre levados em conta, promovendo a presença e participação parental, ou ainda o recurso a estratégias não farmacológicas para promoção do conforto e alívio da dor, nomeadamente a sucção não nutritiva, a massagem ou a administração oral de sacarose a 24% (Hockenberry & Wilson, 2014; OE, 2013).

Desta forma integrei a dinâmica dos cuidados prestados às crianças e famílias com necessidade de internamento na unidade de cuidados intensivos neonatais, e desenvolvi competências de EEESIP, nomeadamente “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”, “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”, “E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.” e “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.”

A UCIN é local onde as emoções andam de mãos dadas com as situações do dia-a-dia, sendo vividas de forma muito intensa, uma autêntica montanha-russa. Durante os nove meses de gestação, os pais têm a oportunidade de se prepararem para as mudanças que irão ocorrer não só a nível psicológico, mas também a nível físico; desta forma são criadas expectativas, que incluem experiências, aprendizagens desejos e fantasias, que criam uma imagem ideal do filho que os pais esperam. No entanto, o nascimento da criança colide com esta idealização (Brazelton, 1988; Brazelton & Greenspan, 2002; Hockenberry & Wilson, 2014).

O nascimento de um RN prematuro provoca instabilidade e desequilíbrio na dinâmica familiar; Brazelton (1988) refere que o nascimento prematuro pode ser um momento de luto dado que os pais perdem o bebé idealizado ao longo do período de gravidez, mas também se culpabilizam muitas vezes de forma inconsciente pelos problemas associados à prematuridade. Mais ainda, a prematuridade e a consequente hospitalização do RN, conduz a uma separação brusca deste com os pais, originando uma crise parental, que leva a redefinição dos seus papéis parentais.

Assim, o processo de transição para a parentalidade, ou seja, o adquirir as características específicas de assumir responsabilidade de ser pai ou mãe, facilitando a incorporação de um RN na família, participando no seu desenvolvimento e crescimento (OE, 2015), fica afetado.

Porém no hospital, os pais podem continuar a ser pais, e cabe aos enfermeiros serem os promotores deste processo. Como? Através da promoção da vinculação entre o RN e a família, com pequenos gestos como a integração dos pais na prestação de cuidados (construindo a estabilidade na relação), informando-os e esclarecendo dúvidas em tempo oportuno, facilitando assim a gestão das emoções destes, capacitando os pais de conhecimentos e ferramentas a utilizar para que possam ser os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos, nomeadamente a nível de ensinamentos sobre a amamentação, cuidados de higiene, cuidados com o sono e medidas de segurança a adotar. Estes momentos foram realizados sobretudo a nível da Unidade de cuidados intermédios, altura em que a parceria entre enfermeiro/pais se encontra desenvolvida e em que os pais se mostram mais abertos a recebê-la, dado que a passagem para a unidade de cuidados intermédios, significa uma maior proximidade ao momento da alta, permitindo-me assim desenvolver a competência “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.”

Durante este período foi de especial importância as emoções sentidas, relembrando que o relacionamento enfermeiro-cliente envolve as emoções e sentimentos de ambos, sendo que o cuidar envolve comunicação, emoções e o trabalho emocional destas.

Assim, durante o estágio, foi possível observar como os enfermeiros lidavam com as diversas situações com que eram confrontados, optando muitos por evitarem a situação, enquanto outros prestavam cuidados ao RN, mas tentavam não se envolver em determinadas questões mais complicadas para os pais, por outro lado, outros estão abertos a ouvirem os pais sobre questões com as quais estes foram confrontados, nomeadamente, a ordem de não reanimação. Uma das estratégias que comumente era utilizada pelos enfermeiros era fomentar a esperança. O conceito de esperança é considerado uma conceção multidisciplinar, tendo sido alvo de estudos e interesse por parte de várias disciplinas (Magão & Leal, 2002).

Considera-se que a esperança é intrínseca ao ser humano, e à manutenção e à qualidade de vida, estando mais presente nos momentos de doença e/ou transição, alturas em que procuramos força e motivação (Pires, 2006; Miller, 2007); estando o

enfermeiro comumente associado a estas experiências de forma continuada, torna-se o principal vetor para fomentar a esperança (Lohne, 2001 citado por Magão, 2012).

Desta forma o conceito de esperança pode ser definido como sendo multidimensional e dinâmico, caracterizado por uma expectativa incerta de atingir um objetivo significativo e que vai auxiliar no crescimento espiritual, na adaptação à doença e alívio do sofrimento, proporcionando um sentido e propósito para a vida (Dufault & Martochio, 1985; Cutcliffe & Herth, 2002).

Magão (2012) identificou, através de um estudo exploratório e descritivo, que tinha como foco as práticas promotoras de esperança dos pais de crianças com doença crônica, a partir de relatos de enfermeiras, os recursos utilizados por estas para promoção da esperança. Estes incluíam: relação de ajuda e confiança, a esperança da enfermeira, valores da enfermeira, experiência(s) da enfermeira, reflexão sobre e na ação, continuidade dos cuidados e trabalho de esperança em equipa.

Magão (2012) identificou igualmente os temas das formas de promover a esperança utilizados pelas enfermeiras. Estes abrangiam: o estar com, partilhar histórias e imagens de esperança, ouvir a narrativa, fazer acontecer, sugerir alternativas, quebrar regras, normas ou rotinas e valorizar as pequenas coisas.

Estes recursos foram por mim identificados durante o estágio na UCIN, nomeadamente as alternativas sugeridas pelas enfermeiras para cada situação, a própria esperança das mesmas perante determinados casos, como o caso de duas gémeas, uma com deficiência física e que preocupava a mãe, pelo seu futuro, animando os pais e mostrando-lhes as pequenas coisas, as pequenas vitórias desta pequena, que apesar de ter apenas uma mão, conseguiu aumentar de peso e garantir a sua autonomia alimentar antes da irmã, utilizando o coto como se tivesse uma mão muitas vezes, chuchando no mesmo.

Existia neste serviço um “diário da esperança” realizado por uma colega anterior, também do mestrado, porém era pouco utilizado e divulgado por parte da equipa de enfermagem, com a justificação que muitas vezes os pais não estavam abertos a realização do mesmo, ou até, no caso das colegas mais novas que não tinham conhecimento do mesmo, ou de como o utilizar.

Perante esta situação, e após discussão com a minha enfermeira orientadora, surgiu um **poster “Diário da Esperança... Faça o seu!”** (Apêndice X), que ficaria colocado na sala para os pais para que eles soubessem desta possibilidade. Foi igualmente divulgada a existência do diário da esperança no serviço às colegas mais

novas, de forma informal nas passagens de turno. Foi-lhes explicado o objetivo do diário, bem como a sua utilidade para os pais, como forma de expressar as suas emoções, definir objetivos e celebrar as pequenas conquistas. O diário e o envolvimento dos enfermeiros na elaboração do mesmo, em conjunto com os pais permitiu ainda que a família se envolvesse, elogiar a família nos cuidados prestados, bem como capacitá-los para o desempenho do papel parental. Assim, através da esperança e da promoção da expressão de sentimentos foi possível facilitar a gestão das emoções do cliente, bem como promover um ambiente seguro e afetuoso, através das fotografias/lembranças para celebrar as pequenas coisas.

Este percurso foi de extrema importância na persecução do outro objetivo definido por mim, “Identificar intervenções e estratégias dos enfermeiros a nível do trabalho emocional no cuidado ao recém-nascido e família a experienciarem o internamento na unidade de cuidados intensivos neonatais, e que se encontram em estado crítico”, permitindo assim um caminho seguro para o seu atingimento.

Neste âmbito, ainda devo referir outro dos momentos em que o enfermeiro utiliza o modelo TEEP nos seus cuidados, nomeadamente no caso de RN que serão no futuro seguidas pelos cuidados paliativos pediátricos, ou a quem durante o internamento estes cuidados sejam prestados, acabando por falecer ainda durante o internamento. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (s.d.), os cuidados paliativos pediátricos são direccionados para crianças com doenças ameaçadoras da vida, podendo aplicar-se a doenças oncológicas ou crónicas, seguindo determinados preceitos: envolvem a totalidade do corpo, mente e espírito da criança, mas também a família; iniciam-se no momento em que a doença é diagnosticada e devem continuar mesmo que a criança não esteja a receber tratamento dirigido à doença; os profissionais de saúde devem avaliar e aliviar o sofrimento a nível das áreas referidas anteriormente, sendo que é necessária uma abordagem ampla e multidisciplinar para que seja eficaz.

É pouco expectável de acordo com o ciclo de vida, que os pais se preparem para um momento como a morte de um filho, sendo este um momento contraditório e marcante na vida de qualquer pai. É papel do enfermeiro, conforme definido no código deontológico, ajudar a família e a criança, por forma a conseguirem viver com toda a dignidade um momento complexo como o fim de vida (Heleno, 2013).

Cuidar de uma criança numa situação de cuidados paliativos ou em fim de vida passa por promover a adaptação dos pais à morte e à situação do filho (Hinds, Schum, Baker & Wolfe, 2005). A forma como estes cuidados são prestados é influenciada pela

cultura, religião e nível educacional da sociedade e da família, assim como da economia familiar, disponibilidade de cuidados e distância aos serviços (Hexem & Feudtner, 2012). Considerando todas estas variáveis, não existe a escolha correta, mas sim a escolha adequada a cada situação, devendo esta ser respeitada.

Esta foi uma situação com que me deparei ao longo deste estágio e que originou uma **reflexão à luz do modelo TEEP** (Apêndice XI), onde mais uma vez se verifica a importância de lidar com as emoções e o trabalho emocional realizado pelos enfermeiros, dado que permitiu uma adaptação dos pais e da restante família, através de pequenos gestos como o permitir a entrada da irmã e a colocação de um desenho realizado por esta na unidade do RN em questão.

Terminando, este estágio foi para mim uma experiência recompensadora e que me permitiu desenvolver competências a nível das diversas unidades (E1.1, E2.2, E2.3, E 2.5, E3.1, E3.2).

4.5. Urgência de Pediatria

Este foi o último estágio do meu percurso formativo, com a duração de 6 semanas, dando assim conclusão ao delineado no cronograma de estágio, sendo igualmente o meu local de prática diária.

O Serviço de Urgência de Pediatria (SUP) está localizado num hospital central, sendo referência das mais diversas especialidades como neurocirurgia, ortopedia, doenças metabólicas, trauma, entre outras.

Recebe crianças que podem ser encaminhados pela Saúde 24, diversos centros de saúde ou outros hospitais, que estejam localizados numa área que compreende uma região entre Santarém e Algarve, e que inclui ilhas, até aos 18 anos menos um dia, ou até aos 21 em casos especiais como os doentes crónicos.

O serviço compõe-se de Sala de Reanimação, Sala de Observação (SO), Triagem, Sala de Tratamentos, Sala de Vigilância, Sala de Aerossóis, Sala de Isolamento ou Adolescentes, Sala de Pequena Cirurgia e 2 gabinetes médicos, bem como outras salas para arrumação. A sala de observação é composta por 6 vagas (5 camas e 1 berço), e nele são internadas crianças que necessitem de uma maior observação por ainda se encontrarem instáveis, ou que necessitam de um internamento de curta duração. Na sala de pequena cirurgia são realizadas suturas mais ou menos complexas, e outros procedimentos como redução de fraturas pela ortopedia ou sutura de feridas complexas pela cirurgia plástica, sendo utilizada por

vezes sedação com midazolan e fentanil, ou em casos indicados protóxido de azoto medicinal gasoso (Lipovan®).

A equipa de enfermagem é composta por 25 enfermeiros, dos quais 7 são EEESIP, e o método de trabalho utilizado é o funcional, em que cada enfermeiro realiza os cuidados correspondentes ao posto onde se encontra atribuído, nomeadamente a nível da triagem, sala de tratamentos, sala de vigilância e sala de aerossóis. A nível do SO o método de trabalho é o individual em que o enfermeiro é responsável por todos os cuidados a prestar a cada criança (rácio 3 crianças no máximo por enfermeiro). Tal não invalida que o trabalho em equipa e a interajuda não se verifique, ocorrendo em diversas situações os elementos alocados ao SO estarem na sala de tratamentos ou vice-versa.

Neste estágio os objetivos específicos definidos foram:

- Integrar a dinâmica dos cuidados prestados às crianças e famílias em situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte;
- Identificar intervenções e estratégias dos enfermeiros a nível do trabalho emocional no cuidado à criança e família em estado crítico.

A recorrência à urgência é um momento de extrema ansiedade para a criança e para a família, envolvendo elevados níveis de *stress*, ansiedade, medo, revolta para a criança, família e para os profissionais de saúde (Flores, 2016; Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016), devido ao ambiente, as experiências anteriores, a incerteza sobre a gravidade do diagnóstico, os diferentes procedimentos e o medo inerente a estes (Diogo, 2017; Hockenberry & Wilson, 2014).

Durante este estágio procurei **analisar com parcimónia a dinâmica dos cuidados prestados às crianças e famílias em situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte**, tendo participado na prestação de cuidados nos diferentes postos da urgência. O circuito de entrada na urgência inicia-se pela ida à triagem, sendo este o primeiro contacto com a equipa de enfermagem e o início da parceria de cuidados entre estes e a família.

O confronto com as emoções do Outro inicia-se neste momento, dado que o enfermeiro se vê confrontado imediatamente com a vulnerabilidade e ansiedade do cliente de cuidados, sendo por isso um posto que implica uma capacidade acrescida a nível de competência e inteligência emocional dos enfermeiros (Goleman, 2012; Smith, 2009). O processo de triagem é realizado através da triagem de Manchester e implica muitas vezes uma sensibilidade acrescida, disponibilidade para a escuta e empatia para com aquele pai ou mãe, bem como para a criança.

É também na triagem que se inicia a colheita de dados e observação clínica, no sentido de despistar os problemas “mais comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança ou jovem” (OE, 2011, p.3), avaliando a temperatura timpânica, da frequência cardíaca, da tensão arterial e da oximetria periférica, entre outros. Esta colheita e observação é também realizada noutras zonas da urgência, nomeadamente a nível da sala de observação e na pequena cirurgia.

Outro local onde a experiência emocional é intensa é na sala de tratamentos; local onde são realizadas técnicas como a punção venosa, a aspiração de secreções, entre outras, que implicam o medo por parte dos pais, mas também por parte da criança, sendo necessário gerir este medo para tornar esta experiência mais prazerosa. Por forma a tornar o ambiente mais tranquilo e seguro, são utilizadas estratégias de acordo com o estágio de desenvolvimento, seguindo a **filosofia dos cuidados não traumáticos**. Esta filosofia utiliza intervenções terapêuticas que minimizem o desconforto psicológico e físico, como a brincadeira, a distração com recurso a bolas de sabão e música, o brinquedo favorito, entre muitos outros (Diogo, 2015, 2017; Hockenberry & Wilson, 2014; OE, 2013; Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010) com o objetivo de não causar dano.

Esta filosofia tem por base três princípios: prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família, promover uma sensação de controlo e prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor (Hockenberry & Wilson, 2014). Para tal e para facilitar a aplicação destas técnicas, o serviço dispõe de um *kit* sem dói-dói e de um *kit* sem medo, ambos realizados por colegas de mestrados anteriores, e que tive a oportunidade de utilizar com uma adolescente ansiosa com a punção venosa que iria realizar, dado que nas anteriores vezes tinha sido sempre difícil de a realizar, causando-lhe desconforto e medo.

Primeiramente foi-lhe explicado o que iria acontecer e foi negociado como ela poderia participar na intervenção por forma a ser mais rápido e menos doloroso para ela. Foi utilizada a técnica de relaxamento através dos exercícios de respiração, em que por cada ciclo respiratório, a adolescente deveria colar um autocolante. No final a adolescente referiu que tinha sido uma experiência diferente e que iria utilizar estas técnicas da próxima vez que houvesse necessidade de ser puncionada. Assim, tal como refere Watson (2012), o enfermeiro entra na experiência do Outro, aportando humanismo e tornando cada cuidado único, pessoal e adequado a cada criança.

Com estes exemplos, entre muitas outras situações que ocorreram, foi possível dar cumprimento ao objetivo integrar a dinâmica dos cuidados prestados às crianças e famílias em situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, e desenvolver as competências “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”, “E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.” e “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”.

Porém o momento mais complicado da vinda à urgência prende-se com o momento em que a criança/jovem necessita de cuidados na sala de reanimação. Como já foi referido anteriormente, a família experimenta diversas emoções intensas e negativas, que são diretamente proporcionais ao estado percecionado de gravidade da criança (Flores, 2016). O enfermeiro assume, então papel de importância, pois a sua presença junto da família, mesmo que estes decidam não estarem presentes no local da reanimação, permite que a família seja informada, amenizando ou aliviando desta forma as emoções que se encontram a experienciar.

O apoio emocional deve ser direcionado individualmente, oferecendo o enfermeiro à família as informações necessárias para que esta desenvolva mecanismos de *coping* face ao momento de crise em que se encontram envolvidos (Pereira, 2012; Flores, 2016).

A avaliação precoce das necessidades da família vai permitir que esta melhore a sua adaptabilidade a esta situação e, conseqüentemente, a disponibilidade da mesma para ajudar a criança (Hsiao, Redley, Hsiao, Lin, Han & Lin, 2017). Porém existem ainda lacunas a nível da prática, apesar de as equipas considerarem importante a presença e o apoio da família das crianças em estado crítico. Presença essa que está consagrada nos mais diversos contextos da prática de cuidados (Carta da Criança Hospitalizada, 2008; European Association for Children in Hospital - EACH, 2009).

Sendo os cuidados centrados na família o modelo orientador do cuidado neste serviço, é necessário que a família tenha a possibilidade de escolha se querem ou não permanecer junto da criança durante os procedimentos invasivos que implica a situação de reanimação, competindo ao enfermeiro esta avaliação das preferências familiares.

Para compreender e analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros foram registadas partilhas de experiências durante as passagens de turno e em momentos de discussão durante a prática de cuidados, e tendo em conta que a equipa de enfermagem é constituída por 20 enfermeiros, com base nas mesmas foi elaborada uma **reflexão sobre a prática e sobre os sujeitos em ação** (Apêndice XII). Desta reflexão destaca-se que a grande maioria dos enfermeiros aceita que a família esteja presente em alguns dos procedimentos realizados havendo, no entanto, alguns enfermeiros que partilharam as suas experiências (5) que recusam a presença dos familiares.

Quando confrontados com a ideia de a presença de os familiares ser um direito (Carta da Criança Hospitalizada), 15 dos enfermeiros referem esse mesmo direito, sendo que os mesmos afirmam que estes devem ser autorizados a estar durante os procedimentos, embora considerem que esta pode interferir com os cuidados prestados durante um momento crítico.

Assim, é natural que os sentimentos mais referidos pelos enfermeiros relativamente a presença da família numa situação critica sejam pressão (o estado emocional mais mencionado) seguido de desconforto e ansiedade. De referir ainda que expressaram empatia, refletindo assim a Escola do Cuidar que baseia e norteia a nossa profissão. Relativamente aos sentimentos da família percecionados pelos enfermeiros, o medo e a impotência foram os mais referidos, seguidos pela angústia e ansiedade.

Os enfermeiros expressaram ainda as estratégias a nível da gestão emocional da família que mais frequentemente utilizam: informar a família do que está a acontecer dentro da sala de reanimação, permitir que a família expresse os seus sentimentos, proporcionar conforto e respeitar as manifestações culturais. Mas a permanência da família na sala de reanimação, a acompanhar os cuidados à criança, é considerado significativo principalmente pelos enfermeiros especialistas/peritos.

