

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Cuidados Paliativos Pediátricos:
O Trabalho Emocional no Cuidar em Enfermagem

Marta André das Neves

Lisboa

2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Cuidados Paliativos Pediátricos:
O Trabalho Emocional no Cuidar em Enfermagem

Marta André das Neves

Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

2017



Numa era de domínio técnico-racional nos cuidados o trabalho emocional em enfermagem torna-se mais vital do que nunca; a própria tecnologia pelas suas características requer um trabalho emocional que se direciona tanto para profissionais como para clientes dos cuidados de saúde (...)

Pam Smith

LISTA DE ABREVIATURA E/OU SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACT – Association for children with life-threatening or terminal conditions and their families

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CCF – Cuidados Centrados na Família

CHA – Centro Hospitalar do Algarve

CP – Cuidados Paliativos

CPP – Cuidados Paliativos Pediátricos

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EAPC – European Association for Palliative Care

EE- Enfermeiro Especialista

EEESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

GASMI – Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil

NIDCAP – Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém Nascido

SNIPI – Sistema de Intervenção Precoce na Infância

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

RESUMO

Cuidar de crianças, especialmente quando elas estão a sofrer, é suscetível de envolver uma significativa quantidade de trabalho emocional (Smith, 2012; Diogo, 2015). Os profissionais de saúde são, na atualidade, incentivados a regular as suas próprias emoções para conseguirem compreender eficientemente as emoções negativas das pessoas que cuidam. A atenção para com o trabalho emocional em Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) reveste-se de componentes com um elevado grau de complexidade, pois a situação vivida afeta a criança e a família física e emocionalmente, podendo desequilibrar todo o sistema familiar. No entanto, também os enfermeiros podem viver situações de cuidados emocionalmente intensas, o que leva a que se questione a sua tomada de consciência e intencionalidade nas interações estabelecidas. Assim, do problema identificado - A emocionalidade vivenciada pelos Enfermeiros que cuidam de crianças e famílias com necessidades paliativas – emergiu como objeto de estudo o trabalho emocional no cuidar em enfermagem pediátrica. De facto, já não se defende uma neutralidade emocional na prática de cuidados de Enfermagem, o que justifica a mobilização da Teoria do Cuidado Humano de Watson como conceção teórica orientadora e integrada numa Filosofia de Cuidados Centrados na Família.

Face ao exposto, a elaboração deste relatório teve como finalidade descrever, analisar e consolidar as experiências de aprendizagem que ocorreram no percurso formativo experiencial, com vista, através da reflexão, à acomodação de conhecimentos inerentes ao EESCJ no que concerne ao trabalho emocional desempenhado pelos enfermeiros em diferentes contextos de cuidados pediátricos. A metodologia utilizada foi a Aprendizagem Experiencial, que reconhece os contributos da experiência para o desenvolvimento profissional. Para a reflexão da e sobre a prática recorreu-se a uma reflexão estruturada segundo o ciclo reflexivo de Gibbs.

Foram desenvolvidas diversas atividades destacando-se: a identificação das necessidades emocionais do cliente pediátrico; análise de práticas para explorar a dimensão emocional dos cuidados, promoção de momentos de reflexão de situações de cuidados emocionalmente intensos, implementação do brincar terapêutico e sessões formativas sobre CPP. Em suma, cuidar em contexto paliativo exige a conjugação de saberes teóricos e formais, e ainda de competências afetivas, por isso perspetiva-se o Cuidar como um processo relacional que obriga à perceção da experiência humana no processo saúde-doença (Diogo, 2015), promovendo, assim, uma prestação de cuidados de nível avançado.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Enfermagem Pediátrica; Emoções; Assistência Terminal; Humanização da Assistência.