Após o registo das experiencias dos enfermeiros, e em conjunto com a minha enfermeira orientadora, concluímos que na generalidade os enfermeiros respeitam e sabem que a presença da família é um direito, mas que continuam a sentir-se pressionados e desconfortáveis, pelo que foi elaborado um **guia orientador das práticas perante a família da criança em estado crítico** (Apêndice XIII), onde são explicitadas diferentes estratégias de contacto com a família à luz do modelo TEEP. Faz ainda parte deste guia orientador uma norma de atuação com a família e um fluxograma, que será posteriormente afixado na sala de reanimação. Este guia e

norma orientadora foram apresentados à equipa, sendo possível verificar a tentativa de alguns elementos da equipa em colocá-la em prática pouco tempo depois, nomeadamente num turno em que ocorreram duas situações que foram abordadas na sala de reanimação.

Na primeira situação, foi abordada uma criança de 5 anos com convulsões, trazida pelo INEM na companhia da mãe. A mãe pediu para estar presente na sala de reanimação, pelo que lhe foi indicado um local para a mãe permanecer, bem como um banco para se sentar caso desejasse, sendo-lhe possível observar todas as intervenções realizadas e, dado que não foi possível disponibilizar um elemento da equipa de enfermagem para a acompanhar, foram lhe prestadas as informações solicitadas quando possível. Na situação seguinte, foi abordada uma adolescente trazida pelos bombeiros com um quadro que posteriormente foi considerado uma reação extrapiramidal à medicação que tinha iniciado há 2 dias atrás. A mãe preferiu permanecer fora da sala de reanimação, tendo sido o enfermeiro que se encontrava responsável pela triagem que assumiu o papel de informador sobre o que se passava no interior desta, estando a mãe menos ansiosa e mais desperta para o que iria encontrar quando finalmente a criança se encontrava estabilizada e esta expressou o seu desejo de entrar para a ver.

Desta forma foi possível atingir o segundo dos objetivos delineados para este estágio - Identificar intervenções e estratégias dos enfermeiros a nível do trabalho emocional no cuidado à criança e família em estado crítico - e desenvolver as unidades de competência “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.” e “E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.”

5. PROJETOS FUTUROS

Aproveitando todo o investimento realizado a nível conceptual e sua aplicação nos diferentes campos de estágio, nomeadamente a apresentação do poster científico nas 2.^{as} Jornadas Emoções em Saúde (4 e 5 de março de 2020), foi elaborado **um artigo** que foi submetido e se encontra em análise para aprovação na conceituada Revista Pensar Enfermagem.

Para além disso, e considerando a importância de sustentar a nossa prática na evidência científica, encontra-se em **elaboração uma *scoping review*** que partilha o título com o projeto desenvolvido ao longo deste trajeto, e que após a sua conclusão será apresentada a revistas da área por forma a ser publicada.

A nível do serviço onde desenvolvo a minha atividade diária e onde foi implementado o projeto, e reconhecendo que o envolvimento da família no planeamento e na tomada de decisão relativamente à criança em estado crítico, pode resultar num aumento da qualidade dos cuidados, e uma maior eficiência e maior satisfação do cliente, faz com que me depare com um grande desafio.

Assim, e em conjunto com a minha orientadora, estão a ser elaboradas **formações** futuras, tendo em conta o diagnóstico das necessidades formativas resultantes da reflexão sobre a prática da equipa de enfermagem, bem como a ser planeada uma futura avaliação para verificar se as práticas se alteraram ou mantiveram, numa ótica de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Dado ser um serviço com alguma rotatividade a nível da equipa de enfermagem, esta formação será realizada periodicamente.

A **norma** e o **guia orientador das práticas** foram colocadas à consideração da direção de enfermagem do hospital por forma a garantir a sua aprovação, e assim impulsionar cuidados de enfermagem de excelência a este nível, não só no serviço onde me encontro, mas também no restante hospital.

CONCLUSÃO

Este relatório apresenta de forma sucinta o resultado de 18 semanas de estágio, concluindo um percurso sustentado na reflexão sobre a prática, e se caracterizou pelo desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.

Enquanto EEESIP os cuidados prestados devem ser de elevado nível, envolvendo a criança, o jovem e a família “(...) numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível” (OE, 2011, p. 3).

Neste relatório foi utilizada uma metodologia reflexiva, o que facilitou a transformação do conhecimento e o desenvolvimento do saber pessoal. Esta reflexão sobre o vivido e o observado, através do conhecimento e reflexão na ação e reflexão sobre a ação, em conjunto com o desenvolvimento do meu autoconhecimento, permitiu desenvolver a minha capacidade de utilizar os saberes para agir em situação, permitindo assim preparar a etapa seguinte de forma sustentada, e contribuindo para o desenvolvimento de uma prática especializada baseada na reflexão e na evidência.

Esta reflexão encontra-se espalhada ao longo deste relatório, sobretudo a nível dos diferentes apêndices, onde desenvolvi o meu autoconhecimento e autorregulação de forma permanente, através da observação interativa, apropriando-me e construindo novos conhecimentos. Desta forma, e durante este percurso formativo, foram desenvolvidas capacidades como a reflexão, a tomada de decisão e a comunicação, bem como a aquisição de diferentes competências.

Esta orientação reflexiva foi fundamental para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESIP, nas diferentes dimensões do exercício profissional, numa interligação continua entre a reflexão, a teoria e a prática. Destaco o modelo de sistemas de Betty Neuman, o modelo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica de Paula Diogo e os pilares do cuidar em Enfermagem, nomeadamente os cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos, que se tornaram os principais guias do meu pensamento, do meu percurso de aprendizagem e da minha prática de cuidados.

Este desenvolvimento de competências especializadas que foi agora iniciado, não verá o seu fim após a conclusão deste relatório, esperando que com o

desenvolvimento dos projetos futuros, as possa continuar a desenvolver numa ótica de melhoria da prestação de cuidados, tendo como objetivo o bem-estar do utente pediátrico e sua família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08>
- Almblad, A.C., Malqvist, M. & Engvall, G. (2016) Caring for the Acutely, Severely Ill Child – A Multifaceted Situation with Paradoxical Elements: Swedish Healthcare Professionals' Experiences *Journal of Pediatric Nursing* 31 pp. 293 – 300 <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2016.05.001>
- Benner, P. (2005). De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto Editoras
- Björk, M., Nordström, B. & Hallström, I. (2006) Needs of young children with cancer during their initial hospitalization: An observational study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 23: 4. (Jul-Aug. 2006) pp. 210-219. <http://jpo.sagepub.com>.
- Brazelton, T. B. (1988). O desenvolvimento do apego: uma família em formação. Artes Médicas.
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. (2002). A criança e o seu mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem. Lisboa: Editora Presença.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1 (1): 13-24. Philadelphia: Aspen Publishers, Inc.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058-1062. DOI: 10.1111/j.13652648.1995.tb03105.
- Cutcliffe, J.R. & Herth, K. (2002) The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature. *British Journal of Nursing*. 832-840 DOI: 10.12968/bjon.2002.11.12.10307
- Damásio, A. (2001). O Sentimento de Si: o Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência (13.^a ed.). Mem Martins: Publicações Europa - América.
- Damásio, A. (2003) Ao encontro de Espinosa: As emoções sociais e a Neurologia do Sentir. Mem Martins: Publicações Europa - América.
- Decreto-Lei n.º 118/2014. Reforço do papel das entidades integrantes da Rede de Cuidados Primários. Assembleia da república. Diário da Republica, Série I (Nº 149 de 05/08/2014), pp 4069 – 4071. ELI <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>
- Diogo, P. (2006). A vida emocional do enfermeiro: uma hipótese explicativa do processo emotivo-vivencial na prática de cuidados. Coimbra: Formasau
- 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.
- Diogo, P. (2017). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321193769_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_proposta_de_um_Modelo_orientador_da_pratica_E_motional_Labour_of_Paediatic_Nursing_a_propose_Model_for_practice_guidance

- Diogo, P. (2018). Emotional Labour in Paediatric Nursing: a propose Model for practice guidance, BMC Health Services Research 2018, 18(Suppl 2):P8.
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.^a versão revista). doi: 10.13140/RG.2.2.16091.31528
- Diogo, P. & Mendonça, T. (2019) Trabalho emocional em cuidados de Saúde: uma revisão *Scoping*. Pensar Enfermagem, 23 (1), pp 21 – 40
- Dufault, K. & Martochio, B (1985) Hope: Its Spheres and Dimensions. Nursing Clinics of North America. 379-391.
- European Association for Children in Hospital – EACH (2009). Carta da Criança Hospitalizada (Anotações). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Engström, Å., Dicksson, E., & Contreras, P. (2015) The desire of parents to be involved and presente *Nurs Crit Care*. Nov;20(6):322-30. doi: 10.1111/nicc.12103.
- Flores, C. (2016) Cuidar da criança e da família em situação emergente - a gestão da emocionalidade enquanto intervenção terapêutica de enfermagem. Dissertação de mestrado – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Garcia-Martinez, AL. & Meseguer-Lisa, C. (2018) Emergency Nurses' attitudes towards the concept of witness resuscitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3055. Epub September 06, 2018. <https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1382.3055>
- Goleman, D. (2012). Trabalhar com Inteligência Emocional (5^a ed.). Temas e debates: Lisboa
- Heleno, S. (2013) Cuidados Paliativos em Pediatria Revista Evidências Abril pp.41 – 49
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar no Hospital. Loures: Lusociência
- Hexem K.R. & Feudtner C. (2012) A public health framework for pediatric palliative and hospice care. In: Cohen J, Deliens L, eds. A public health perspective on end of life care. 1^a ed. New York: Oxford University Press; pp.168–172.
- Hinds P.S., Schum L., Baker J.N. & Wolfe J. (2005) Key factors affecting dying children and their families. *J Palliat Med*;8(suppl 1):S–70.
- Hochschild, A. R. (1983) The managed heart. Berkeley: University of California Press.
- Hockenberry, J. M. & Wilson, D. (2014). Wong, enfermagem da criança e do adolescente (9^aed). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M., Wilson, D. & Rodgers, C. (2020). Wong's Nursing Care of Infants and Children. (11th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspectivas de enfermagem pediátrica. In Hockenberry & Wilson (Eds). Wong, Enfermagem da criança e do adolescente. (9^a ed.) (Vol. I, Cap.1, pp.1-20). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da criança. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson. Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (Vol. I, pp. 122-187). Loures: Lusociência.
- Hopia, H. & Heino-Tolonen, T. (2019) Families in Paediatric Oncology Nursing: Critical Incidents from the nurses' Perspective *Journal of Pediatric Nursing* 44 pp. 28-35 <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.10.013>

- Hsiao, P. R., Redley, B., Hsiao, Y.C., Lin, C.C., Han, C.Y. & Lin, H. R. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *Int Emerg Nurs*, 30, 3-8. DOI: 10.1016/j.ienj.2016.05.002.
- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals. Bethesda: IPFCC. Disponível em: http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf
- Jorge, A. M. (2004). Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidado em enfermagem. Loures: Lusociência.
- Kérrouac, S., Pepin, J., Ducharme, F. & Bourbonnais, A. (2017) *La pensée infirmière: Conceptions et stratégies*. (4ª edição) Québec: Chenelière Éducation
- Magão, M.T. (2012) Práticas promotoras de esperança dos pais de crianças com doença crónica in *Cuidar em enfermagem – Saberes da Prática Coimbra: Formasau*
- Magão, MT & Leal, I. (2002) A promoção da esperança nos pais de crianças com cancro. In *Territórios da Psicologia Oncologica*. Lisboa: Climepsi Editores, 321-344.
- Malta, H., Alves, N., Graça, P., Conde, T. & Costa, T. (2015) A Presença da Família Durante a Reanimação do Doente no Pré-Hospitalar e na Sala de Emergência: Uma Revisão Integrativa. *Interações: Sociedade e as novas modernidades* (29). pp. 74-96
- Matos, V. (2017) *Gestão do Trabalho Emocional no Cuidar da Criança / Jovem e Família*. Dissertação de mestrado – Universidade Católica Portuguesa
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., ..., Wilson, V. (2015). Person-centredness – the ‘state’ of the art. *International Practice Development Journal*, 5 (1), 1-15. Disponível em: <http://www.fons.org/library/journal.aspx>.
- McEwen, M. & Wills, E. (2007). *Theoretical basis for nursing (2nd ed.)*. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins
- Miller, J. F. (2007) Hope: A construct central to nursing. *Nursing Forum*. 42:1, 12-19. DOI: [10.1111/j.1744-6198.2007.00061.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00061.x)
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011) *The Neuman Systems Model* (5ª ed.) Estados Unidos da América: Pearson
- October, TW., Dizon, ZB., Arnold, RM. & Rosenberg, AR. (2018) Characteristics of Physician Empathetic Statements During Pediatric Intensive Care Conferences With Family Members – A Qualitative Study *JAMA Network Open* 1(3) 80351. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.0351
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE 1 (6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

- Ordem dos Enfermeiros (2015). Guia Orientador de Boa Prática: Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Cadernos OE 1 (8). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Organização Mundial de Saúde (s.d) Definition of palliative care. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010) Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento em pediatria. *Pensar Enfermagem*. (14)1 pp. 24-36
- Pereira, C. (2012) A relação de cuidados na Unidade de Urgência Pediátrica: gestão recíproca das emoções e da informação. Dissertação de mestrado – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Pereira, L. C. J. & Lourenço, C. M. G. (2011) Brincar – Desenvolvimento Infantil. *Sinais Vitais*. ISSN: 0872-8844. 99 pp. 25-28.
- Pires, A.P. (2006) – O lugar da Esperança na aprendizagem do cuidado de enfermagem. Loures: Lusociência
- Ramos, A.L., Vaz, E., Maximino, E., Dias, M.J. & Dias, L. (2012) Brincar... essencial ao desenvolvimento: os olhares atentos dos Enfermeiros. *Percursos*. 26, pp. 49-60.
- Regulamento n.º 124/2011 (2011). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 35 de 18-02-2011), 8656 – 8657.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744 – 4750.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194.
- Sanders, J. (2014) Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In Hockenberry & Wilson Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente Volume II. Loures: Lusociência, 2014. ISBN: 978-989-748-004-1. 1026-1060.
- Schön, D. A. (2000) Educando o profissional reflexivo – um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artmed.
- Smith, P. (1992). The Emotion Labour of Nursing. Houndmills: Macmillan.
- Smith, P. (2009). Emotional labour and the clinical settings of nurse care: The perspectives of nurses in East London. *Nurse Education in Practice*, 9, 253- 261. doi: 10.1016/j.nepr.2008.08.009
- Smith, P. (2012). The Emotional Labour of Nursing Revised. Palgrave Macmillan.
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004) Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem). 5ª Edição. Loures. Lusociência. Pág.163-183.
- UNICEF (2004) A Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

- Valeriano, J. & Diogo, P. (2001) O Brincar – Actividade de Desenvolvimento e de Adaptação à Vida. *Servir* (49)3 pp.110-116.
- Watson, J. (2012). Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência.
- Wei, H., Roscigno, C. I., Swanson, K. M., Black, B. P., Hudson-Barr, D., & Hanson, C. C. (2016). Parents' experiences of having a child undergoing congenital heart surgery: An emotional rollercoaster from shocking to blessing. *Heart & Lung: The Journal Of Critical Care*, 45(2), 154–160. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.12.007>

ANEXOS

Anexo I – Certificado de participação no 6.º Workshop da Área de Investigação
“Emoções em Saúde”

6º WORKSHOP

Área de Investigação “*Emoções em Saúde*”



Certifica-se que

Sandra Catarina Ferreira Domingues

participou no **6º Workshop da Área de Investigação “Emoções em Saúde”**, subordinado ao tema **“TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: DA CONCEÇÃO À PRÁTICA”**, que teve lugar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Polo Artur Ravara, no dia 24 de Outubro de 2019, perfazendo um total de 8h.



Professora Doutora Paula Diogo
Coordenadora da Área de Investigação “Emoções em Saúde”

Anexo II – Certificado de participação no Seminário “As Novas Conceções em
Saúde Infantil e Pediátrica”

As Novas Conceções em Saúde Infantil e Pediátrica

13º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA DA ESCOLA
SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA - LISBOA

6-7 NOV 2019 / Auditório da Escola Superior
de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa

Certifica-se que

Sandra Domingues

Participou como formanda no Seminário do 13º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, subordinado ao tema "As Novas Conceções em Saúde Infantil e Pediátrica", nos dias 6 e 7 de Novembro, realizado na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha — Lisboa, com duração total de 13 horas.

Lisboa, 6 e 7 de Novembro de 2019

A Comissão Científica



Anexo III – Certificado de participação nas 2.^{as} Jornadas Emoções em Saúde:
Emoções, Afeto e promoção da Saúde

2^{as}

JORNADAS “EMOÇÕES EM SAÚDE”

ui&de/ESEL

LISBOA | 4-5 MARÇO 2020



Emoções, Afeto e Promoção da Saúde...

Certifica-se que

Sandra Domingues

apresentou o poster “A entrevista de colheita de dados no Acolhimento da criança e família à luz do Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica” nas **2.ªs Jornadas ‘Emoções em Saúde’ da ui&de/ESEL**, subordinado ao tema “*Emoções, Afeto e Promoção da Saúde*”.

Professora Doutora Paula Diogo
Coordenadora da Área de Investigação “Emoções em Saúde”

APOIO



ORGANIZAÇÃO



PATROCÍNIO



2^{as}

JORNADAS “EMOÇÕES EM SAÚDE”

ui&de/ESEL

LISBOA | 4-5 MARÇO 2020

Emoções, Afeto e Promoção da Saúde...



Certifica-se que

Sandra Domingues

participou nas 2.^{as} Jornadas ‘Emoções em Saúde’ da ui&de/ESEL, subordinado ao tema “Emoções, Afeto e Promoção da Saúde”, tendo frequentado o Workshop **Gestão das emoções na pratica de enfermagem**.

O evento, acreditado e creditado pela Ordem dos Enfermeiros, teve lugar na ESEL - Polo Artur Ravara, nos dias 04 e 05 de março de 2020, com uma duração total de **16h30** horas, correspondentes a **0,7 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP)**.

Professora Doutora Paula Diogo
Coordenadora da Área de Investigação “Emoções em Saúde”

APOIO



ORGANIZAÇÃO



PATROCÍNIO



2^{as}

JORNADAS “EMOÇÕES EM SAÚDE”

ui&de/ESEL

LISBOA | 4-5 MARÇO 2020

Emoções, Afeto e Promoção da Saúde...

Certifica-se que

Sandra Domingues



participou nas **2.^{as} Jornadas ‘Emoções em Saúde’ da ui&de/ESEL**, subordinado ao tema “*Emoções, Afeto e Promoção da Saúde*”.

O evento, acreditado e creditado pela Ordem dos Enfermeiros, teve lugar na ESEL - Polo Artur Ravara, nos dias 04 e 05 de março de 2020, com uma duração total de 16h30 horas, correspondentes a **0,7 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP)**.

Professora Doutora Paula Diogo
Coordenadora da Área de Investigação “Emoções em Saúde”

APOIO

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

ordem dos enfermeiros

Pensar Enfermagem

Aesel

ORGANIZAÇÃO

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ui&de

PATROCÍNIO

L LUSODIDACTA

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de Estágio

Apêndice II – Guia Orientador das Atividades de Estágio



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

**UNIDADE CURRICULAR
ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

GUIA ORIENTADOR DE ESTÁGIO

**Cuidar em enfermagem pediátrica: o trabalho emocional com a família da
criança em estado crítico**

**Discente: Sandra Catarina Ferreira Domingues, nº 8954
Professora orientadora: Professora Doutora Paula Diogo**

LISBOA

ÍNDICE

1.	Nota introdutória.....	3
2.	Breve enquadramento teórico da problemática.....	3
3.	Objetivo e atividades propostas para estágio.....	7
	3.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.....	7
	3.2. Centro de Desenvolvimento.....	8
	3.3. Internamento.....	9
	3.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	10
	3.5. Urgência de Pediatria.....	11
	Referências Bibliográficas.....	13

1. NOTA INTRODUTÓRIA

O presente guia surge integrado na unidade curricular estágio com relatório, e tem por objetivo ser um instrumento de apoio e orientação das atividades a desenvolver durante o decorrer do estágio para maximizar a aquisição de competências na conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados a criança, jovem e família.

A presença da família em situações emergentes/críticas é um assunto polémico, sendo que na maioria das vezes esta é afastada temporariamente. Porém, estudos recentes sublinham a importância de os enfermeiros estarem junto da família durante estes momentos críticos, mesmo que estes decidam que não irão estar presentes no local da ação (Garcia-Martinez & Meseguer-Lisa, 2018).

Assim, torna-se importante compreender que ações pode o enfermeiro ter perante estas famílias, delimitando-se assim a **problemática** deste projeto ao seu objeto de estudo: o trabalho emocional do enfermeiro com a família da criança em estado crítico.

Este guia encontra-se dividido em nota introdutória, seguida de um breve enquadramento teórico sobre a problemática delimitada, a apresentação da instituição envolvida, os objetivos propostos e as atividades a desenvolver.

2. BREVE ENQUADRAMENTO TEORICO DA PROBLEMÁTICA

A enfermagem sempre foi conhecida como a arte do cuidar, sendo este definido por Watson como uma arte e ciência humana, constituindo-se como um ideal moral da enfermagem (Watson, 2012). O cuidar está associado a um respeito e admiração pela vida e pelo poder do processo de cuidar, sendo colocada ênfase na ajuda dada ao indivíduo na aprendizagem de conhecimento, autocontrolo, autocuidado, sendo o enfermeiro um coparticipante (Diogo, 2006), tendo desta forma o relacionamento enfermeiro-cliente um papel importante. Os cuidados centrados no cliente e a relação criada entre o enfermeiro e o cliente, implica comunicação, mas implica também um envolvimento emocional por parte do enfermeiro, devendo este ser capaz de, como nos diz Diogo (2006, p. 39)

“(...) compreender a esfera emocional que está inscrita nas situações interacionais da prática de cuidar, e assim encontrar o sentido da experiência humana das emoções e dos sentimentos nos seus cuidados – a dimensão emocional de cuidar”. Desta forma podemos considerar que o cuidar na sua essência caracteriza-se por uma partilha da experiência humana a nível emocional, estando presentes na relação enfermeiro-cliente, as emoções e os sentimentos de ambos (Diogo, 2006).

Importa definir então emoção e sentimento. Segundo Damásio (2001, 2003) as emoções definem-se por conjuntos complexos de respostas químicas que influenciam a nossa capacidade de dar respostas com eficiência às diversas circunstâncias que ocorrem na nossa vida. Ainda segundo o mesmo autor, sentimentos originam-se nas emoções, sendo o prolongamento do impacto destas a nível da memória, tornando se conscientes para a pessoa.

O cliente de cuidados nos contextos de cuidados enfermagem pediátrica engloba, inevitavelmente, a criança e a família. A família assume atualmente um papel de enorme relevância a nível dos cuidados de saúde, contribuindo para a saúde e bem-estar do cliente. Em enfermagem pediátrica este papel assume ainda maior importância dado que os problemas de saúde de um membro da família afetam o funcionamento da mesma (Pereira, 2012).

A família é atualmente um conceito alargado e complexo, podendo ser definido como uma estrutura onde os indivíduos apresentam diferentes e semelhantes gerações e géneros, unidos por relações biológicas ou compromissos duradouros, participando para a socialização, desenvolvimento e compromisso emocional entre eles (Hockenberry, 2014).

Desta forma, o cuidar envolve não só os procedimentos técnicos, mas também a dimensão emocional da criança e da família, devendo ser satisfeitas todas as necessidades desta díade (Diogo, 2006).

As informações e apoio emocional devem ser oferecidos à família pelo enfermeiro de forma individual, através de uma relação terapêutica - envolvendo-a, ouvindo-a, focalizando a atenção e atuação nas necessidades da família, permitindo o desenvolvimento de mecanismos de *coping* face ao momento de crise que se encontram a experienciar (Pereira, 2012; Flores, 2016).

Ainda segundo Pereira (2012), no contexto de urgência verifica-se inúmeras vezes que a equipa de enfermagem se esquece de tocar, conversar e ouvir a

família, desumanizando os cuidados. Ao recorrer à urgência, o cliente encontra-se muitas vezes ansioso ou a experienciar múltiplas emoções. Ao ser atendido por um enfermeiro que facilita a gestão dessas emoções, através da escuta e da abertura para que este exprima os seus sentimentos, o cliente acaba por acalmar os medos e encara a ideia de estar doente – o trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Diogo, 2015).

O conceito de trabalho emocional foi introduzido na enfermagem por Pam Smith (1992, 2012), tendo esta concluído que o enfermeiro desenvolve as competências do trabalho emocional de acordo com os recursos pessoais e aprendizagem na prática de cuidados diária. Porém, segundo Smith (2012) e Diogo (2017), este exige também que o enfermeiro seja perito na gestão das emoções, devido aos diferentes contextos e especificidade da pediatria, pelo que deve ser aprendido e treinado na formação inicial e avançada dos enfermeiros.

Desta forma, cuidar em enfermagem pediátrica envolve uma relação enfermeiro, cliente e família, onde exista uma perspetiva holística e que compreenda a experiência das emoções no processo saúde-doença, mas também que o enfermeiro faça a gestão das suas emoções de forma adequada e adaptativa por forma a conseguir demonstrar compreensão pelo Outro e lidar com a influência das emoções do Outro (Diogo, 2006, 2015).

A pessoa em situação crítica é definida, como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 124/2011, 2011, p.8656). Quando confrontados com uma situação destas, a equipa de enfermagem foca-se em minimizar as situações de risco de vida, com a maior rapidez possível, restando pouco espaço para a participação da família e da criança, que muitas vezes se encontra sem resposta (Flores, 2016).

Quando a criança se encontra em estado crítico, a família experimenta diversas emoções negativas que são difíceis de gerir, nomeadamente falta de controlo, *stress*, ansiedade, medo, frustração, sentir-se incapaz (Engström, Dicksson & Contreras, 2015), e sentimentos diretamente proporcionais ao estado percecionado de gravidade da criança (Flores, 2016). Desta forma, torna-se importante a presença do enfermeiro junto da família durante estes momentos, mesmo que estes decidam que não irão estar presentes no local da intervenção

(Garcia-Martinez & Meseguer-Lisa, 2018), dado necessitarem de informações que possam amenizar ou aliviar as emoções que se encontram a experienciar.

O modelo que melhor se adequa a esta situação de sofrimento por parte da criança e da família é o Modelo de Betty Neuman. Neste, o cliente é um sistema dinâmico sujeito a *stressores*, existindo diversos níveis. O enfermeiro deve intervir para que o sistema mantenha o seu equilíbrio e estabilidade, através de diversos níveis de intervenção, nomeadamente: primária (redução dos *stressores* ambientais para prevenir uma possível reação), secundária (prevenção e tratamento da sintomatologia relacionada com a reação aos *stressores*) e terciária (intervenções de suporte e auxílio na reabilitação do sistema da pessoa) (Neuman & Fawcett, 2011). Este é um processo que se realiza pelo envolvimento dos pais/cuidadores e por um desenvolvimento ao longo do tempo, em que estes experienciam diferentes sentimentos e expectativas que muitas vezes se revelam divergentes, pelo que irei guiar-me também, pelo Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Diogo, 2015, 2017, 2018).

O cuidar torna-se então um processo relacional que tem em conta as emoções e os sentimentos, em que o enfermeiro identifica o melhor modo de lidar com as emoções expressas pela família, por forma a que terapeuticamente, facilite a gestão dessas emoções que afetam o equilíbrio do sistema (Diogo, 2006). Esta gestão emocional não só da família, mas também das próprias emoções do enfermeiro, permite e promove o bem-estar das partes envolvidas, facilita o autocontrolo e a emocionalidade, transformando sentimentos negativos numa experiência não perturbadora (Diogo, 2015, 2017).

Tendo em conta estes pressupostos, a intervenção do enfermeiro define-se pelo cuidar de forma holística, transmitindo calma e segurança, criando um ambiente afetivo e positivo, permitindo a expressão de emoções e sentimentos do cliente (positivos e negativos), para que este se sinta cuidado e confiante (Flores, 2016;Diogo, 2015).

3. OBJETIVOS E ATIVIDADES PROPOSTAS PARA ESTÁGIO

Por forma a atingir a finalidade deste projeto de estágio, foram estabelecidos **dois objetivos gerais**:

- a) Desenvolver competências no cuidado especializado em enfermagem à criança/jovem e família no processo saúde-doença e no seu desenvolvimento;
- b) Desenvolver competências de EESIP para o desempenho do trabalho emocional com as famílias de crianças em estado crítico.

Em seguida serão descritos os objetivos específicos delineados para cada local de estágio bem como as intervenções a desenvolver para o seu atingimento.

3.1. USCP

Este estágio encontra-se a nível dos cuidados de saúde primários e devido à sua duração (de 23 de Setembro a 7 de Outubro de 2019), será dado maior enfoque ao objetivo geral - Desenvolver competências no cuidado especializado em enfermagem à criança/jovem e família no processo saúde-doença e no seu desenvolvimento -, pelo que foi definido o seguinte **objetivo específico**: Integrar a dinâmica dos cuidados à criança/jovem a nível dos cuidados primários de saúde.

Para o atingir delimitei as seguintes atividades:

- Reunião com a enfermeira chefe/enfermeira especialista orientadora
- Conhecimento da constituição da equipa multidisciplinar;
- Consulta de normas, protocolos e projetos em vigor no serviço;
- Observação das atividades de enfermagem e da metodologia de trabalho;
- Conhecimento da articulação do serviço com outras unidades/serviços e instituições de saúde;
- Elaboração de um documento de caracterização do serviço;
- Observação participante dos cuidados de enfermagem dando cumprimento ao PNSIJ (2013);
- Realização pelo menos uma consulta em cada estágio de desenvolvimento com supervisão

- Elaboração um diário de campo sobre uma Consulta de enfermagem

Mas na persecução do objetivo geral - Desenvolver competências de EESIP para o desempenho do trabalho emocional com as famílias de crianças em estado crítico – foi definido o seguinte objetivo específico: Identificar o trabalho emocional no cuidado de enfermagem à família da criança que recorre à Consulta de saúde infantil.

Para o atingir delinee as seguintes atividades:

- Identificação no SClinico dos diagnósticos de enfermagem de dimensão emocional referente a uma família
- Análise das práticas com a enfermeira orientadora sobre estes diagnósticos
- Pesquisa bibliográfica para fundamentar a prática e a sua análise
- Reflexão escrita sobre uma consulta à luz do Modelo TEEP.

3.2. Centro de Desenvolvimento

Devido a especificidade deste estágio e deste se realizar a nível de um centro de desenvolvimento, e do seu tempo de duração (duas semanas compreendidas entre 7 a 20 de Outubro) foi dado maior foco ao objetivo Desenvolver competências no cuidado especializado em enfermagem à criança/jovem e família no processo saúde-doença e no seu desenvolvimento, tendo sido definidos os seguintes **objetivos específicos**: Conhecer o papel do EESIP no centro de desenvolvimento e promover e desenvolver o desenvolvimento infantil.

Para os atingir delimitei as seguintes atividades:

- Reunião com a enfermeira chefe/enfermeira especialista orientadora
- Conhecimento da constituição da equipa multidisciplinar;
- Consulta de normas, protocolos e projetos em vigor no serviço;
- Observação das atividades de enfermagem e da metodologia de trabalho;
- Conhecimento da articulação do serviço com outras unidades/serviços e instituições de saúde;
- Elaboração de um documento de caracterização do serviço;
- Observação participante dos cuidados de enfermagem;

- Avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem com recurso à escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada;
- Leitura de evidência científica sobre o desenvolvimento e promoção do mesmo em crianças com atraso do desenvolvimento ou alterações psico motoras;
- Identificação dos modelos e estratégias utilizadas no serviço para a promoção do desenvolvimento;
- Elaboração de um diário de campo sobre uma avaliação do crescimento e desenvolvimento.

3.3. Internamento

Devido a especificidade deste estágio e deste se encontrar a nível hospitalar, nomeadamente do internamento, foi definida uma duração ligeiramente mais longa do que os anteriores (21 de Outubro até 15 de Novembro), pelo que para dar resposta aos objetivos gerais definidos anteriormente foram elaborados os seguintes **objetivos específicos**: integrar a dinâmica dos cuidados prestados às crianças e famílias em situação de especial complexidade num internamento de infecciologia e identificar intervenções e estratégias dos enfermeiros a nível do trabalho emocional no cuidado à criança e família a experienciarem situações críticas.

Para os atingir delinee as seguintes atividades:

- Reunião com a enfermeira chefe/enfermeira especialista orientadora;
- Conhecimento da constituição da equipa multidisciplinar;
- Consulta de normas, protocolos e projetos em vigor no serviço;
- Observação participativa na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família visando a promoção do seu o bem-estar;
- Conhecimento da articulação do serviço com outras unidades/serviços e instituições de saúde;
- Elaboração de um documento de caracterização do serviço;
- Observação participante dos cuidados de enfermagem.
- Identificação dos modelos e estratégias utilizadas no serviço visando o trabalho emocional;

- Implementação de estratégias promotoras de esperança e bem-estar, bem como de *empowerment* dos pais através de estratégias de adaptação e *coping*;
- Elaboração de uma reflexão sobre uma situação de cuidados à luz do modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica;
- Utilização do brincar terapêutico como técnica de comunicação e de gestão da emocionalidade;
- Elaboração de uma norma subordinada ao acolhimento sob a ótica do modelo TEEP;
- Promoção do envolvimento dos pais a nível do internamento fomentando a parceria de cuidados;
- Pesquisa de evidência científica sobre o trabalho emocional em contexto de internamento pediátrico, nomeadamente numa unidade de infecciologia.

3.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Devido a especificidade deste estágio e deste se encontrar a nível hospitalar, nomeadamente a nível duma unidade de cuidados intensivos neonatais, foi definida uma duração mais longa do que os anteriores (18 de Novembro até 15 de Dezembro), pelo que para dar resposta aos objetivos gerais definidos anteriormente foram elaborados os seguintes **objetivos específicos**: integrar a dinâmica dos cuidados prestados às crianças e famílias com necessidade de internamento na unidade de cuidados intensivos neonatais, e identificar intervenções e estratégias dos enfermeiros a nível do trabalho emocional no cuidado ao recém-nascido e família a experienciarem o internamento na unidade de cuidados intensivos neonatais, e que se encontram em estado crítico.

Para os concretizar delineei as seguintes atividades:

- Reunião com a enfermeira chefe/enfermeira especialista orientadora
- Conhecimento da constituição da equipa multidisciplinar;
- Consulta de normas, protocolos e projetos em vigor no serviço;
- Observação participante na prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido e família visando a promoção da parentalidade e a vinculação;
- Desenvolver os cuidados promotores do desenvolvimento do recém-nascido;

- Conhecimento da articulação do serviço com outras unidades/serviços e instituições de saúde;
- Elaboração de um documento de caracterização do serviço.
- Identificação dos modelos e estratégias utilizadas no serviço no desempenho do trabalho emocional;
- Implementação de estratégias promotoras de esperança e bem-estar, bem como de *empowerment* dos pais através de estratégias de adaptação e *coping*;
- Elaboração de um poster com o objetivo de divulgar e explicitar como realizar um diário da esperança;
- Elaboração de uma reflexão sobre uma situação de cuidados à luz do modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica;
- Leitura de evidência científica sobre o trabalho emocional a nível da unidade de cuidados intensivos neonatais.

3.5. Urgência de Pediatria

Devido a especificidade deste estágio e deste se encontrar a nível hospitalar, nomeadamente a nível duma urgência de pediatria, local onde exerço funções e onde aplicarei grande parte do meu projeto, foi definida uma duração mais longa do que os anteriores (16 de Dezembro até 7 de Fevereiro), pelo que para dar resposta aos objetivos gerais definidos anteriormente foram elaborados os seguintes **objetivos específicos**: Integrar a dinâmica dos cuidados prestados às crianças e famílias em situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e identificar intervenções e estratégias dos enfermeiros a nível do trabalho emocional no cuidado à criança e família em estado crítico.

Para os atingir delimitei as seguintes intervenções:

- Reunião com a enfermeira chefe/enfermeira especialista orientadora
- Conhecimento da constituição da equipa multidisciplinar;
- Consulta de normas, protocolos e projetos em vigor no serviço;
- Observação e participação na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família, promovendo a esperança, a parentalidade, a vinculação e o desenvolvimento infantil;
- Conhecimento da articulação do serviço com outras unidades/serviços e instituições de saúde;

- Elaboração de um documento de caracterização do serviço;
- Observação participante dos cuidados de enfermagem.
- Identificação dos modelos e estratégias utilizadas no serviço no trabalho emocional;
- Identificação dos principais *stressores*;
- Implementação de estratégias promotoras de esperança e bem-estar, bem como de *empowerment* dos pais através de estratégias de adaptação e *coping*;
- Elaboração, aplicação e posterior análise de um questionário aos enfermeiros sobre a presença dos pais na sala de reanimação utilizadas por eles;
- Análise das práticas da equipa de enfermagem sobre o apoio à criança e família em estado crítico na sala de reanimação;
- Elaboração de uma norma de procedimento “Distribuição e atuação dos elementos numa situação de reanimação”;
- Elaboração de um guia de intervenções a realizar na sala de reanimação tendo por base o modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica;
- Leitura de evidência científica sobre o trabalho emocional a nível da urgência/situações críticas;
- Realização de uma scoping review sobre o trabalho emocional do enfermeiro da família da criança em estado crítico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Damásio, A. (2001). O Sentimento de Si: o Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência (13.^a ed.). Mem Martins: Publicações Europa - América.
- Damásio, A. (2003) Ao encontro de Espinosa: As emoções sociais e a Neurologia do Sentir. Mem Martins: Publicações Europa - América.
- Diogo, P. (2006). A vida emocional do enfermeiro: uma hipótese explicativa do processo emotivo-vivencial na prática de cuidados. Coimbra: Formasau
- Diogo, P. (2015) Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-75-2
- Diogo, P. (2017). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321193769_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_proposta_de_um_Modelo_orientador_da_pratica_Emotional_Labour_of_Paediatic_Nursing_a_propose_Model_for_practice_guidance
- Diogo, P. (2018). Emotional Labour in Paediatric Nursing: a propose Model for practice guidance, BMC Health Services Research 2018, 18(Suppl 2):P8. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3444-8>
- Engström, Å., Dicksson, E., & Contreras, P. (2015) The desire of parents to be involved and presente *Nurs Crit Care*. Nov;20(6):322-30. doi: 10.1111/nicc.12103.
- Flores, C. (2016) Cuidar da criança e da família em situação emergente - a gestão da emocionalidade enquanto intervenção terapêutica de enfermagem. Dissertação de mestrado – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

- Garcia-Martinez, AL. & Meseguer-Lisa, C. (2018) Emergency Nurses' attitudes towards the concept of witness resuscitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3055. Epub September 06, 2018. <https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1382.3055>
- Hockenberry, M. (2014). Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson. Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 49-70). Loures: Lusociência.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011) *The Neuman Systems Model* (5ª ed.) Estados Unidos da América: Pearson
- October, TW., Dizon, ZB., Arnold, RM. & Rosenberg, AR. (2018) Characteristics of Physician Empathetic Statements During Pediatric Intensive Care Conferences With Family Members – A Qualitative Study *JAMA Network Open* 1(3) 80351. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.0351
- Pereira, C. (2012) A relação de cuidados na Unidade de Urgência Pediátrica: gestão recíproca das emoções e da informação. Dissertação de mestrado – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Regulamento n.º 124/2011 (2011). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 35 de 18-02-2011), 8656 – 8657.
- Smith, P. (1992). *The Emotion Labour of Nursing*. Houndmills: Macmillan.
- Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revised*. Palgrave Macmillan.
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. 2nd Edition. London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

Apêndice III – Folheto Sobre a Prevenção de Acidentes entre os 0 e os 12 meses

No banho, **nunca** deixe o **bebé sozinho na banheira**— basta meio palmo de água para ele se afogar.