ABSTRACT

Caring for children, especially when they are suffering, is likely to involve a significant amount of emotional work (Diogo, 2015). Health care professionals are now encouraged to regulate their own emotions to effectively understand the negative emotions of the people they care for. Attention to emotional work in Pediatric Palliative Care is related to components with a high degree of complexity, as the situation affects the child and family physically and emotionally unbalancing the entire family system. However, nurses can also experience emotionally intense caring situations, which lead them to question their awareness and intentionality on established interactions. As the problem is identified - The emotionality experienced by nurses who care for children and families with palliative needs- an object of study of care in pediatric nursing emerges. In fact, emotional neutrality is no longer advocated in the practice of nursing care, which justifies the mobilization of Watson's Human Caring Theory as a theoretical guiding concept and integrated in a Philosophy of Family-Centered Care.

In view of the above, the purpose of this report was to describe, analyze and consolidate the learning experiences that took place in the experiential training course, with a view, through reflection, to the accommodation of knowledge inherent to the specialist nurse regarding the emotional work performed by professionals in different contexts of pediatric care. The methodology was Experiential Learning, which recognizes the contributions of experience to professional development. For the reflection of and on the practice, the structured reflection according to the Reflective Cycle of Gibbs was resorted to.

A number of activities were developed: the identification of the emotional needs of the pediatric client; analysis of practices to explore the emotional dimension of care; promotion of reflective moments of emotionally intense care; implementation of therapeutic playing and formative sessions related to the Pediatric Palliative Care. In short, caring in a palliative context requires a combination of theoretical and formal knowledge and affective competences, so, care is taken as a relational process that forces the perception of human experience in the health-disease process (Diogo, 2015), promoting, this way, a high level of care.

Keywords: Palliative Care; Pediatric Nursing; Emotions; Terminal Care; Humanization of Assistance.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
1.1. Cuidados Paliativos Pediátricos	13
1.2. A Criança e a Família com Necessidades Paliativas	17
1.3. Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: Uma Dimensão do Cuidar	19
1.4. Mapa Conceptual	23
2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO	25
3. METODOLOGIA	27
4. OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	29
4.1. Cuidados de Saúde Primários: Unidade de Cuidados na Comunidade	30
4.2. Serviço de Urgência Pediátrica	35
4.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos	43
4.4. Serviço de Internamento de Pediatria Médica	47
4.5. Serviço de Internamento de Pediatria	50
5. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	55
6. PROJETOS FUTUROS	58
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
APÊNDICES	
Apêndice I – Guia Orientador das Atividades de Estágio	
Apêndice II – Diários de Campo	
Apêndice III – Registos Reflexivos	
Apêndice IV – Sessão de Educação para a Saúde: Cuidados de Saúde Primários	
Apêndice V – Sessões Formativas	

Apêndice VI- Guia de Acolhimento da Criança e Família: Urgência de
Pediatria

Apêndice VII – *Kit da Esperança*: Cartões Celebração e Diário de
Conquistas

Apêndice VIII – Sessão de Análise das Práticas

Apêndice IX – Brinquedo Terapêutico

Índice de Figuras

Figura 1. Cuidados Paliativos Pediátricos: O Trabalho Emocional no Cuidar em Enfermagem – Mapa Conceptual

24

INTRODUÇÃO

No âmbito do 6.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, inscreve-se a elaboração deste Relatório de estágio, que constitui o culminar do percurso formativo e que visa contribuir para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família. Desta forma, a Ordem dos Enfermeiros distingue as competências dos enfermeiros generalista e especialista, defendendo que o desempenho do enfermeiro especialista deve espelhar uma prestação de cuidados de nível avançado, devendo para tal ser desenvolvida uma capacidade reflexiva que conduza ao cuidado de excelência (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Face ao exposto, o presente Relatório tem como alicerce fundamental o Modelo de Aprendizagem Reflexiva de modo a contribuir para o desenvolvimento da prática reflexiva e consequentemente, da prática da Enfermagem Avançada (Benner, 2001). É de notar que a experiência assume um papel importante para o desenvolvimento de conhecimentos e competências, aspeto que é realçado pela Teoria da Aprendizagem Experiencial. Pimentel (2007), ao citar Kolb (1984), defende que os contributos da experiência são imprescindíveis para o desenvolvimento profissional, através de um ciclo de experiência concreta, observação reflexiva, conceptualização abstrata e experiência ativa.