A medida que o tempo vai passando, o seu bebé desloca-se com crescente facilidade, o perigo de acidentes aumenta. Já consegue puxar uma toalha de mesa ou o fio do ferro eléctrico, ou alcançar objectos perigosos em cima de uma bancada, como panelas quentes, que podem provocar queimaduras graves.

Mantenha sempre os medicamentos e os produtos químicos e de limpeza em segurança, bem **rotulados e bem fechados, fora do alcance e do olhar das crianças**. Nunca mude os produtos de umas embalagens para as outras nem os deite em garrafas de bebidas

Na introdução de alimentos duros e lisos, como os amendoins ou outros frutos secos, castanhas ou tremoços, atenção pois o bebé pode-se engasgar e sufocar.



Contactos úteis:

Número Nacional de Socorro: 112

Saúde 24 / Dói-dói, trim-trim: 808 242 400

Para mais informações ou esclarecimentos adicionais fale com um enfermeiro da sua UCSP. Estarão sempre disponíveis para si.

Elaborado por:

Enf.ª Sandra Domingues

Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem (natureza profissional), área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Sob orientação da Enf.ª Ana Ramalhete

Prof.ª Draª Paula Diogo.

Imagens retiradas de Google imagens

Acidentes no primeiro ano de vida



A prevenção está nas suas mãos!

Acidentes no primeiro ano de vida

Durante o primeiro ano de vida, o seu bebé faz mais do que comer e dormir.

O tempo passa a correr e subitamente estão a virar-se, a gatinhar ou até a agarrar as coisas.

Os acidentes podem ser evitados através de uma série de cuidados que podem ser seguidos por nós adultos.

A PREVENÇÃO ESTA NAS NOSSAS MÃOS!

No carro...

Andar de carro é perigoso. Utilize sempre uma cadeirinha segundo as normas europeias, **adequada ao peso** e à idade do bebé, e certifique-se que a utiliza **sempre voltada para trás** e correctamente instalada.

Grupo	Peso	Idade	Posição da Cadeira
0 - Alcofa	Só para casos especiais (Consultar recomendações da Sociedade Portuguesa de Pediatria)		
0+	Até 13 kg	Até 12-18 meses	Virada para trás
0+/I ou I	Até 18 kg	12 meses – 3 / 4 anos	Virada para trás
0+/I ou I	Até 18 kg	18 meses – 3 / 4 anos	Virada para frente
II/III	15-36 kg	4 / 6 anos – 12 anos	Virada para frente
III	22-36 kg	8 / 9 - 12 anos	Virada para frente



dentro da cama.

Para evitar quedas, mantenha sempre uma mão em cima do bebé, não o deixe sozinho em cima da cama ou outros móveis. No ovinho prenda-o sempre com o cinto e trave o carrinho quando este estiver parado.

Tenha em casa **tomadas protegidas** ou use protetores de tomadas protegidas e elimine todos os fios soltos ou descarnados;

Proteja as fontes de aquecimento, como lareiras, radiadores ou aquecedores.

Se tem escadas, coloque cancelas, que cumpram as normas de segurança, no primeiro e no último degrau, para evitar quedas.

As janelas e as portas com acesso a varandas ou terraços, precisam de ser protegidas.

Em casa....

Quando for **dormir**, o bebé deve ser deitado de costas, sem roupa a tapar a cabeça.

Para evitar o risco de asfixia não devem ser colocadas almofadas, fraldas, brinquedos, gorros, laços ou fitas

Nunca cozinhe com o seu bebé ao colo.

Nunca ponha panos sobre as lâmpadas ou candeeiros porque podem incendiar-se.

Proteja os cantos dos móveis e fixe bem objectos grandes ou pesados, como estantes ou a televisão, para que não possam tombar sobre a criança.

Nunca utilize andarilhos.

Ponha sempre o cinto ao bebé quando o sentar na cadeira alta e nunca o deixe sozinho. A cadeira deve ser bem estável e estar sempre encostada a uma parede.



Os bebés exploram com a boca os objectos que tem a sua volta. **Os brinquedos** devem ser macios, laváveis e suficientemente grandes para que não possam ser engolidos ou aspirados.

Atenção aos objetos pequenos, como os botões ou os brinquedos dos irmãos mais velhos, bem como sacos de plástico que podem ser colocados na boca e sufocarem/ser engolidos pela criança.

Apêndice IV – Reflexão realizada à luz do modelo do Trabalho emocional em
enfermagem pediátrica (UCSP)



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

**UNIDADE CURRICULAR
ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

**REFLEXÃO À LUZ DO MODELO DO TRABALHO EMOCIONAL EM
ENFERMAGEM PEDIÁTRICA UCSP**

**Discente: Sandra Catarina Ferreira Domingues, nº 8954
Professora orientadora: Professora Doutora Paula Diogo**

LISBOA

Esta reflexão terá por base uma das consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil na qual tive a oportunidade de participar durante o meu estágio na UCSP, e será realizada à luz do modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica -TEEP - (Diogo, 2017, 2018).

Esta consulta diz respeito a uma família disfuncional, composta por uma mãe bastante nova, com dois filhos, um de 11 meses e outro de 1 mês, cujo pai não está presente. Para adicionar a esta situação esta família de 3 mora com a mãe do pai, sendo diariamente assolada pelas ameaças de regresso do pai que recusa a paternidade da criança mais nova.

Decorrente de toda esta situação, esta mãe encontra-se a passar por uma depressão pós-parto, porém recusa-se a iniciar a medicação prescrita, bem como a receber ajuda por parte da assistente social, devido a experiencia passada no hospital quando foi mãe pela primeira vez, onde ficou com a sensação de que lhe queriam retirar o filho por ainda ser adolescente.

Esta foi uma consulta direcionada ao recém-nascido de 1 mês e que exigiu bastante da parte da enfermagem dado que na consulta dos 15 dias foi detetado que o bebé ainda não tinha recuperado o peso perdido e icterícia, bem como a recusa da mãe em ser apoiada e a sua situação psicológica.

Na primeira marcação da consulta do mês, esta mãe faltou, dando como justificação após contato telefónico que tinha o filho mais velho doente, mas que se comprometia a ir sem falta na nova marcação.

Chegados ao dia em questão foi necessário que a enfermeira entrasse em contato telefónico com a mãe para a relembrar da existência da consulta, dizendo-lhe que estávamos à espera dela e dos pequenos e que era importante para verificar se o bebé mais pequeno estava a aumentar de peso desde que tinha sido introduzido o suplemento.

Após algum tempo de atraso, chegou então a mãe, acompanhada por ambos os filhos. Foi o chocar de frente com a realidade de muitas famílias em Portugal para mim naquele instante. Más condições de higiene, dois filhos, dificuldades económicas visíveis, mas mostrando-se preocupada com os filhos, querendo saber o peso do bebé mais pequeno e tentando dar atenção a ambos os filhos, o que por vezes era difícil.

A consulta desenvolveu-se de forma calma e pausada, preparando o caminho para as questões difíceis. A enfermeira sempre dando indicações a mãe

sobre os cuidados a ter com o bebê, ao mesmo tempo que lhe dava colo e falava com ele de forma carinhosa. Enquanto isto acontecia, eu foquei-me no filho mais velho, brincando com ele e distraíndo-o enquanto durava a consulta do bebê, permitindo assim a mãe ter a atenção necessária ao bebê. Após ter realizado a pesagem e a medição do perímetro cefálico e comprimento, foi realizado reforço positivo à mãe, por esta estar a seguir as indicações médicas, possibilitando o recuperar do peso da bebê.

Depois deste momento em que foi possível verificar a felicidade da mãe perante este reconhecimento, a enfermeira avançou para o tema seguinte, o da assistente social. A mãe recusou imediatamente, tendo adotado uma postura de resistência a tudo o que lhe era dito. A enfermeira adotou novamente uma postura de proteção para com ambos os irmãos, sendo carinhosa com ambos, falando com o mais velho, tendo após alguns minutos regressado ao tema, dizendo “não é para os tirar de si, é para a ajudar com eles no que for necessário”.

Iniciou-se então uma situação de negociação, onde a mãe aceitou conhecer a assistente social da UCSP, referindo que se não gostasse dela que seria apenas daquela vez que iria falar com ela. A enfermeira aceitou as condições, tendo procedido ao encontro entre ambas, mediando o início da conversa entre ambas.

Após o início da conversa e de a mãe ter assumido uma postura mais aberta em relação ao que lhe estava a ser dito, deixamos a mãe e a assistente social sozinhas, tendo regressado ao gabinete das consultas de saúde infantil.

Nesta altura ocorreu um momento de partilha entre a orientadora e eu, sobre o que tinha ocorrido e quais as minhas impressões em relação a história familiar que tinha vivenciado durante aqueles momentos e quais as minhas impressões, tendo havido essa mesma partilha por parte da enfermeira orientadora.

Conforme definido no modelo TEEP, trabalho emocional em enfermagem pediátrica é a transformação positiva da experiência emocional intensa e perturbadora associada ao processo de cuidados, e centra-se no cliente, no enfermeiro e na relação enfermeiro-cliente (Diogo, 2017, 2018).

Para que ocorra esta experiência transformadora de emoções negativas em positivas, os enfermeiros intervêm em cinco categorias diferentes, são elas

promover um ambiente seguro e afetuoso; nutrir os cuidados com afeto; facilitar a gestão das emoções do cliente; construir a estabilidade na relação e regular a sua disposição emocional para cuidar.

Na situação descrita anteriormente podemos identificar características destas áreas de intervenção. Por exemplo ao nível da categoria “Promover um ambiente seguro e afetuoso”, a enfermeira está a criar um ambiente familiar e a demonstrar afeto ao acolher, cumprimentando, bem como ao ligar a demonstrar preocupação pelo atraso da mãe.

Para além disso a enfermeira assumiu uma postura calma e sorridente, dando colo ao bebé; ao mesmo tempo a mãe sentiu-se confiante para estar atenta a consulta enquanto eu assumia a mesma postura perante o filho mais velho. Desta forma nutriram-se os cuidados com afeto, facilitando os procedimentos a realizar e criando um ambiente tranquilo, possibilitando a abertura da mãe aos ensinamentos e a outras conversas mais necessárias.

No momento mais tenso da consulta, aquando da sugestão para falar com a assistente social da UCSP, a enfermeira demonstrou uma postura calma e carinhosa, deixou a mãe expressar-se e forneceu as explicações necessárias sobre o porquê de tal sugestão, facilitando a gestão das emoções.

Ao aceitar negociar o encontro com a mãe a enfermeira permitiu construir a estabilidade na relação entre ambas, dado que desta forma procurou a reconciliação, deu espaço à função parental e foi permitida uma tomada de decisão partilhada e informada.

Houve ainda espaço à última categoria: “regular a sua disposição emocional para cuidar”, quando no final retirou uns instantes para falar comigo, permitindo-me analisar a experiência e compreender os desafios que muitas vezes se colocam a nível dos cuidados na comunidade.

Para finalizar esta reflexão apenas referir que a nível do SCLínico é dada pouca importância ao nível deste trabalho emocional realizado. No caso desta UCSP, um dos diagnósticos que levantam em todos os clientes é o “Papel parental”, incidindo os registos em intervenções como “vigiar papel parental”, “incentivar papel parental”, focando-se em seguida em questões mais relacionadas com ensinamentos como “promover a vacinação”, “instruir sobre medidas de segurança” ou ainda “instruir sobre alimentação”.

A nível dos registos gerais, aquando da minha observação destas consultas, raras foram as vezes em que houve a preocupação de registar o estado emocional e a expressão de emoções da família, o que demonstra que apesar de realizarem um trabalho a nível emocional importante, ele ainda não é entendido como tal para todos os enfermeiros da UCSP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2017). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321193769_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_proposta_de_um_Modelo_orientador_da_pratica Emotional Labour of Paediatric Nursing a propose Model for practice guidance
- Diogo, P. (2018). Emotional Labour in Paediatric Nursing: a propose Model for practice guidance, BMC Health Services Research 2018, 18(Suppl 2):P8. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3444-8>

Apêndice V – Diário de Campo (UCSP)



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

**UNIDADE CURRICULAR
ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

DIÁRIO DE CAMPO UCSP

**Cuidar em enfermagem pediátrica: o trabalho emocional com a família da
criança em estado crítico**

**Discente: Sandra Catarina Ferreira Domingues, nº 8954
Professora orientadora: Professora Doutora Paula Diogo**

LISBOA

A consulta de enfermagem de saúde infantil implementada na USCP onde me encontro a estagiar sofreu recentemente alterações com a entrada de novas enfermeiras com a especialidade de saúde infantil e pediatria, tendo passado a abranger a faixa etária compreendida entre o recém-nascido e os 12m, não tendo implementada nenhuma escala de avaliação de desenvolvimento, sendo este avaliado pelo enfermeiro e posteriormente pelo médico.

Devido ao modelo de enfermagem implementado na unidade foi-me dada a oportunidade de acompanhar diferentes enfermeiras na consulta de saúde infantil e juvenil. Foi importante para mim poder acompanhar as diferentes enfermeiras pois assim consegui perceber as diferenças entre uma consulta realizada por uma enfermeira especialista e uma enfermeira generalista. Para além deste aspeto é de ressaltar a partilha de conhecimentos ampla que obtive por ter realizado as consultas com diferentes enfermeiras da USCP.

Este diário de campo tem por base uma das consultas a que tive a oportunidade de assistir e que diz respeito a uma criança de 6m, que irei designar por L., que foi a consulta acompanhado pela mãe e que tinha como antecedentes uma reação anafilática às proteínas do leite.

Nesta consulta, realizada por uma enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria, focam-se diversos aspetos, sendo avaliado o desenvolvimento estado-ponderal, e no caso desta enfermeira, apesar de não ser preconizado pela USCP, avalia igualmente o desenvolvimento seguindo a escala de Mary Sheridan. Para além disso são focados aspetos como as dúvidas trazidas pelos pais e dependendo da idade situações como as cólicas ou a diversificação alimentar, como neste caso.

Este foi um aspeto abordado pela mãe mal chegou à consulta, dado que tinha introduzido recentemente alface na sopa e estava preocupada pois as fezes tinham sido mais moles que o habitual. A enfermeira aproveitou então para explorar mais o assunto, lembrando a história do pequeno L.

A enfermeira retirou dúvidas de como preparar a sopa e de quais os alimentos que a mãe poderia introduzir, referindo que após a introdução do primeiro legume seria normal um aumento das fezes, e lembrou que não eram necessárias mais do que duas folhas de alface, sendo que a mãe tinha realizado a sopa com cinco, motivo que justificou as alterações a nível do trânsito intestinal. Para além disto a mãe referiu a importância das novas tecnologias, dado que faz

parte de grupos numa rede social bastante conhecida, e nesses grupos através da partilha com outras mães cujos filhos tem alergia as proteínas do leite consegue encontrar mais facilmente alimentos e produtos para o filho. Mas, estas partilhas trazem também um problema acrescido. Muitas mães partilham que ao introduzirem novos alimentos, os filhos tem algum tipo de reação alérgica. Tal aconteceu também com a alface, o que levou esta mãe a ponderar durante algumas semanas a sua introdução.

Durante a consulta a mãe foi referindo todas estas situações, sendo que a enfermeira foi respondendo e retirando duvidas que a mãe tinha. A mãe referiu ainda a questão da vacinação e que isso a afligia, nomeadamente o receio de por ventura o L. fazer algum tipo de reação anafilática a alguma delas. A enfermeira aproveitou então para explicar novamente o plano nacional de vacinação e para realizar a vacina hexavalente, que de acordo com o PNV deve ser administrada aos 6m.

Nesta altura a enfermeira teve o cuidado de explicar à mãe que esta vacina já havia sido realizada anteriormente e que se o L. não tinha feito reação provavelmente não iria fazer reação agora, mas que deveria de aguardar meia hora na sala de espera e caso notasse algum sinal de alarme se deveria dirigir ali. Mais ainda informou a mãe de que as próximas vacinas seriam aos 12m e que nessa altura seria importante já ter introduzido o ovo, sendo que este alimento habitualmente é altamente alergénico. A mãe mostrou-se preocupada e questionou o porquê tendo a enfermeira explicado a VASPR e a sua importância. Disse igualmente que seria importante que a mãe antes fosse a imuno-alergologia perceber quais os cuidados na introdução do ovo.

A mãe referiu ter consulta marcada para breve e que pela altura do ano seria necessário o L. repetir as análises para verificar os níveis e talvez nessa altura pudesse introduzir o ovo com maior segurança. A enfermeira reforçou a importância de nessa altura o L. já ter introduzido o ovo, sendo que a ida à imuno-alergologia serviria exatamente para retirar as dúvidas sobre o como introduzir o ovo em segurança.

A consulta terminou com após a avaliação do desenvolvimento rápida por parte da enfermeira do L., tendo sido efetuado reforço da situação da introdução do ovo e dos restantes legumes.

Esta consulta permitiu-me observar a importância do enfermeiro especialista no CS dado que foi utilizada uma abordagem que identificou os problemas e os resolveu, aproveitando para durante o processo realizar a avaliação do desenvolvimento da criança e incidir na prevenção.

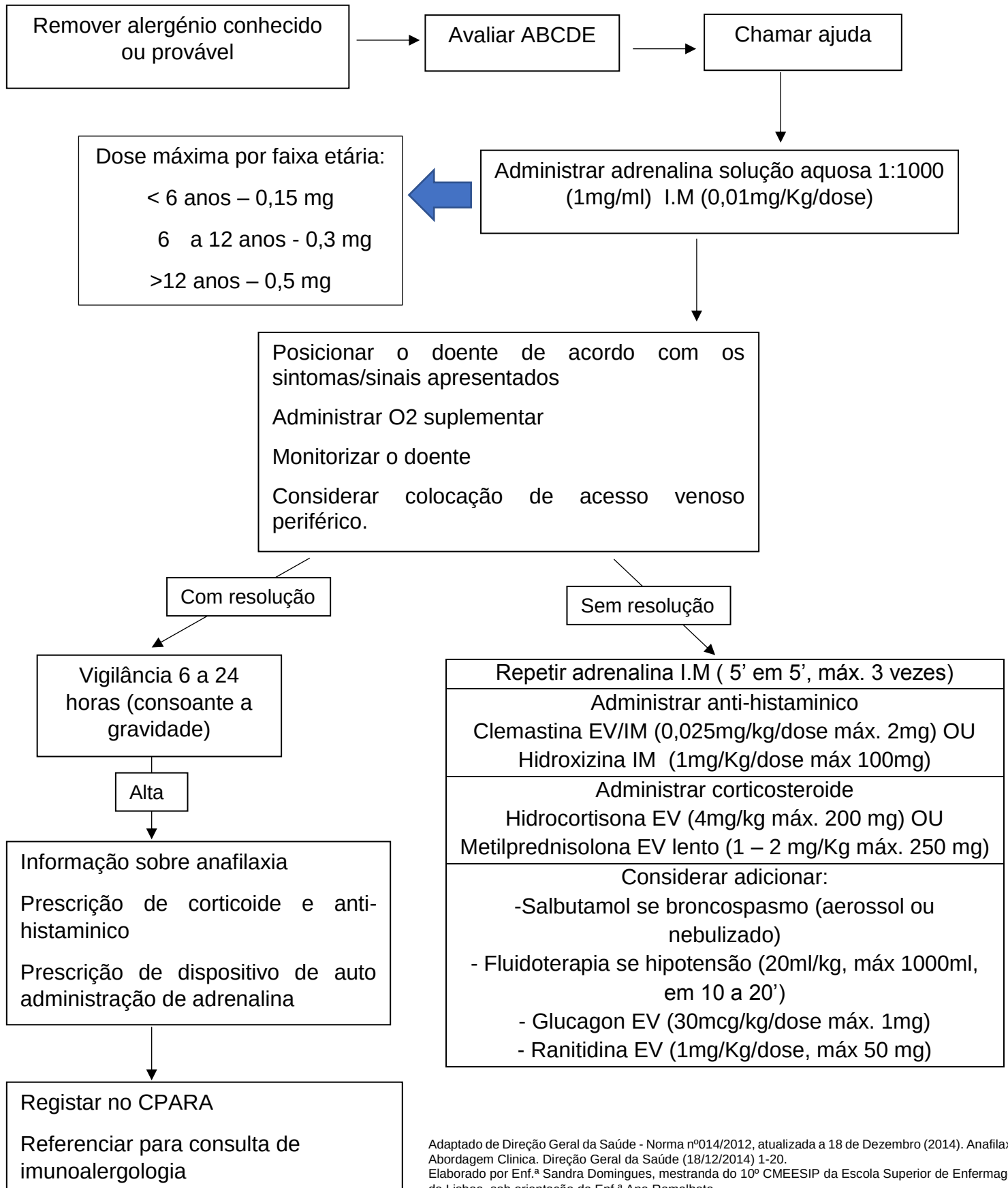
Foi também importante verificar a forma como a enfermeira acabou por lidar com a ansiedade da mãe em relação a alimentação e as vacinas e o trabalho realizado por ela para tentar apaziguar o espírito da mãe, o que creio que foi conseguido.