A problemática identificada, que esteve na origem deste processo de aprendizagem, emergiu da prática clínica. Numa perspetiva pessoal surgiram frequentemente questões e ambivalências relacionadas com “a emocionalidade vivenciada pelos Enfermeiros que cuidam de crianças e famílias com necessidades paliativas”, que nem sempre é valorizada mas que constitui um desafio emocional para os sujeitos envolvidos. Desta forma, emergiu como objeto de estudo “o trabalho emocional no cuidar em enfermagem pediátrica”, que é crucial no Cuidar implicando reciprocidade e o uso do próprio *self* (Watson, 2002). De facto, já não se defende uma neutralidade emocional na prática de cuidados de Enfermagem, o que justifica a mobilização da Teoria do Cuidado Humano de Watson como conceção teórica orientadora e integrada numa Filosofia de Cuidados Centrados na Família.

O mundo desenvolvido tem assistido a uma redução significativa da taxa de mortalidade infantil, e a um aumento da prevalência de doenças incuráveis e incapacitantes em pessoas com necessidade de cuidados paliativos complexos (EAPC, 2009). Quando o cliente dos cuidados é uma criança e sua família defende-se que cuidar constitui, não só um compromisso, mas um verdadeiro desafio para os enfermeiros. Para além da preparação técnico-científica e da habilidade em estabelecer uma relação terapêutica com a criança e família, torna-se necessário algo mais próximo, presente e cuidativo. Os enfermeiros

precisam igualmente de direcionar o seu foco de atenção para as necessidades da família, enquadrando a criança nesse mesmo ambiente familiar, e ampliando o seu olhar para a comunidade na qual esse sistema familiar se encontra inserido (Hockenberry & Wilson, 2014). A criança é um membro essencial da unidade familiar e os cuidados de enfermagem são mais eficazes quando prestados com a convicção de que a família é parte integrante do processo de cuidados, aspeto essencial no âmbito dos Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP). Quanto à utilização do termo “criança” ou “crianças”, refere-se à pessoa com 18 anos de idade menos um dia (o que está preconizado enquanto idade pediátrica).

A vivência de um processo de doença pela criança que exige cuidados paliativos produz um forte impacto em toda a estrutura e dinâmica familiar, desde a esfera física, económica, espiritual, social e emocional. Inesperadamente, são “destruídos” os planos, os sonhos e as expectativas de todos os que são família da criança (Alves, 2011). Deste modo, torna-se impreterível que no contexto de cuidados à criança e família, quer em situação hospitalar, quer no âmbito da saúde comunitária, seja perspectivada a dimensão emocional dos mesmos. Os profissionais de saúde devem aprender a lidar com as suas emoções, para assim estarem melhor apetrechados a desenvolverem “cuidados centrados no relacionamento” (Goleman, 2002). Watson (2005) enfatiza esta ideia ao referir que a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente às emoções humanas.

Em termos sociais e clínicos, os Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) ainda são encarados como um desafio por diversos motivos, nomeadamente, pelo facto de, socialmente, não se esperar que a criança morra devido a uma doença que não permitiu a cura, e pelo facto de alguns profissionais de saúde ainda encararem a morte da criança como uma derrota clínica, o que leva a que, por um lado, se insista na continuidade de tratamentos com intenção curativa quando estes já não são adequados e, por outro, se inicie tardiamente a atenção paliativa à criança e à família (ChIPPS, 1990, cit. por Arrambide, Proc, Miravete, Pérez-Yarza, & Caro, 2004). Nesta área da saúde, Portugal é considerado o país menos desenvolvido da Europa Ocidental, pelo que é urgente sensibilizar e formar profissionais, ao mesmo tempo que se desperta a consciência pública. A prestação de cuidados paliativos pediátricos ajustados implica um respeito particular pelos valores, desejos, expectativas e emoções da criança doente e da sua família, e uma atenção especial pelos sinais e sintomas da experiência de sofrimento. É de ressaltar que todos temos uma atitude paliativa individual, mas os cuidados paliativos só serão eficazes quando forem prestados por uma equipa multidisciplinar devidamente qualificada (Mendes, Silva & Santos, 2012).