Desta forma foi-me possível observar as competências de enfermeiro especialista postas em prática, nomeadamente “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” através da sua unidade de competência “Implementa e gere em parceria um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”, tendo a enfermeira negociado a participação da família e todo o processo de cuidar, utilizou técnicas de comunicação adequadas a idade, estadio de desenvolvimento e cultura, motivou a assunção do papel da mãe, e realizou os ensinamentos necessários proporcionando assim o desenvolvimento de competências para a gestão do processo de saúde/doença.

Outra competência posta em prática foi a “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, através da unidade de competência “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”, sendo que a enfermeira avaliou o desenvolvimento e crescimento da criança e transmitiu orientações antecipatórias a mãe para maximizar o crescimento e desenvolvimento infantojuvenil.

Apêndice VI – Fluxograma de Atuação em Caso de Reação Anafilática

Em caso de anafilaxia na criança



Apêndice VII – Diário de Campo (Centro de desenvolvimento)



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

**UNIDADE CURRICULAR
ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

DIÁRIO DE CAMPO CENTRO DE DESENVOLVIMENTO

**A INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR COMO PROMOÇÃO DO
DESENVOLVIMENTO**

**Discente: Sandra Catarina Ferreira Domingues, nº 8954
Professora orientadora: Professora Doutora Paula Diogo**

LISBOA

Neste campo de estágio fui confrontada com a realidade do dia-a-dia das crianças com problemas de desenvolvimento. Aqui foi-me possível observar o trabalho realizado nas diversas áreas como a enfermagem, a terapia ocupacional, a fisioterapia, a terapia da fala, a psicologia e a assistência social. Cada uma destas áreas trabalha de forma diferente, mas com vista a um objetivo em comum, o permitir que estas crianças desenvolvem competências que lhes permitam ser de alguma forma independentes na sua vida.

Dado que este trabalho é realizado em conjunto por todas as áreas, tive a oportunidade de em cada dia estar numa das áreas, a verificar o trabalho de cada uma delas e como se articulam, nomeadamente aquando da consulta de avaliação inicial, realizada pela equipa multidisciplinar, por forma a dar resposta às múltiplas solicitações que o centro tem.

Este diário de campo tem por base a consulta de avaliação inicial a que pude assistir em todas as suas vertentes, bem como a intervenção realizada posteriormente a nível do centro e que irá ser adaptada a criança em questão.

Nesta consulta é realizada uma avaliação em três vertentes, uma médica, uma por parte da assistente social, e outra onde se juntam áreas como enfermagem, terapia ocupacional, fisioterapia, psicologia e terapia da fala. Na avaliação médica é realizada uma breve avaliação do desenvolvimento, com um estudo da história que poderá ter levado a paralisia cerebral da criança em questão, permitindo assim a sua classificação e identificação primária das necessidades a nível médico da criança.

A nível da assistência social, num encontro onde só estão presentes os pais, a criança e a assistente social, por a conversa poder atingir áreas melindrosas para os envolvidos, são avaliadas as dificuldades a nível económico-social por parte daquela família.

Finalmente a nível da reunião com as diferentes valências do centro, é feita uma avaliação por cada uma das áreas, iniciando-se aí desde logo uma intervenção por todas as áreas em conjunto por forma a se complementarem.

Estas avaliações são posteriormente postas à discussão numa reunião multidisciplinar onde são partilhadas as conclusões a que chegou cada um dos três grupos, discutindo-se a resposta a dar aquela situação, de uma forma mais adequada. Esta avaliação, termina com uma reunião entre a médica e os pais,

onde lhes é comunicado qual o plano para o seu filho, e são discutidas outras hipóteses caso os pais tenham dificuldade em determinadas valências, ou discordem de algum passo do plano.

Nesta consulta de avaliação inicial a que me foi permitido assistir, deparei-me com um caso vindo dos países africanos de língua oficial portuguesa, a N., uma menina de 5 anos, cujos pais diferenciados vieram para procurar respostas que não existiam no país de origem e que por iniciativa privada, já tinham procurado noutros locais, através de contatos e de pessoas amigas.

A N. apresentava-se numa cadeira adequada as suas necessidades, porém aos 5 anos mostra ainda dificuldades a nível do controlo cefálico, pés varos, alguma espasticidade dos membros superiores, microcefalia, emitia apenas sons, porém sorria e seguia elementos com luz e som. Com estas características, foi classificada numa das formas mais graves de paralisia cerebral, o chamado grau V.

Na consulta médica, foi possível compreender que estes pais já tinham recorrido a diversos locais, e esperavam aqui encontrar uma resposta mais adequada as necessidades da N., e que se fosse possível esta pudesse ganhar algum nível de autonomia. Foi possível logo naquele momento e após ter explorado a história do nascimento da N., descansar a mãe em relação ao ter mais filhos, dado que através da historia foi possível compreender que a origem deste quadro esteve numa fase expulsiva demasiado longa e no sofrimento fetal associado a isso e às duas circulares, que não foi detetado pela não realização de CTG, tendo originado uma anóxia severa.

Foi ainda possível iniciar a resposta as ideias de autonomia por parte da mãe, alertando-a para a gravidade do quadro da sua filha e que muito possivelmente a intervenção iria passar por uma tentativa da melhoria da qualidade de vida desta, pois a autonomia iria ser difícil de ser conseguida perante o quadro.

Foram ainda despistadas situações problemáticas a nível da anca, um problema também comumente associado a paralisia, bem como outras situações como a epilepsia de base que esta criança apresentava, tendo sido exploradas as características das crises, a sua frequência e qual a medicação que estava a realizar e onde esta criança era seguida para dar resposta a estas situações.

Neste caso era apenas seguida na neurologia pediátrica por causa da sua epilepsia.

Em seguida a mãe foi encaminhada para a assistente social, onde falou dos seus planos em vir para Portugal em definitivo por forma a dar um maior apoio a sua filha, bem como dos apoios familiares que aqui dispunha, dado que por não ter número de segurança social neste momento ainda não tem direito a mais nenhum apoio.

Finalmente a mãe foi encaminhada para a avaliação por parte das restantes áreas existentes no centro, tendo sido realizada uma breve avaliação psicológica da família, bem como uma avaliação a nível das mobilizações por parte da fisioterapia e da terapia ocupacional, a nível da alimentação por parte da terapia da fala e das comorbilidades existentes por parte da enfermagem, com enfoque na questão da epilepsia, mas também pela nossa avaliação da rede de apoio existente ou se esta estava em algum tipo de escola.

Em seguida a equipa reuniu-se para discutir quais as melhores respostas a dar a esta família, tendo sido decidido que a criança seria encaminhada para uma consulta de ortopedia existente no centro uma vez por mês e que é totalmente gratuita. Ficou igualmente acordado que seria proposto a mãe a inclusão da criança num grupo de grau V existente no centro, onde iriam estimular e desenvolver as capacidades da criança, bem como sessões de fisioterapia e de terapia ocupacional. Isto foi posteriormente comunicado a mãe, que aceitou todas as recomendações sem reservas, ficando então a aguardar o momento em que estas intervenções seriam postas em prática.

Nesse mesmo dia, foi-me possível observar o grupo grau V onde a N. iria em princípio ficar integrada. Neste grupo observei como são realizadas intervenções a diferentes níveis por forma a estimular as crianças, nomeadamente a nível da fisioterapia, onde são realizados movimentos para manter a mobilidade articular e são colocados em posturas em que habitualmente não se encontram e que contrariam as posturas habituais. Mais ainda, a nível da terapia ocupacional/fala que estimulam a nível sensorial através de uma história onde a medida que a vão contando, vão permitindo que a criança mexa em folhas, sinta água na cara ou ainda a sensação de vento a bater na cara. Enquanto tudo isto acontece, o enfermeiro está presente no caso de ser necessária alguma intervenção, mas também para realizar avaliações regulares

do peso ou para retirar dúvidas dos pais sobre as mais diversas áreas, como aconteceu nesse dia em que foi necessário realizar ensinamentos a duas mães sobre a alimentação a administrar por PEG e quais os cuidados a ter com esta.

Porém a intervenção realizada no Centro não se restringe às crianças do grupo grau V. Existe também intervenção com crianças de outras categorias de paralisia cerebral, e suas famílias. Nestes casos podem ser incluídos no chamado núcleo de intervenção precoce integrada (NIPI), que funciona de forma muito semelhante a uma escola, onde porém são realizadas intervenções das diferentes áreas, nomeadamente momentos de *standing* por parte da fisioterapia, contar uma história com recurso à colaboração das crianças por parte da terapia ocupacional, entre outras situações.

Podem igualmente ser incluídos na unidade de técnicas aumentativas e alternativas de comunicação (UTAAC), um local onde são desenvolvidas técnicas que permitem o desenvolvimento da comunicação em casos em que esta se encontra afetada, utilizando instrumentos específicos que lhes permitem repetir as palavras ao mesmo tempo que as ouvem quer seja através de uma história ou de outro tipo de atividade. Em alguns casos é utilizado também a técnica do livro de comunicação, onde através de imagens e legendas a criança consegue comunicar mesmo que não consiga exprimir-se verbalmente. Este livro é utilizado não só na UTAAC, mas também nas outras valências do centro, acabando por ser uma das bases mais importantes do funcionamento do centro, pois sem comunicação nada funciona.

Desta experiência a nível da UTAAC, apenas ressalvar a experiência que tive com a S. A. S. é uma criança com paralisia cerebral que apesar de ter dificuldades em movimentar-se e que não se consegue exprimir verbalmente, apresenta um desenvolvimento a nível cognitivo normal, sendo extremamente inteligente. Desta forma iniciou a sua comunicação com o mundo através de um livro de comunicação, mas graças aos pais, ela tem a oportunidade de utilizar um computador próprio, por onde comunica e faz as atividades através do movimento ocular. Este facto fez-me refletir nas potencialidades que estas crianças têm e como poderiam integrar-se numa sociedade que infelizmente não se encontra preparada para receber estas crianças, mesmo que estejam equipadas com as competências necessárias para nela se integrarem.

Apêndice VIII – Norma “Acolhimento e entrevista de colheita de dados à luz do modelo do Trabalho emocional em enfermagem pediátrica”

Logotipo Hospital		DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma nº - Acolhimento e entrevista de colheita de dados à luz do modelo de TEEP			Aprovado em:
Elaborado por: Sandra Domingues	Revisto por:	Próxima Revisão:	Enfª Directora
Em: 2019 / 11		_____ / _____	

1. CONCEITO

O cuidar na sua essência caracteriza-se por uma partilha da experiência humana a nível emocional, estando presentes na relação enfermeiro-cliente as emoções e os sentimentos de ambos (Diogo, 2006).

O cliente de cuidados em enfermagem pediátrica engloba, inevitavelmente, a criança e a família. A família assume, atualmente, um papel de enorme relevância a nível dos cuidados de saúde, contribuindo para a saúde e bem-estar do cliente. Em enfermagem pediátrica este papel assume ainda maior importância dado que os problemas de saúde de um membro da família afetam o funcionamento da mesma (Pereira, 2012). Desta forma, o cuidar envolve não só os procedimentos técnicos, mas também uma intervenção a nível da vivência emocional da criança e da família (Diogo, 2006), devendo ser satisfeitas todas as necessidades desta díade na sua perspetiva holística. As intervenções e apoio emocional devem ser oferecidos à família pelo enfermeiro de forma individual, através de uma relação terapêutica – envolvendo-a, ouvindo-a, focalizando a atenção e atuação nas necessidades da família, permitindo o desenvolvimento de mecanismos de *coping* face ao momento de crise que se encontram a experienciar, neste caso o internamento do seu filho (Pereira, 2012; Flores, 2016).

Assim, o enfermeiro adquire um papel fundamental aquando da realização do acolhimento, pois contribui para que a família e a criança se sintam envolvidas na equipa multidisciplinar, através da partilha de informação, favorecendo a criação de relações calorosas, personalizadas e de confiança, e ainda a gestão da emocionalidade vivida. Ao ser cuidado por um enfermeiro que implementa intervenções no âmbito da gestão das emoções, como a escuta e a abertura para que a díade expresse os seus sentimentos, a família e a criança conseguem atenuar a ansiedade e o medo e

encaram de forma mais positiva e adaptativa a ideia de estar doente – o trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Diogo, 2015; Almeida, 2016).

O acolhimento da criança e família deve ser realizado, preferencialmente, nas primeiras 24h após a admissão. Este é o momento do primeiro contacto com a criança e família, sendo que o enfermeiro deve atender e promover a gestão das emoções da criança e família durante este processo. Para tal, pode desenvolver a sua intervenção orientada pelo modelo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica - Modelo TEEP (Diogo, 2015, 2017) - que engloba 5 categorias de intervenção: 1) promover um ambiente seguro e afetuoso; 2) nutrir os cuidados com afeto; 3) facilitar a gestão das emoções do cliente; 4) construir a estabilidade na relação; 5) regular a sua disposição emocional para cuidar.

2. OBJETIVO

Contribuir para um acolhimento e colheita de dados humanizada, diminuindo o medo e ansiedade com recurso às intervenções do trabalho emocional em enfermagem pediátrica.

Promover o bem-estar emocional da criança e família no período de acolhimento no serviço.

Sistematizar e uniformizar as intervenções de enfermagem na realização do acolhimento à criança e família.

3. RESPONSABILIDADE

Aplica-se a toda a equipa de enfermagem do Serviço de Infecção, Gastroenterologia e Nefrologia Pediátrica que tem contacto com a criança.

4. ACTIVIDADES

Aquando da admissão	
Ações de Enfermagem	Justificação
Apresentar-se à criança e a família; Inquirir por que nome a criança quer ser chamada; Explicar de forma breve e com linguagem adequada ao cliente o funcionamento do serviço. Informar sobre os procedimentos a realizar e esclarecer dúvidas de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança.	Dirigir o acolhimento à criança e família como um todo, levando em conta as suas necessidades mobilizando o brincar e o objeto de segurança, envolvendo-a, ouvindo-a, focalizando a atenção e atuação nas mesmas, promovendo desta forma um ambiente seguro e afetivo . Disponibilizar-se para ouvir, adotar uma postura calma e carinhosa, preparar e explicar o que se irá realizar potencia o auto controlo emocional e facilita a gestão das emoções do cliente , permitindo transformar a experiência negativa em positiva.

Nas primeiras 24h após a admissão	
Ações de Enfermagem	Justificação
Quando a família estiver calma e disponível, deve ser apresentado o espaço físico do serviço;	A criança pode acompanhar os pais na visita ao serviço, caso o seu estado de saúde o permita, e desta forma conhecer também a sala de brincar na qual estão disponíveis diversos brinquedos adequados aos diferentes estádios de desenvolvimento da criança e onde está uma educadora de infância que promove atividades, durante o período entre as 8 – 16h, nos dias úteis.

Posteriormente deve ser encaminhada para uma sala, onde se dará início à entrevista para colheita de dados, devendo ser explicados os objetivos da mesma; Garantir a privacidade e o sigilo; Promover a parentalidade envolvendo e incentivando os pais na prestação de cuidados ao seu filho; Durante a entrevista, a criança deve estar a descansar ou entretida com alguma atividade; Elaborar os registos de enfermagem necessários, referindo aspetos importantes resultantes da avaliação realizada durante a entrevista, partilhando os mesmos durante a passagem de turno se relevantes.	Na colheita de dados deverão ser apurados dados sobre alimentação, sono, higiene, eliminação, brincadeiras, medicação habitual e experiências anteriores, e o modo da criança se tranquilizar (cantar, balançar, uso de chupeta), que podem influenciar o internamento atual, promovendo um ambiente seguro e afetuoso. Ao envolver os pais nos cuidados prestados estamos a permitir que a função parental se mantenha em certa medida, estes se sintam envolvidos e que ao verem a confiança neles depositada, ganhem confiança nos profissionais, o que os vai tranquilizar, construindo assim a estabilidade na relação. Ao falar de forma carinhosa, “tomando conta” da criança, brincando com ela, integrando-a, estamos a nutrir os cuidados com afeto, permitindo uma maior confiança dos pais nos profissionais. Assegura a continuidade dos cuidados, permite a partilha com os colegas e análise das situação de cuidados, possibilitando a regulação emocional do enfermeiro para cuidar.
---	---

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, S. (2016) Vivências emocionais da criança e família hospitalizados: Intervenções de enfermagem para um acolhimento humanizado. Dissertação de mestrado – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Diogo, P. (2006). A vida emocional do enfermeiro: uma hipótese explicativa do processo emotivo-vivencial na prática de cuidados. Coimbra: Formasau
- Diogo, P. (2015) Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica -Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-75-2
- Diogo, P. (2017) Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática. DOI: 10.13140/RG.2.2.36481.9712
- Flores, C. (2016) Cuidar da criança e da família em situação emergente - a gestão da emocionalidade enquanto intervenção terapêutica de enfermagem. Dissertação de mestrado – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Pereira, C. (2012) A relação de cuidados na Unidade de Urgência Pediátrica: gestão recíproca das emoções e da informação. Dissertação de mestrado – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Apêndice IX – Reflexão sobre a prática realizada à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Internamento)



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

**UNIDADE CURRICULAR
ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

**REFLEXÃO À LUZ DO MODELO DO TRABALHO EMOCIONAL EM
ENFERMAGEM PEDIÁTRICA**

**O Trabalho emocional enquanto intervenção do enfermeiro para tornar o
internamento uma experiência positiva**

**Discente: Sandra Catarina Ferreira Domingues, nº 8954
Professora orientadora: Professora Doutora Paula Diogo**

LISBOA

Esta reflexão será realizada à luz no modelo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica - TEEP - (Diogo, 2017, 2018, 2019) e o objeto de reflexão será a forma como a família da criança vivência o internamento e o impacto negativo que este tem nas famílias, que pode ser minimizado com a intervenção de dimensão emocional dos enfermeiros.

Este tema é o foco da minha reflexão dado que durante o período em que permaneci neste local de estágio, me deparei com situações complicadas a nível familiar, que eram agravadas por um elemento da família estar a experienciar por um internamento longo.