O trabalho emocional em Enfermagem inscreve-se nas atuais orientações para a prática de cuidados de saúde, sustentadas no Cuidar, humanismo e holismo, que em contexto pediátrico assume contornos peculiares. A investigação sobre as emoções no

cuidar em enfermagem, tem vindo a revelar que o trabalho emocional é essencial nas interações terapêuticas, sendo uma dimensão da prática dos enfermeiros, para que consigam mostrar sensibilidade e compreensão pelo Outro, mas para, simultaneamente, aprenderem a lidar com a influência das emoções em si próprios (Diogo, 2006; Mercadier, 2004; Diogo, 2015), aspetos imprescindíveis aos CPP. Assim, enquanto enfermeira no percurso para a especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem pretendo, não só, adquirir competências para ser perita na intervenção de enfermagem à criança com necessidade paliativa e respetiva família com enfoque no trabalho emocional, mas sobretudo realizar formação à equipa de enfermagem, na qual estou inserida, de forma a promover as boas práticas de cuidados, numa área tão preocupante e emergente, e na qual podem aflorar as emoções mais extremas e perturbadoras.

O presente relatório surge, então, no seguimento destas constatações e tem como finalidade descrever e analisar as experiências de aprendizagem que ocorreram no percurso formativo experiencial, com vista, através da reflexão, à acomodação de conhecimentos inerentes ao EEESCJ no que concerne ao trabalho emocional desempenhado pelos enfermeiros em diferentes contextos de cuidados pediátricos. É neste sentido que tenciono desenvolver o presente relatório de estágio, recorrendo a uma metodologia descritivo-reflexiva sustentada em constructos teóricos e em evidência científica.

O presente relatório encontra-se estruturado em capítulos e respetivos subcapítulos: enquadramento conceptual que constitui o alicerce teórico da temática em estudo; problema e objeto de estudo, metodologia, objetivos e atividades desenvolvidas, competências adquiridas durante o percurso formativo e projetos futuros. As citações e referências bibliográficas apresentadas no documento estão de acordo com as normas da APA 6.^a edição.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O presente capítulo visa apresentar os fundamentos teóricos que nortearam a definição e desenvolvimento das atividades que foram realizadas em contexto de estágio. Surge como um capítulo de extrema importância, na medida em que se espera que os enfermeiros especialistas prestem cuidados de excelência, para o que é indispensável que a prática seja baseada na evidência, com o intuito de unificar a teoria e a prática. Assim, importa recorrer a conhecimentos teóricos, por forma a garantir uma prestação de cuidados de excelência sustentada através da investigação. Note-se que o enfermeiro especialista deve ser um elemento gerador de mudança, operacionalizando e incentivando a prática baseada na evidência, aspeto evidenciado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que preconiza, no âmbito das aprendizagens profissionais, que o enfermeiro “Baseia a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2011, p.8649).

Note-se que, para além da pesquisa se ter baseado na utilização de manuais considerados fundamentais no âmbito do objeto de estudo deste documento, foi realizada ainda, uma pesquisa bibliográfica moderadamente exaustiva, em motores de busca relevantes e respetivas bases de dados científicas: CINAHL; Cochrane Database of Systematic Reviews e Medline. Para realizar a pesquisa foram utilizados como descritores os seguintes: “*Palliative Care*”; “*Emotions*” e “*Paediatric Nursing*”. Posteriormente, a seleção dos artigos foi efetuada através da exclusão por título e por resumo, tendo sido analisados os artigos com interesse para a temática em estudo.