Ao longo destas quatro semanas, tive a oportunidade de interagir com diversas famílias, muitas delas já desgastadas pelo longo internamento e outras que tive a oportunidade de seguir desde o serviço de urgência onde trabalho até ao internamento.

O internamento é um momento de *stress* quer para a família, quer para a criança, sendo que esta última atravessa muitas vezes o seu primeiro momento de crise (Hockenberry & Wilson, 2014). A criança experimenta situações como a separação dos pais, o medo do desconhecido, a lesão corporal e o medo da morte. A resposta da criança a estes *stressores* vai depender da sua idade, experiências anteriores, separação e hospitalização, mecanismos de defesa, gravidade do diagnóstico e sistema de apoio disponível (Hockenberry & Wilson, 2014).

Porém, não só a criança reage a estes *stressores*. Sendo a família uma estrutura onde os indivíduos apresentam diferentes e semelhantes gerações e géneros, unidos por relações biológicas ou compromissos duradouros, participando para a socialização, desenvolvimento e compromisso emocional entre eles (Hockenberry, 2014), implica uma série de interações complexas em que o comportamento de um membro, influencia os outros e a própria família enquanto sistema (Jorge, 2004). Desta forma os pais estão sujeitos ao mesmo *stress* e ansiedade, experienciando emoções como medo, culpa e frustração (Jorge, 2004; Hockenberry & Wilson, 2014).

Perante esta situação, a intervenção do enfermeiro, pela sua proximidade com a família/criança, incide na minimização das consequências que o internamento causa nestas, através da compreensão das necessidades

de cada família, utilizando a escuta e respeitando os seus direitos, através de uma abordagem holística e humanizada (Watson, 2012).

Uma das estratégias utilizadas pelos enfermeiros, e muitas vezes sem se aperceberem, é o trabalho emocional (Diogo, 2015, 2019).

O primeiro momento em que o enfermeiro intervém por forma a tornar o internamento uma experiência mais positiva, é no momento do acolhimento. Através da realização do acolhimento o enfermeiro contribui para que a família e a criança se sintam envolvidas na equipa multidisciplinar, através da partilha de informação, favorecendo a criação de relações calorosas, personalizadas e de confiança, e ainda a gestão da emocionalidade vivida. Ao esclarecer as dúvidas iniciais, acolhendo a criança e a família como um todo, tendo em conta as suas necessidades, o enfermeiro está a mobilizar uma das categorias de intervenção do TEEP, nomeadamente o **promover um ambiente seguro e afetuoso**.

Durante o internamento o enfermeiro deve promover a manutenção do papel parental, tendo em conta que em determinados momentos, os pais poderão necessitar de se afastarem, de terem o seu espaço e o seu descanso (Casey, 1995), sobretudo a nível das situações que envolvem doenças crónicas. Ao permitir que os pais mantenham o seu papel, neste equilíbrio encontrado entre ambas as partes, o enfermeiro permite que os pais se sintam envolvidos e que estes comecem a confiar na equipa que os rodeia, permitindo uma maior tranquilidade, **construindo desta forma a estabilidade na relação** (outra das categorias de intervenção do Modelo TEEP). Tal era visível sobretudo quando os pais eram incentivados a participarem nos cuidados de higiene do seu filho, alimentação, ou ainda em situações em que era necessário compreender como iria reagir a criança a determinado procedimento.

Com esta relação criada era possível ao longo do internamento observar e analisar como os pais falavam das suas preocupações relativamente ao momento da alta por exemplo, ou ainda relativamente a evolução da doença do seu filho, bem como as preocupações com a restante família, muitas vezes irmãos que permaneciam em casa e que também necessitavam do apoio dos pais. Neste momento os enfermeiros disponibilizavam-se para ouvir, adotavam uma postura calma e carinhosa, festejando com os pais as pequenas vitórias

diárias e tentando encontrar soluções através dos meios disponíveis para as preocupações dos pais, potenciando os seus recursos de gestão emocional e desta forma **facilitando a gestão das emoções do cliente** (outra categoria de intervenção do Modelo TEEP).

Diversas vezes a solução encontrada era por exemplo reunir as crianças em pequenos grupos (aquelas cujo estado de saúde permitisse), e com o apoio da educadora levar a cabo atividades de brincadeira e distração, que as envolvessem de uma forma mais prolongada, permitindo assim que os pais se deslocassem a casa. Outras vezes, e dado que o estado da criança não permitia que se ausentasse do quarto eram disponibilizadas atividades como o fazer um puzzle ou pintar um desenho, bem como outras que fossem do interesse da criança, havendo nessa altura uma disponibilidade por parte do enfermeiro para “tomar conta” da criança enquanto os pais se ausentavam. Também me foi possível participar neste “cuidado” possibilitando que os pais se ausentassem por exemplo para comer. Durante uma destas ocasiões foi-me possível ver como as próprias crianças encaram a sua doença e ainda a perceção de serem mais um peso vivida com dificuldade, como no caso de uma pré-adolescente, que tendo uma patologia do foro renal, se encontrava preocupada com a recente doença da sua avó e do que isso significava para a sua mãe, que tinha que se dividir entre ela que estava internada há cerca de um mês e a avó, e todo o desgaste associado a isto. Ao permanecer com esta criança, falando com ela e realizando algumas técnicas de comunicação criativa (Hockenberry, 2014) com a mesma como o desenho (que era algo que a interessava), possibilitamos que a mãe se ausentasse do serviço, tendo a certeza que a filha iria cumprir a terapêutica, que esta se iria alimentar, que iria cumprir as indicações médicas que tinha, e que ficava tranquila na companhia de uma enfermeira, o que foi muito securizante para ambas. Desta forma ao brincar com a criança, ao integra-la também nos cuidados, ao permitir o relaxamento através de uma atividade que fazia parte do seu quotidiano, restabelecendo uma ligação com o ambiente e a vida que tinha previamente à hospitalização, estamos a **nutrir os cuidados com afeto**, bem como a **promover um ambiente seguro e afetivo** (mais duas categorias de intervenção do Modelo TEEP).

Outra das categorias do TEEP é a **regulação emocional do enfermeiro para cuidar**. Esta categoria era sobretudo notória a nível das passagens de turno, onde eram referidas diversas situações e discutidas por forma a encontrar soluções. Contudo, outro dos momentos em que identifiquei esta categoria a nível do internamento foi no grupo informal que se criou entre os pais das crianças internadas. Alguns pais juntavam-se para irem almoçar e distraírem-se, por forma a saírem do ambiente hospitalar, mas também para falarem dos seus filhos e das suas expectativas, tendo muitas vezes um papel importante para pais que tinham acabado de chegar, transmitindo a sua experiência aos mesmos e fomentando eles próprios uma relação de confiança entre os recém-chegados e a equipa.

Para mim este estágio foi importante não apenas por uma situação em específico, mas por me ter sido possível, igualmente, identificar as estratégias que eu própria adoto no dia-a-dia, não num internamento tão longo, mas no serviço de observação, onde as crianças e pais permanecem por um curto período de tempo, mas que por ser inesperado envolve um elevado nível de *stress* e por me ter sido possível refletir sobre a importância das mesmas, bem como a intervenção do enfermeiro durante este período, e como as “pequenas coisas” do dia-a-dia da prática de enfermagem ganham especial importância durante períodos como estes. Estas “pequenas coisas” têm uma forte componente emocional e requerem do enfermeiro o desempenho do trabalho emocional.

Desta forma, procurei desenvolver competências de acordo com o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediatria (Regulamento n.º 422/2018, 2018) como a competência “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” nomeadamente a nível da unidade de competência “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”; foi igualmente desenvolvida a competência “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”, através do desenvolvimento das seguintes unidades de competência “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”, “E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.”, “E2.4. Providência cuidados

à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.” e “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058-1062. DOI: 10.1111/j.13652648.1995.tb03105.
- Diogo, P. (2017). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/321193769 Trabalho Emocional em Enfermagem Pediatrica proposta de um Modelo orientador da pratica Emotional Labour of Paediatric Nursing a propose Model for practice guidance](https://www.researchgate.net/publication/321193769_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_proposta_de_um_Modelo_orientador_da_pratica_Emotional_Labour_of_Paediatric_Nursing_a_propose_Model_for_practice_guidance)
- Diogo, P. (2018). Emotional Labour in Paediatric Nursing: a propose Model for practice guidance, *BMC Health Services Research* 2018, 18(Suppl 2):P8.
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.^a versão revista). doi:10.13140/RG.2.2.16091.31528
- Hockenberry, J. M. & Wilson, D. (2014). Wong enfermagem da criança e do adolescente (9^aed). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da criança. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson. Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (Vol. I, pp. 122-187). Loures: Lusociência.
- Jorge, A. M. (2004). Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidado em enfermagem. Loures: Lusociência.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.^a série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Apêndice X – Poster “Diário da Esperança... Faça o Seu!”

“Diário da Esperança... Faça o Seu!”

O conceito de esperança é considerado um conceito multidisciplinar, tendo sido alvo de estudos e interesse por parte de várias disciplinas, onde se inclui a enfermagem (Magão & Leal, 2002).

A esperança é intrínseca ao ser humano e a manutenção e à qualidade de vida, sendo porém nos momentos de doença e/ou transição, que mais apelamos à esperança na busca de força e motivação (Pires, 2006; Miller, 2007); estando o enfermeiro ligado às experiências de sofrimento de forma continuada, torna-se no principal vetor para fomentar a esperança (Lohne, 2001 citado por Magão, 2012).

A nível da enfermagem, o conceito de esperança pode ser definido como sendo multidimensional e dinâmico, caracterizado por uma expectativa incerta de atingir um objetivo significativo e que vai auxiliar no crescimento espiritual, na adaptação à doença e alívio do sofrimento, proporcionando um sentido e propósito para a vida (Dufault & Martochio, 1985; Cutcliffe & Herth, 2002).

Diversos estudos foram realizados na área da enfermagem tendo como foco a esperança, dos quais destacamos o de Dufault e Martochio (1985), que com os dados do mesmo criaram uma taxonomia da esperança, sendo que esta coexiste em duas esferas – a generalizada e a particularizada – e seis dimensões – afetiva, cognitiva, comportamental, afiliativa, temporal e contextual.

A esperança generalizada é de âmbito amplo e não está ligada a qualquer objeto concreto ou abstrato de esperança, está ligada ao desenvolvimento futuro benéfico, protegendo contra o desespero e fornece uma motivação geral para a pessoa continuar a viver (Dufault & Martochio, 1985).

A esperança particularizada está relacionada com a expectativa existente no presente de o que subsiste pode ser melhorado, estando relacionada com um objeto de esperança; clarifica e estabelece prioridades, fornecendo um incentivo para *coping* construtivo (Dufault & Martochio, 1985).

A esperança contém seis dimensões comuns, que se sobrepõem mas que são distintas na sua essência. A dimensão afetiva refere-se às sensações e emoções que acompanham a esperança; a dimensão cognitiva permite identificar objetos de esperança, focando-se nos processos de pensamento relacionados com a esperança; a dimensão comportamental está relacionada

com a ação levada a cabo para produzir o resultado desejado; a dimensão afiliativa refere-se à interação social, à orientação para os outros, a vinculação e intimidade, ao sentido dado à esperança; a temporal foca-se na experiência pessoal do tempo, sendo a esperança influenciada pelo passado e pelo presente e direcionada para o futuro; finalmente a dimensão contextual refere-se ao ambiente que envolve a pessoa e que influencia a esperança. Desta forma existe sempre alguma esfera ou dimensão da esperança presente.

Através de um estudo exploratório e descritivo, que tinha como foco as práticas promotoras de esperança dos pais de crianças com doença crónica, Magão (2012), identificou, a partir de relatos de enfermeiras, os recursos utilizados por estas para promoção da esperança. Estes incluíam: relação de ajuda e confiança, a esperança da enfermeira, valores da enfermeira, experiência(s) da enfermeira, reflexão sobre e na ação, continuidade dos cuidados e trabalho de esperança em equipa.

Magão (2012) identificou igualmente os temas das formas de promover a esperança utilizados pelas enfermeiras. Estes abrangiam: o estar com, partilhar histórias e imagens de esperança, ouvir a narrativa, fazer acontecer, sugerir alternativas, quebrar regras, normas ou rotinas e valorizar as pequenas coisas.

No seguimento do estudado por Magão, tornou-se importante identificar as estratégias de promoção da esperança utilizadas pelos enfermeiros na unidade de cuidados intensivos neonatais, nomeadamente o diário da esperança já existente na unidade. Este diário incluía páginas para inclusão de momentos felizes, frases inspiradoras, pequenas conquistas como o peso ou fotos.

No entanto, apesar de terem a sua disposição este instrumento os enfermeiros não o utilizavam de forma consistente, havendo mesmo uma parte da equipa que por ser mais recente no serviço não sabiam exatamente como o utilizar ou como motivar os pais a tal.

Assim e após ter utilizado o diário com uma das mães, em conversa com a minha orientadora e após alguma reflexão surgiu a ideia de realizar um poster subjugado ao tema diário da esperança. Este poster serviria de apoio aos enfermeiros quando falassem com os pais por forma a desafiar-los para a sua realização, mas também ficaria na sala dos pais permitindo assim que estes fossem sentindo o apelo de fazerem o seu.

Este foi divulgado de forma informal a nível da equipa de enfermagem, passando a assumir um papel de apoio e sendo mais fácil de através dele conseguir estimular os pais para aderirem a algo que no futuro lhes irá permitir ter boas recordações dos seus filhos, e olharem para o caminho percorrido como um caminho de superação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cutcliffe, J.R. & Herth, K. (2002) The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature. *British Journal of Nursing*. 832-840 DOI: 10.12968/bjon.2002.11.12.10307
- Dufault, K. & Martochio, B (1985) Hope: Its Spheres and Dimensions. *Nursing Clinics of North America*. 379-391.
- Magão, M.T. (2012) Práticas promotoras de esperança dos pais de crianças com doença crónica in *Cuidar em enfermagem – Saberes da Prática Coimbra: Formasau*
- Magão, MT & Leal, I. (2002) A promoção da esperança nos pais de crianças com cancro. In *Territórios da Psicologia Oncologica*. Lisboa: Climepsi Editores, 321-344.
- Miller, J. F. (2007) Hope: A construct central to nursing. *Nursing Forum*. 42:1, 12-19. DOI: [10.1111/j.1744-6198.2007.00061.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00061.x)
- Pires, A.P. (2006) – O lugar da Esperança na aprendizagem do cuidado de enfermagem. Loures: Lusociência

Diário da Esperança... Faça o seu!

Este diário é para si, mãe e pai, para que possa recordar os bons momentos vividos, as conquistas, sonhos e objetivos realizados... Mas também para que possa escrever o que sente naquele momento.

Estas memórias podem ser as mais diversas, desde fotografias especiais, momentos significativos, frases, pensamentos, músicas, pequenas lembranças... Tudo conta para registar este percurso e para mais tarde recordar os momentos especiais.

Como?

Reservem uma caixa, um álbum, onde juntem as recordações mais positivas

Registem as pequenas conquistas do dia a dia através de fotografias e escrevam o que sentiram, com quem estavam, onde estavam naquele momento.

Registem as mensagens, as músicas, as citações que considerem mais significativas, bem como situações ou símbolos que vos dão confiança e alento.

Levem o vosso diário para qualquer local e utilizem-no sempre que se sentirem mais vulneráveis, para vos lembrar que cada conquista é um passo em direção a um futuro melhor.

Comece a recolher os pequenos tesouros do seu príncipe/princesa para mais tarde recordar!

Apêndice XI – Reflexão sobre a prática realizada à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (UCIN)



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

**UNIDADE CURRICULAR
ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

**REFLEXÃO À LUZ DO MODELO DO TRABALHO EMOCIONAL EM
ENFERMAGEM PEDIÁTRICA**

O Trabalho emocional e o cuidar em cuidados paliativos pediátricos

**Discente: Sandra Catarina Ferreira Domingues, nº 8954
Professora orientadora: Professora Doutora Paula Diogo**

LISBOA

Esta reflexão irá ter por base o modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica – TEEP – (Diogo, 2017, 2018, 2019) e o papel deste modelo a nível da prestação de cuidados numa unidade de cuidados intensivos neonatais, envolvendo situações extremas como o risco de morte, ou ainda os cuidados paliativos pediátricos.

Na unidade onde me encontro a estagiar atualmente são recebidos recém-nascidos (RN) pré termo ou recém-nascidos, que apesar de serem de termo, necessitam de cuidados especiais por algum motivo de saúde, nomeadamente síndrome de dificuldade respiratória, situações detetadas no diagnóstico pré-natal, ou ainda casos como no que me irei focar nesta reflexão. Trata-se de um recém-nascido de termo (41s + 2d), cujo parto foi distócico (fórceps) e que no pós parto imediato – ainda se encontrava na sala de partos – sofreu uma paragem cardiorrespiratória (PCR). Esta foi detetada pelo pai que estranhou a coloração do filho, bem como a respiração. Foram prestados suporte básico e avançado de vida, tendo sido possível reanimar o bebé ao fim de 4 minutos após o alerta do pai. Porém, ninguém sabe quanto tempo teria passado previamente ao alerta do pai.

Foi decidido internamento na unidade de cuidados intensivos neonatais, e considerou-se que o recém-nascido tinha critérios para hipotermia induzida. Esta é uma técnica que implica que o RN seja submetido a uma série de outros procedimentos invasivos como entubação orotraqueal, colocação de cateter venoso central/epicutâneo/periférico, monitorização cardiorrespiratória, monitorização da temperatura corporal e rectal, drenagem vesical e monitorização contínua de eletroencefalograma de amplitude integrada (são colocados elétrodos de agulhas a nível da cabeça do RN). Para além disto tem em perfusão contínua uma série de medicação, bem como a colocação dentro de um fato que controla a temperatura e que cobre completamente a superfície corporal do RN, exceto membros superiores, pés e face. A nível da face os olhos encontram-se protegidos, bem como os elétrodos colocados para avaliação do EEG.

Toda esta situação serve não para curar, mas sim para impedir que a lesão sofrida a nível cerebral não alastre. Esta terapia tem a duração de 72 horas e o recém-nascido encontra-se com uma temperatura corporal central de 33,5°C. No final das 72 horas são realizados uma série de exames complementares de

diagnóstico que revelam qual a extensão final da lesão e as suas consequências para a crianças, que podem passar por diversos níveis de paralisia cerebral.

Este foi um recém-nascido do qual tive a oportunidade de acompanhar todo este processo de hipotermia, bem como o pós hipotermia. Durante o processo podem ocorrer convulsões, provocadas pela temperatura, bem como outras complicações. No caso deste RN manteve convulsões durante todo o processo, nunca ficando com um traçado normal, pelo que foi aumentada a terapêutica que se encontrava a realizar, bem como outro tipo de terapêutica. Após o *términus* desta terapia foi realizada TAC – CE e RMN, que revelaram qual a real extensão dos danos.

Neste caso, os danos eram volumosos e implicavam uma nova realidade para os pais, nomeadamente que o filho que idealizaram não iria ter uma qualidade de vida mínima, estando neste momento dependente de um ventilador e sem qualquer tipo de vida relacional. Perante este cenário, os pais foram confrontados com a noção de cuidados paliativos e com o terem que tomar a decisão de reanimar ou não reanimar o seu filho.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (s.d), os cuidados paliativos pediátricos são direccionados para crianças com doenças ameaçadoras da vida, podendo aplicar-se a doenças oncológicas ou crónicas, seguindo determinados preceitos: envolvem a totalidade do corpo, mente e espírito da criança, mas também a família; iniciam-se no momento em que a doença é diagnosticada e devem continuar mesmo que a criança não esteja a receber tratamento dirigido à doença; os profissionais de saúde devem avaliar e aliviar o sofrimento a nível das áreas referidas anteriormente, sendo que é necessária uma abordagem ampla e multidisciplinar para que seja eficaz.