1.1. Cuidados Paliativos Pediátricos

Numa era da prática baseada na evidência e de cuidados de saúde conduzidos pelo conhecimento científico, os enfermeiros são constantemente desafiados a descobrir novas e melhores formas de prestar cuidados, baseados em conhecimento novo e evidências, obtidos através da investigação (OE, 2012). É na procura permanente pela excelência que procuro desenvolver o agir enquanto enfermeira, encarando a teoria como forma de sustentação da prática. É também no seguimento deste raciocínio que surge a necessidade de desenvolver conhecimento e competências sobre uma temática tão emergente como são os Cuidados Paliativos Pediátricos.

Definição, princípios e filosofia

Os Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) constituem um direito humano básico de recém-nascidos, crianças e jovens portadores de doenças crónicas complexas, limitantes da

qualidade e/ou esperança de vida, e suas famílias (Lacerda et al, 2013). Os CPP destinam-se ao binómio criança-família, pois o impacto e as necessidades de uma doença crónica complexa vão muito para além do controlo de sintomas, são cuidados afetivos, emocionais, sociais e económicos (Ibidem).

As doenças crónicas complexas são

qualquer situação médica para que seja razoável esperar uma duração de pelo menos 12 meses (exceto em caso de morte) e que atinja vários sistemas ou um órgão de forma suficientemente grave, requerendo cuidados pediátricos especializados e provavelmente algum períodos de internamento num centro médico terciário (Feudtner, Christakis, & Connell, 2000, p. 206)

Segundo a Association for children with life-threatening or terminal conditions and their families (ACT), os cuidados paliativos pediátricos constituem

(...) uma abordagem ativa e total ..., desde o diagnóstico ou reconhecimento da situação, durante toda a sua vida e para além da sua morte. Abrangem elementos físicos, emocionais, sociais e espirituais, focando-se na melhoria da qualidade de vida da criança/jovem e suporte à sua família. Incluem o controlo de sintomas, o proporcionar períodos de descanso aos cuidadores e acompanhamento na fase terminal e luto (ACT, 1997, p. 4).

No seguimento deste raciocínio sabe-se que as crianças com doença que exige cuidados paliativos apresentam, com frequência, condições clínicas, espirituais, emocionais e sociais complexas e multidimensionais (APCP, 2015). Assim, os Cuidados Paliativos Pediátricos são entendidos como os cuidados globais e ativos prestados à criança e à família, atendendo às suas necessidades físicas, psicológicas, cognitivas, espirituais e sociais, que se iniciam, idealmente, quando a doença é diagnosticada, e que devem ser prestados por uma equipa multidisciplinar de profissionais que seja capaz de atender a todas estas necessidades e de ativar as competências das famílias bem como os recursos disponíveis da comunidade, tal como o preconizado pela World Health Organization (2010). Portanto, não se trata tanto de valorizar a noção de fim de vida mas sim de apoiar a família no sentido de vivenciar este tipo de processo de doença da forma mais adaptada, digna e serena possível.

Os cuidados paliativos pediátricos são uma extensão da filosofia dos cuidados paliativos de adultos e têm como centro a criança e a sua família durante a doença com risco elevado de morrer antes de atingir a idade adulta, considerada potencialmente fatal (*life threatening*) ou limitante (*life limiting*). Surge então a necessidade de clarificar conceitos, sendo que a doença limitadora da vida pode ser definida como uma condição em que a morte prematura é frequente e a doença que ameaça a vida é aquela em que existe uma elevada probabilidade de morte prematura, devido a doença grave, podendo existir também a probabilidade de sobrevivência a longo prazo até à idade adulta (European Association for Palliative Care, 2007).