Seguindo o ciclo de vida é pouco expectável que os pais se preparem para um momento como a morte de um filho, sendo este um momento contraditório e marcante na vida de qualquer pai, desta forma, e como definido no código deontológico dos enfermeiros, é papel do enfermeiro ajudar a família e a criança, por forma a conseguirem viver com toda a dignidade um momento complexo como o fim de vida (Heleno, 2013).

Cuidar de uma criança numa situação de cuidados paliativos ou em fim de vida passa por promover a adaptação dos pais à morte e a situação do filho, diminuindo o *stress* e o *burnout* dos profissionais (Hinds, Schum, Baker & Wolfe,

2005). A forma como estes cuidados são prestados é influenciada pela cultura, religião e nível educacional da sociedade e da família, assim como da economia familiar, disponibilidade de cuidados e distância aos serviços (Hexem & Feudtner, 2012). Considerando todas estas variáveis, não existe a escolha correta, mas sim a escolha adequada a cada situação, devendo esta ser respeitada.

Foi nesta situação em que mais uma vez verifiquei a utilização do trabalho emocional por parte da enfermagem. Existem diversos exemplos da utilização das diversas categorias de intervenção do modelo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Diogo, 2017, 2018, 2019), que irei referir em seguida.

Um dos acontecimentos mais marcantes foi o dia em que a irmã de 3 anos foi conhecer o irmão. Isto envolveu não só o pai e a mãe, mas também a irmã de apenas 3 anos, bem como os avós paternos e maternos. Foi difícil de gerir todos os sentimentos envolvidos; esta foi uma decisão ponderada em equipa e foi realizada a pedido dos pais, após considerarem todas as hipóteses previamente explicadas pela equipa multidisciplinar; para além disto, os pais discutiram esta decisão com a própria equipa de enfermagem, pedindo ideias sobre o que dizer a irmã. Não é de todo uma situação que aconteça a nível da UCIN, dado que se torna difícil de contornar situações como a entubação orotraqueal. A irmã permaneceu sempre na companhia dos pais, tendo-lhe sido dito que o irmão estava numa nave espacial e que estava a dormir. A irmã trouxe um desenho que foi colado na unidade e foi permitido que esta permanecesse o tempo que os pais desejassem. Ao permitirmos aos pais tomarem a decisão de a irmã conhecer o bebé estamos a mostrar disponibilidade, e ao explicarmos e darmos sugestões sobre o que dizer a irmã estamos a facilitar a **gestão das emoções do cliente**. Para além disso, o desenho colado na unidade, permitiu **promover um ambiente seguro e afetuoso**.

Durante a prestação dos cuidados de higiene os pais foram sempre envolvidos, nomeadamente no momento da massagem. Para além disso, após o *términus* da hipotermia induzida, a mãe teve sempre a oportunidade de o pegar ao colo, contribuindo assim para a vinculação da díade. O momento da higiene era também utilizado para tentar compreender como a mãe se encontrava, sendo dado espaço para esta exprimir os seus sentimentos e tentar compreender se esta necessitava de algo. Isto foi difícil de atingir inicialmente, dado que esta mãe

exerce medicina na área dos cuidados paliativos, utilizando este facto como defesa, para o que estava a acontecer na sua vida. No entanto, ao envolvermos esta mãe nos cuidados, ao cumprimentarmos e ao utilizarmos uma expressão carinhosa para com o seu filho, ela foi ganhando confiança na equipa, o que levou a uma maior abertura desta, conforme descrito na categoria de intervenção **nutrir os cuidados com afeto**, permitindo posteriormente que através da crescente envolvimento nos cuidados, no encorajamento prestado por parte da equipa de enfermagem, na abertura e na disponibilidade para a ouvir e esclarecer, que fosse **facilitada a gestão das emoções do cliente**.

Sendo esta uma unidade fim de linha, onde diversas técnicas mais específicas, como a hipotermia, são realizadas os enfermeiros são confrontados com esta situação diversas vezes, sendo que durante a duração deste estágio, viram-se envolvidos em 3 casos semelhantes. Isto faz com que a equipa e cada um dos enfermeiros acabe por desenvolver as suas próprias estratégias para lidar com esta situação. São estratégias bastante díspares, em que alguns enfermeiros preferem evitar a situação, apesar de prestarem cuidados ao bebé. Enquanto outros estão abertos a ouvirem os pais sobre questões com as quais estes foram confrontados, nomeadamente a ordem de não reanimação. Para além disto, foi-me possível verificar que em dias importantes nomeadamente nos dias das reuniões multidisciplinares dos cuidados paliativos, este era um tema falado entre os enfermeiros, existindo pequenos grupos informais a meio da manhã. Desta forma estava-se a cumprir a última das categorias de intervenção nomeadamente a **regular a sua disposição emocional para cuidar**.

Perante esta situação e outras com que me deparei durante este estágio, procurei desenvolver competências de enfermeiro especialista competências de acordo com o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediatria (Regulamento n.º 422/2018, 2018) como a competência “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” nomeadamente a nível da unidade de competência “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”; foi igualmente desenvolvida a competência “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”, através do desenvolvimento das seguintes unidades de competência “E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de

enfermagem apropriados.” e “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crônica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.” Finalmente a nível das competências específicas do EESIP, considero que desenvolvi também a competência “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” através do desenvolvimento das unidades de competência “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” e “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2017). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321193769_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_proposta_de_um_Modelo_orientador_da_pratica [Emotional Labour of Paediatric Nursing a propose Model for practice guidance](https://www.researchgate.net/publication/321193769_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_proposta_de_um_Modelo_orientador_da_pratica)
- Diogo, P. (2018). Emotional Labour in Paediatric Nursing: a propose Model for practice guidance, BMC Health Services Research 2018, 18(Suppl 2):P8.
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.^a versão revista). doi: 10.13140/RG.2.2.16091.31528
- Heleno, S. (2013) Cuidados Paliativos em Pediatria Revista Evidências Abril pp.41 – 49
- Hexem K.R. & Feudtner C. (2012) A public health framework for pediatric palliative and hospice care. In: Cohen J, Deliens L, eds. A public health perspective on end of life care. 1^a ed. New York: Oxford University Press; pp.168–172.
- Hinds P.S., Schum L., Baker J.N. & Wolfe J. (2005) Key factors affecting dying children and their families. J Palliat Med;8(suppl 1):S–70.
- Organização Mundial de Saúde (s.d) Definition of palliative care. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.^a série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194.

**Apêndice XII - Reflexão Sobre As Práticas: Percepção dos Enfermeiros
sobre o acompanhamento da Família da Criança em Estado Crítico**

REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O ACOMPANHAMENTO DA FAMÍLIA DA CRIANÇA EM ESTADO CRÍTICO.

Esta reflexão sobre a prática emerge da experiência de enfermagem numa urgência de pediatria de um hospital central de Lisboa, que recebe casos de uma área que abrange do Algarve até a região de Santarém e Portalegre. Recebe ainda alguns casos vindos das regiões autónomas dos Açores e da Madeira, e também dos Países de língua oficial portuguesa (PALOP). É um hospital de referência a nível da neurocirurgia, doenças metabólicas entre outras. Este registo reflexivo teve por objetivo compreender as diferentes emoções envolvidas numa situação crítica, bem como identificar as estratégias já existentes e postas em prática pelos mesmos a nível do trabalho emocional com a família da criança em estado crítico.

A equipa de enfermagem é constituída por 24 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino. Para além disto existem na equipa 8 enfermeiros especialistas, 3 peritos ou mestres e 13 enfermeiros generalistas. É uma equipa jovem com uma média de idades de 27 anos e que trabalha no serviço em média há 4,7 anos.

Neste serviço é utilizada a filosofia dos cuidados centrados na família (CCF), que é um dos pilares dos cuidados pediátricos na atualidade, pelo que se reconhece que a família é uma constante na vida da criança, responsabilizando o enfermeiro pelo estabelecimento pela parceria inerente aos CCF, através do apoio, respeito, cooperação, negociação, capacitação e potencialização da família (Casey, 1995; Hockenberry & Barrera, 2014).

Assim, tornou-se necessário refletir sobre as práticas da equipa de enfermagem relativas ao acompanhamento da família da criança em estado crítico. Para tal, foram realizados registos de fragmentos das partilhas das experiências dos enfermeiros (20) obtidos nas passagens de turno e em momentos de discussão individual, sendo que não foram obtidas mais registos pois no período de deste estágio os restantes elementos se encontraram ausentes do serviço, quer por motivos de saúde quer por férias.

Após uma análise das experiências dos enfermeiros do serviço de urgência pediátrica conclui-se que a grande maioria dos enfermeiros aceita que

a família esteja presente em alguns dos procedimentos realizados havendo, no entanto, alguns enfermeiros que partilharam as suas experiências (5) que recusam a presença dos familiares.

Relativamente a presença de os familiares ser um direito da criança hospitalizada, conforme referido na Carta da Criança Hospitalizada, a grande maioria dos enfermeiros reconhece esse mesmo direito, afirmando que estes devem ser autorizados a estar durante os procedimentos.

Porém a quase totalidade da equipa, apesar de aceitar a presença da família, considera que esta pode interferir com os cuidados prestados durante um momento crítico.

Assim, é natural que os sentimentos mais referidos pelos enfermeiros relativamente a presença da família numa situação crítica sejam pressão (o estado emocional mais mencionado) seguido de desconforto e ansiedade. De referir ainda que expressaram empatia, refletindo assim a Escola do Cuidar que baseia e norteia a nossa profissão.

Relativamente aos sentimentos da família percebidos pelos enfermeiros, o medo e a impotência foram os mais referidos, seguidos pela angústia e ansiedade. Tal como referido no artigo

Relativamente aos sentimentos da família percebidos pelos enfermeiros o medo e a impotência foram os mais referidos, seguidos pela angústia e ansiedade, o que vai de encontro ao defendido por Engström, Dicksson & Contreras (2015) e Wei, Roscigno, Swanson, Black, Hudson-Barr & Hanson, (2016) nos estudos realizados por estes.

Os enfermeiros expressaram ainda as estratégias a nível da gestão emocional da família que mais frequentemente utilizam: informar a família do que está a acontecer dentro da sala de reanimação, permitir que a família expresse os seus sentimentos, proporcionar conforto e respeitar as manifestações culturais. Apesar de tudo verifica-se que a permanência da família no acompanhamento à criança, é sobretudo referida por parte dos enfermeiros especialistas/peritos.

Desta forma e olhando na generalidade para as respostas da equipa de enfermagem, podemos concluir que os enfermeiros respeitam e sabem que a presença da família é um direito, mas que perante a presença desta continuam a sentir-se pressionados e desconfortáveis, o que irá influenciar os cuidados

prestados. No entanto é possível ver que existe uma necessidade constante de informar a família e de permitir que a família expresse o que está a sentir, mesmo que tal seja realizado preferencialmente fora do local da reanimação.

Numa análise mais aprofundada da experiencia dos enfermeiros, e numa ótica guiada por Benner (2001), existe uma clara dicotomia entre os enfermeiros iniciados/iniciado avançado e o perito, sendo que a maioria dos peritos opta por permitir a permanência da família no local e informar a família dos procedimentos, enquanto que a nível do enfermeiro iniciado, apesar de referirem já a informação à família como algo a realizar, se nota ainda uma preferência por respostas como “focar os cuidados na técnica” e “pedir que a família saia do local”.

Referencias bibliográficas

Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto.

Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058-1062. DOI: 10.1111/j.13652648.1995.tb03105.

Engström, Å., Dicksson, E., & Contreras, P. (2015) The desire of parents to be involved and presente *Nurs Crit Care*. Nov;20(6):322-30. doi: 10.1111/nicc.12103.

Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspectivas de enfermagem pediátrica. In Hockenberry & Wilson (Eds). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. I, Cap.1, pp.1-20). Loures: Lusociência.

Wei, H., Roscigno, C. I., Swanson, K. M., Black, B. P., Hudson-Barr, D., & Hanson, C. C. (2016). Parents' experiences of having a child undergoing congenital heart surgery: An emotional rollercoaster from shocking to blessing. *Heart & Lung: The Journal Of Critical Care*, 45(2), 154–160. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.12.007>

Apêndice XIII – Guia Orientador das Práticas com a família da criança em
estado crítico



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

**GUIA ORIENTADOR DAS PRÁTICAS COM A FAMÍLIA DA CRIANÇA EM
ESTADO CRÍTICO**

Discente: Sandra Catarina Ferreira Domingues, nº 8954

**Sob orientação da Enf^a Alexandra Sousa e da Professora Doutora Paula
Diogo**

LISBOA

A pessoa em situação crítica é definida, como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 124/2011, 2011, p.8656). Perante esta situação a equipa de enfermagem foca-se em minimizar as situações de risco de vida, com a maior celeridade possível, restando pouco espaço para a participação da família e da criança, que muitas vezes se encontra sem resposta (Flores, 2016).

Quando a criança se encontra em estado crítico, a família experimenta diversas emoções negativas que são difíceis de gerir, nomeadamente falta de controlo, *stress*, ansiedade, medo, frustração, sentir-se incapaz (Engström, Dicksson & Contreras, 2015), sentimentos diretamente proporcionais ao estado perçecionado de gravidade da criança (Flores, 2016). O enfermeiro assume então papel de importância, pois a sua presença junto da família, mesmo que estes decidam não estarem presentes no local da reanimação, permite que a família seja informada amenizando ou aliviando desta forma as emoções que se encontram a experienciar.

As informações e apoio emocional devem ser oferecidos à família pelo enfermeiro de forma individual, através de uma relação terapêutica – envolvendo-a, ouvindo-a, focalizando a atenção e atuação nas necessidades da família, permitindo o desenvolvimento de mecanismos de *coping* face ao momento de crise que se encontram a experienciar (Pereira, 2012; Flores, 2016).

Esta avaliação precoce das necessidades da família vai melhorar a capacidade de adequação da família à este momento e consequentemente a disponibilidade da mesma para ajudar a criança (Hsiao, Redley, Hsiao, Lin, Han & Lin, 2017). Porém existem ainda lacunas a nível da prática, apesar de as equipas considerarem importante a presença e o apoio da família das crianças em estado crítico. Presença essa que está consagrada nos mais diversos contextos da prática de cuidados (Carta da Criança Hospitalizada, 2008; European Association for Children in Hospital - EACH, 2009).

Sendo este um serviço regido pelo modelo do cuidado centrado na família, torna-se necessário dar a possibilidade à família de decidirem se querem ou não permanecer junto da criança durante os procedimentos invasivos que implica a situação de reanimação, competindo ao enfermeiro esta avaliação das preferências familiares.

É necessário desenvolver então um conjunto de intervenções que visem melhorar o apoio à família da criança em estado crítico, por forma a trabalhar as emoções por ela sentidas nestes contextos e promover práticas, não só alicerçadas nos cuidados centrados na família, mas também a nível do trabalho emocional, permitindo assim o desenvolvimento de mecanismos de *coping* face ao momento de crise que se encontram a experienciar (Pereira, 2012; Flores, 2016), acalmando os medos e fazendo com que a família encare a ideia de estar doente – o trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Diogo, 2015).

Esta gestão emocional não só da família, mas também das próprias emoções do enfermeiro, permite e promove o bem-estar das partes envolvidas, facilita o autocontrolo e a emocionalidade, transformando sentimentos negativos numa experiência não perturbadora (Diogo, 2015, 2017).

Tendo em conta estes pressupostos, a intervenção do enfermeiro define-se pelo cuidar de forma holística, transmitindo calma e segurança, criando um ambiente afetivo e positivo, permitindo a expressão de emoções e sentimentos do cliente (positivos e negativos), para que este se sinta cuidado e confiante (Flores, 2016; Diogo, 2015).

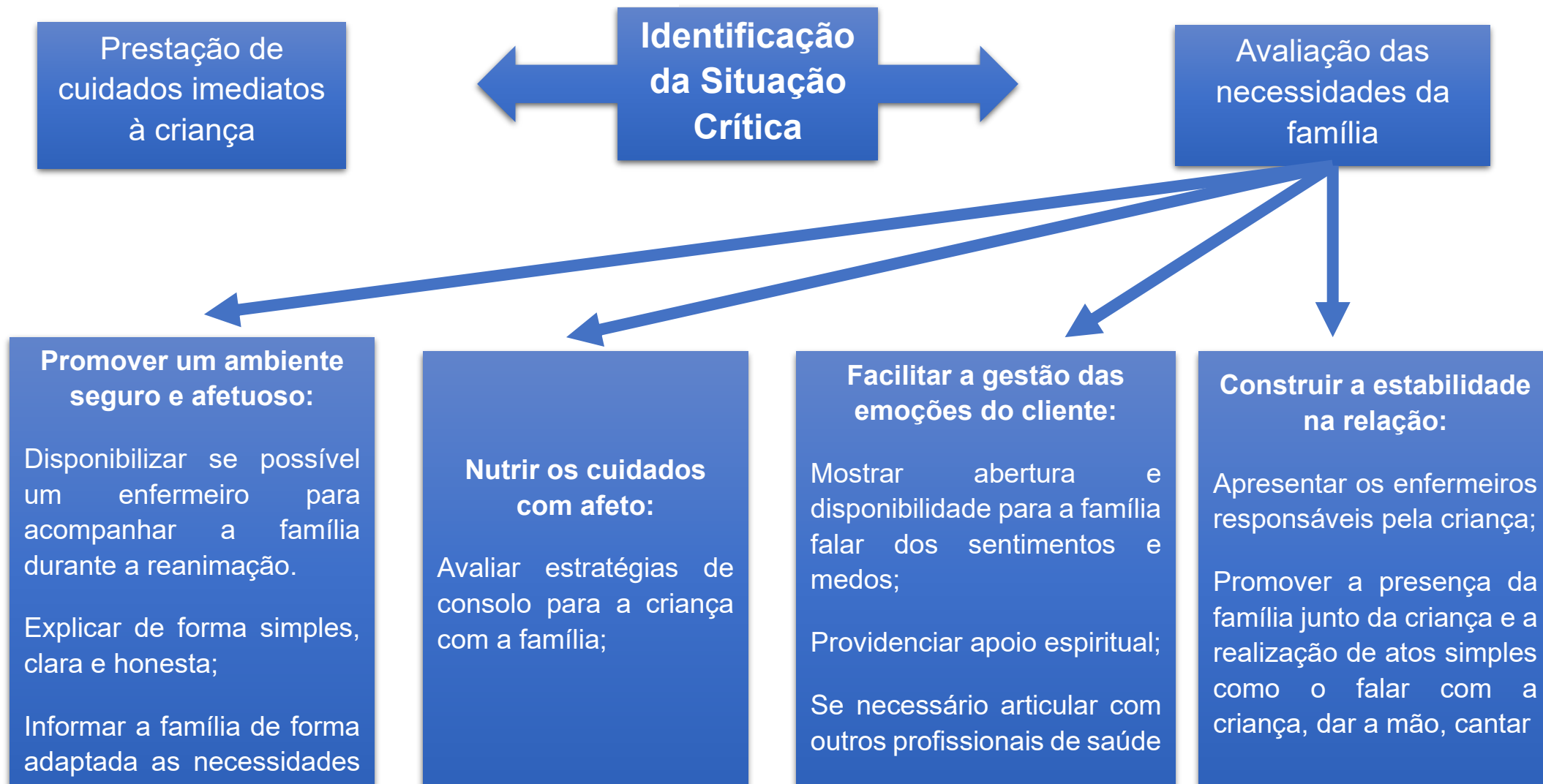
Para tal, o enfermeiro pode utilizar o modelo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Diogo, 2017, 2018, 2019), que se encontra alicerçado em 5 categorias, não dissociativas que se relacionam intimamente e de forma dinâmica:

- Promover um ambiente seguro e afetivo – o acolhimento, o cumprimento, a expressão do afeto ou a promoção do ambiente familiar;
- Nutrir os cuidados com afeto – o sorriso, o olhar meigo, o carinho, o colo, o substituir muitas vezes os pais cuidando como se fosse nosso;
- Facilitar a gestão das emoções dos clientes – referindo-se a postura calma e carinhosa, a disponibilidade, preparando para os procedimentos, esclarecendo dúvidas, envolver a família;
- Construir a estabilidade na relação – a gestão de episódios conflituosos e o permitir a função parental e uma tomada de decisão partilhada;

- Regular a sua disposição emocional para cuidar – através da análise de experiências, partilha da experiência emocional, do autoconhecimento do enfermeiro.