As crianças com doenças potencialmente fatais e limitadoras da vida exigem uma abordagem cultural e organizacional diferente no que diz respeito a uma mudança de paradigma, quando o objetivo da prestação de cuidados não se centra exclusivamente na cura/recuperação da doença mas sim em otimizar a qualidade de vida ao longo do curso da doença (EAPC, 2009). Os cuidados paliativos pediátricos têm como destinatários crianças que se encontram numa grande variedade de condições (Himmelstein, 2006). Dependendo do tipo de necessidades apresentadas pela criança e pela família, a atenção paliativa deverá ser diferenciada e, ao atentar no que é proposto pela European Association for Palliative Care (2007), verifica-se que as crianças que necessitam de cuidados paliativos podem ser consideradas segundo quatro grupos: situações em que o tratamento curativo ainda é possível mas onde existe também possibilidade de este falhar, como é o caso de algumas doenças oncológicas; situações em que a morte prematura é inevitável, podendo ser necessários longos períodos de tratamentos intensivos, em que o objetivo primordial é proporcionar qualidade de vida, permitindo um melhor ajustamento às atividades de vida diária; situações de doença progressiva sem perspetiva de tratamento curativo, onde o tratamento é exclusivamente paliativo; e situações de doença irreversível, sem possibilidade de tratamento curativo, portanto, mas não progressivas, como é o caso da paralisia cerebral profunda. O ACT propõe que se altere o foco da prestação de cuidados do tratamento curativo para o conforto, pela promoção dos aspetos positivos da vida, nomeadamente a família, as relações, reforçando o que os cuidadores e os pais ainda podem fazer pela criança ao nível da formulação de objetivos e desejos para a sua vida, e mantendo um controlo combativo dos sintomas ao mesmo tempo que se atenta nas necessidades espirituais e emocionais da criança e da sua família (Murphy & Price, 1995), assumindo o trabalho emocional um papel preponderante nos CPP.

Porém, apesar da similaridade de alguns dos princípios intrínsecos aos Cuidados Paliativos (CP) direcionados para os adultos, é de realçar as diferenças entre estes e os CPP, uma vez que a criança, apresenta especificidades únicas relacionadas com o desenvolvimento, maturidade biológica e emocional, e aspetos psicossociais (Mendes, Silva, & Santos, 2012, p. 218). Os CPP devem então ser prestados à família desde o momento do diagnóstico, quer nas situações em que a morte prematura é esperada, quer naquelas em que se assiste a uma incerteza entre a probabilidade de morte prematura devido à doença e a sobrevivência até à idade adulta. A coordenação e organização dos serviços é, assim, uma área fulcral em CPP, implicando que se perspetive a prestação deste tipo de cuidados desde o diagnóstico até ao fim do processo de doença, quer este termine com a cura da criança ou com o luto da família pela sua morte (Himmelstein, 2006). No seguimento deste raciocínio, a Academia Americana de Pediatria (AAP, 2000), desenvolveu princípios para a sua prática, sendo eles: 1) o respeito pela dignidade dos clientes e dos seus familiares ao

longo do processo de doença e luto; 2) o acesso de toda a população a cuidados competentes e dedicados, desde o diagnóstico e durante a doença independentemente dos resultados obtidos; 3) suporte e apoio para os membros da equipa multidisciplinar; 4) melhoria do suporte profissional e social; 5) melhoria contínua dos cuidados em resultado da pesquisa e educação.

Por sua vez, o grupo de trabalho pediátrico (IMPACT) da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) elaborou em 2007 as suas recomendações, de onde se destaca: *“Effective palliative care requires a broad multidisciplinary approach that includes the family and makes use of available community resources; it can be successfully implemented even if resources are limited”* (IMPACT, 2007, p. 109). A Organização Mundial de Saúde corrobora esta ideia ao referir que os CPP podem ser implementados com sucesso mesmo em contextos com recursos limitados, apresentando-se