Desta forma, e considerando a evidência científica consultada, bem como a expressão de uma necessidade por parte da equipa de enfermagem, foram desenvolvidas um conjunto de intervenções à luz do modelo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica, por forma a direccionar e uniformizar os cuidados de enfermagem neste momento, que deram origem a um fluxograma e a uma norma que serão apresentados em seguida.

Fluxograma de intervenção aquando de uma situação crítica



Logotipo da instituição		DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma nº - Acolhimento e entrevista de colheita de dados à luz do modelo de TEEP			Aprovado em:
Elaborado por: Sandra Domingues	Revisto por:	Próxima Revisão:	Enfª Directora
Em: 2020/ 01		_____ / _____	

1. CONCEITO

O cuidar na sua essência caracteriza-se por uma partilha da experiência humana a nível emocional, estando presentes na relação enfermeiro-cliente as emoções e os sentimentos de ambos (Diogo, 2006).

O cliente de cuidados em enfermagem pediátrica engloba, inevitavelmente, a criança e a família. A família assume um papel de enorme relevância a nível dos cuidados de saúde, contribuindo para a saúde e bem-estar do cliente. Em enfermagem pediátrica este papel assume ainda maior importância dado que os problemas de saúde de um membro da família afetam o funcionamento da mesma (Pereira, 2012). O cuidar envolve, desta forma, não só, os procedimentos técnicos, mas também uma intervenção a nível da vivência emocional da criança e da família (Diogo, 2006), devendo ser satisfeitas todas as necessidades destas de uma forma holística. As intervenções e apoio emocional devem ser oferecidos à família pelo enfermeiro de forma individual, através de uma relação terapêutica – envolvendo-a, ouvindo-a, focalizando a atenção e atuação nas necessidades da família, permitindo o desenvolvimento de mecanismos de *coping* face ao momento de crise que se encontram a experienciar (Pereira, 2012; Flores, 2016).

Em contexto de urgência/emergência pediátrica são inúmeras as situações em que surgem crianças das mais distintas faixas etárias em situação crítica/emergente muitas vezes acompanhados pelos pais ou família.

A presença da família na prestação de cuidados de saúde nestes contextos é controverso, sendo que é solicitado o afastamento temporário da família a maioria das vezes. Este afastamento é justificado com a “defesa” da família, sendo esta impedida de acompanhar a criança num momento emocionalmente intenso e traumático, e com a facilitação da tomada de decisão

Logotipo da instituição		DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma nº - Acolhimento e entrevista de colheita de dados à luz do modelo de TEEP			Aprovado em:
Elaborado por: Sandra Domingues	Revisto por:	Próxima Revisão:	Enfª Directora
Em: 2020/ 01		_____ / _____	

por parte dos profissionais. Isto faz com que as famílias deixem de ser alvo dos cuidados por parte da equipa multidisciplinar, dado existir a necessidade extrema de recuperar as funções vitais do cliente de cuidados (Malta, Alves, Graça, Conde & Costa, 2015).

A situação de emergência é por si só um momento que envolve elevados níveis de *stress*, ansiedade, medo, revolta para a criança, família e para os profissionais de saúde (Flores, 2016; Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016), sendo que os profissionais estão também sujeitos às diversas solicitações inerentes às situações críticas e de urgência, pelo que lhes é pedido um esforço adicional para interagir com a família, devendo saber escolher a forma e o momento oportuno para se dirigir a ela, através da partilha de informação, favorecendo a criação de relações calorosas, personalizadas e de confiança, e ainda a gestão da emocionalidade vivida, com o objetivo de diminuir a ansiedade e o medo, encarando de forma mais positiva e adaptativa a ideia de estar doente - o trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Pereira, 2012; Diogo, 2015).

Para atender e promover a gestão das emoções da família durante o momento da reanimação o enfermeiro pode desenvolver a sua intervenção através do modelo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica - Modelo TEEP (Diogo, 2015, 2017, 2019) - que engloba 5 categorias de intervenção: 1) promover um ambiente seguro e afetuoso; 2) nutrir os cuidados com afeto; 3) facilitar a gestão das emoções do cliente; 4) construir a estabilidade na relação; 5) regular a sua disposição emocional para cuidar.

Logotipo da instituição		DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma nº - Acolhimento e entrevista de colheita de colheita de dados à luz do modelo de TEEP			Aprovado em: Enfª Directora
Elaborado por: Sandra Domingues Em: 2020/ 01	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	

2. OBJETIVO

Promover o bem-estar emocional da família num período de crise como o da reanimação.

Sistematizar e uniformizar as intervenções de enfermagem na realização do trabalho emocional com a família da criança em estado crítico.

3. RESPONSABILIDADE

Aplica-se a toda a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência de Pediatria.

4. ACTIVIDADES

Inicialmente o enfermeiro deve avaliar a vontade da família em estar presente no local da reanimação.

Se família presente no local da reanimação	
Ações de Enfermagem	Justificação
Disponibilizar, se possível, um enfermeiro especialista para acompanhar a família durante a reanimação (se não for possível, disponibilizar informação sobre qual o papel a ela reservado na sala de reanimação); Explicar de forma simples, clara e honesta; Orientar a família no ambiente envolvente – monitores, alarmes, procedimentos; Avaliar as necessidades de informação; Informar a família de forma adaptada as necessidades da mesma (doença, exames, tratamento, a forma de apoiar o filho); Numa fase mais estável: Avaliar estratégias de consolo para a criança com a família;	Acompanhar a família levando em conta as suas necessidades, envolvendo-a, focalizando a atenção e atuação a nível das necessidades desta, promovendo desta forma um ambiente seguro e afetuoso. Ao envolver a família nos cuidados prestados permitimos que se mantenha de certa forma a sua função; a família sente-se envolvida e ao verem a confiança nela depositada, ganham confiança nos profissionais, o que os vai tranquilizar, construindo assim a estabilidade na relação.

Promover a presença da família junto da criança e a realização de atos simples como o falar com a criança, dar a mão, cantar; No pós reanimação: Apresentar o(s) enfermeiro(s) responsável(is) pela criança; Mostrar abertura e disponibilidade para a família falar dos sentimentos e medos; Disponibilizar ajuda na vivência da morte e luto. Se a família desejar, providenciar apoio espiritual; Avaliar outras necessidades da família e se necessário articular com outros profissionais de saúde (assistente social, psicólogo). Elaborar os registos de enfermagem necessários, referindo aspetos importantes que ocorreram durante a reanimação, partilhando os mesmos durante a passagem de turno ou numa reunião de <i>debriefing</i>.	Disponibilizar-se para ouvir, adotar uma postura calma e carinhosa, preparar e explicar o que se irá realizar potencia o auto controlo emocional e facilita a gestão das emoções do cliente, permitindo transformar a experiência negativa em positiva. Assegura a continuidade dos cuidados, permite a partilha com os colegas e análise das situação de cuidados, possibilitando a regulação emocional do enfermeiro para cuidar.
---	---

Se família não presente na sala de reanimação

Ações de Enfermagem	Justificação
Disponibilizar se possível um enfermeiro para acompanhar a família durante a reanimação. Explicar de forma simples, clara e honesta; Avaliar as necessidades de informação; Informar a família de forma adaptada as necessidades da mesma (doença, exames, tratamento, a forma de apoiar o filho); Numa fase mais estável: Avaliar estratégias de consolo para a criança com a família; Promover a presença da família junto da criança e a realização de atos simples como o falar com a criança, dar a mão, cantar; No pós reanimação: Apresentar o(s) enfermeiro(s) responsável(is) pela criança; Mostrar abertura e disponibilidade para a família falar dos sentimentos e medos;	A família deverá ser informada de forma regular no tempo, sendo explicado dentro das necessidades desta, de forma clara e simples os procedimentos que estão a ser realizados e qual a evolução do quadro, focalizando a atenção e atuação a nível das necessidades desta, promovendo desta forma um ambiente seguro e afetuoso. Ao brincar com a criança, ao falar de forma carinhosa, ao adotar as estratégias de conforto enumeradas pela família, estamos a nutrir os cuidados com afeto, estamos a permitir uma maior confiança dos pais nos profissionais. Ao envolver os pais nos cuidados prestados estamos a permitir que a função parental se mantenha em certa medida, estes se sintam envolvidos e que ao verem a confiança neles depositada, ganhem confiança nos profissionais, o que os vai tranquilizar, construindo assim a estabilidade na relação. Disponibilizar-se para ouvir, adotar uma postura calma e carinhosa, preparar e explicar o que se

Disponibilizar ajuda na vivência da morte e luto. Se a família desejar, providenciar apoio espiritual; Avaliar outras necessidades da família e se necessário articular com outros profissionais de saúde (assistente social, psicólogo). Elaborar os registos de enfermagem necessários, referindo aspetos importantes que ocorreram durante a reanimação, partilhando os mesmos durante a passagem de turno ou numa reunião de <i>debriefing</i>.	irá realizar potencia o auto controlo emocional e facilita a gestão das emoções do cliente, permitindo transformar a experiência negativa em positiva. Assegura a continuidade dos cuidados, permite a partilha com os colegas e análise das situação de cuidados, possibilitando a regulação emocional do enfermeiro para cuidar.
---	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2006). A vida emocional do enfermeiro: uma hipótese explicativa do processo emotivo-vivencial na prática de cuidados. Coimbra: Formasau
- Diogo, P. (2015) Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-75-2
- 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.
- Diogo, P. (2017) Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática. DOI: 10.13140/RG.2.2.36481.9712
- Diogo, P. (2018). Emotional Labour in Paediatric Nursing: a propose Model for practice guidance, *BMC Health Services Research* 2018, 18(Suppl 2):P8. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3444-8>
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.^a versão revista). doi: 10.13140/RG.2.2.16091.31528
- Engström, Å., Dicksson, E., & Contreras, P. (2015) The desire of parents to be involved and presente *Nurs Crit Care*. Nov;20(6):322-30. doi: 10.1111/nicc.12103.
- European Association for Children in Hospital – EACH (2009). Carta da Criança Hospitalizada (Anotações). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Flores, C. (2016) Cuidar da criança e da família em situação emergente - a gestão da emocionalidade enquanto intervenção terapêutica de enfermagem. Dissertação de mestrado – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Hsiao, P. R., Redley, B., Hsiao, Y.C., Lin, C.C., Han, C.Y. & Lin, H. R. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *Int Emerg Nurs*, 30, 3-8. DOI: 10.1016/j.ienj.2016.05.002.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). Carta da Criança Hospitalizada. 4^a Edição. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Malta, H., Alves, N., Graça, P., Conde, T. & Costa, T. (2015) A Presença da Família Durante a Reanimação do Doente no Pré-Hospitalar e na Sala de Emergência: Uma Revisão Integrativa. *Interações: Sociedade e as novas modernidades* (29). pp. 74-96
- Pereira, C. (2012) A relação de cuidados na Unidade de Urgência Pediátrica: gestão recíproca das emoções e da informação. Dissertação de mestrado – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Regulamento n.º 124/2011 (2011). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.^a série (N.º 35 de 18-02-2011), 8656 – 8657.

Apêndice XIV – Poster “A Entrevista de Colheita de Dados no Acolhimento à Luz do Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica” apresentado nas 2.^{as} Jornadas Emoções em Saúde



2ª Jornadas Emoções em Saúde Emoções, Afeto e Promoção da Saúde

A ENTREVISTA DE COLHEITA DE DADOS NO ACOLHIMENTO À LUZ DO MODELO DO TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

SANDRA DOMINGUES. URGÊNCIA DE PEDIATRIA. CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, SANDRA.DOMINGUES989@GMAIL.COM

1. Introdução

- O cuidar caracteriza-se por uma partilha da experiência humana a nível emocional, estando presentes na relação enfermeiro-cliente as emoções e os sentimentos de ambos. O cliente de cuidados em enfermagem pediátrica engloba a criança e a família. A família assume um papel de enorme relevância a nível dos cuidados de saúde, contribuindo para a saúde e bem-estar do cliente, especialmente em pediatria (Pereira, 2012). Assim, cuidar envolve os procedimentos técnicos, mas também uma intervenção a nível da vivência emocional da díade (Diogo, 2006), devendo ser satisfeitas todas as necessidades desta na sua perspetiva holística. As intervenções de apoio emocional devem ser proporcionadas à família pelo enfermeiro de forma individual, através de uma relação terapêutica permitindo o desenvolvimento de mecanismos de *coping* face ao momento de crise que se encontram a experienciar - o internamento do filho (Pereira, 2012; Flores, 2016). O enfermeiro adquire um papel fundamental aquando da realização do acolhimento, pois contribui para que a díade se envolva, através da partilha de informação, criando relações personalizadas e de confiança, e a gestão da emocionalidade vivida. Ao ser cuidado por um enfermeiro que implementa intervenções no âmbito da gestão das emoções, a díade consegue atenuar a ansiedade e o medo encarando de forma mais positiva e adaptativa a ideia de estar doente – o trabalho emocional em enfermagem pediátrica (TEEP) (Almeida, 2016; Diogo, 2015, 2017, 2019).

2. Objetivo

- Contribuir para uma colheita de dados humanizada no momento do acolhimento, diminuindo o medo e ansiedade com recurso às ações/interações do trabalho emocional em enfermagem pediátrica.

3. Metodologia

- Utilizou-se uma metodologia exploratória da produção científica sobre o tema, realizando pesquisa nos motores de busca EBSCOhost com acesso às bases de dados CINAHL, MEDLINE e no Google Scholar e, ainda, no Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), conjugando-se com uma reflexão sobre a prática.

4. Resultados

- Elaboração de uma norma sobre a entrevista de colheita de dados realizada durante o acolhimento à luz do modelo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica, com dois momentos distintos, um no momento do acolhimento e outro nas primeiras 24 horas. As intervenções foram elaboradas e descritas no esquema em baixo.

Promover um ambiente seguro e afetuoso

Dirigir o acolhimento à criança e família como um todo, focalizando a atenção e atuação nas mesmas; Na colheita de dados deverão ser apurados dados sobre necessidades da criança, medicação habitual, experiências anteriores, e o modo desta se tranquilizar.

Nutrir os cuidados com afeto

Durante a entrevista falar de forma carinhosa, “tomar conta” da criança, brincando com ela, integrando-a, permite uma maior confiança dos pais nos profissionais

Facilitar a gestão das emoções dos clientes

Informar sobre os procedimentos a realizar e esclarecer dúvidas de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança, com uma postura calma e carinhosa

Construir a estabilidade na relação

Promover a parentalidade envolvendo e incentivando os pais na prestação de cuidados ao seu filho.

Regular a disposição emocional para Cuidar

Elaborar os registos de enfermagem necessários, referindo aspetos importantes resultantes da avaliação realizada durante a entrevista, partilhando os mesmos durante a passagem de turno se relevantes.

5. Conclusão

- O acolhimento da criança e família deve ser realizado nas primeiras 24h após a admissão, sendo que o enfermeiro deve valorizar e promover a gestão das emoções da díade durante este processo. A sua intervenção pode ser orientada pelo modelo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Diogo, 2015, 2017, 2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, S. (2016) Vivências emocionais da criança e família hospitalizados: Intervenções de enfermagem para um acolhimento humanizado. Dissertação de mestrado – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Diogo, P. (2006). A vida emocional do enfermeiro: uma hipótese explicativa do processo emotivo-vivencial na prática de cuidados. Coimbra: Formasau

Diogo, P. (2015) Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-75-2

Diogo, P. (2017) Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática. DOI: 10.13140/RG.2.2.36481.9712

Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.ª versão revista). doi: 10.13140/RG.2.2.16091.31528

Flores, C. (2016) Cuidar da criança e da família em situação emergente - a gestão da emocionalidade enquanto intervenção terapêutica de enfermagem. Dissertação de mestrado – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Pereira, C. (2012) A relação de cuidados na Unidade de Urgência Pediátrica: gestão recíproca das emoções e da informação. Dissertação de mestrado – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Apêndice XV - Resumo do Poster publicado no Livro de resumos das
2.^{as} Jornadas Emoções em Saúde

A entrevista de colheita de dados no Acolhimento à luz do modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Domingues, Sandra. Urgência de Pediatria. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte,
sandra.domingues989@gmail.com

Palavras Chave: Emoções, Enfermagem Pediátrica, Hospitalização, Acolhimento

Introdução: O cuidar caracteriza-se por uma partilha da experiência humana a nível emocional, estando presentes na relação enfermeiro-cliente as emoções e os sentimentos de ambos. O cliente de cuidados em enfermagem pediátrica engloba a criança e a família. A família assume um papel de enorme relevância a nível dos cuidados de saúde, contribuindo para a saúde e bem-estar do cliente, especialmente em pediatria (Pereira, 2012). Assim, cuidar envolve os procedimentos técnicos, mas também uma intervenção a nível da vivência emocional da díade (Diogo, 2006), devendo ser satisfeitas todas as necessidades desta na sua perspetiva holística. As intervenções de apoio emocional devem ser proporcionadas à família pelo enfermeiro de forma individual, através de uma relação terapêutica permitindo o desenvolvimento de mecanismos de *coping* face ao momento de crise que se encontram a experienciar - o internamento do filho (Pereira, 2012; Flores, 2016). O enfermeiro adquire um papel fundamental aquando da realização do acolhimento, pois contribui para que a díade se envolva, através da partilha de informação, criando relações personalizadas e de confiança, e a gestão da emocionalidade vivida. Ao ser cuidado por um enfermeiro que implementa intervenções no âmbito da gestão das emoções, a díade consegue atenuar a ansiedade e o medo encarando de forma mais positiva e adaptativa a ideia de estar doente – o trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Almeida, 2016; Diogo, 2019).

Objetivos: Contribuir para uma colheita de dados humanizada no momento do acolhimento, diminuindo o medo e ansiedade com recurso às ações/interações do trabalho emocional em enfermagem pediátrica.

Metodologia: Utilizou-se uma metodologia exploratória da produção científica sobre o tema, realizando pesquisa nos motores de busca EBSCOhost com acesso às bases de dados CINAHL, MEDLINE e no Google Scholar e, ainda, no Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), conjugando-se com uma reflexão sobre a prática.

Resultados: Elaboração de uma norma sobre a entrevista de colheita de dados realizada durante o acolhimento à luz do modelo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica.

Conclusões: O acolhimento da criança e família deve ser realizado nas primeiras 24h após a admissão, sendo que o enfermeiro deve valorizar e promover a gestão das emoções da díade durante este processo. A sua intervenção pode ser orientada pelo modelo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Diogo, 2019).

Referências Bibliográficas:

- Almeida, S. (2016) Vivências emocionais da criança e família hospitalizados: Intervenções de enfermagem para um acolhimento humanizado. Dissertação de mestrado – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Diogo, P. (2006). A vida emocional do enfermeiro: uma hipótese explicativa do processo emotivo-vivencial na prática de cuidados. Coimbra: Formasau
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.^a versão revista). doi: 10.13140/RG.2.2.16091.31528
- Flores, C. (2016) Cuidar da criança e da família em situação emergente - a gestão da emocionalidade enquanto intervenção terapêutica de enfermagem. Dissertação de mestrado – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Pereira, C. (2012) A relação de cuidados na Unidade de Urgência Pediátrica: gestão recíproca das emoções e da informação. Dissertação de mestrado – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa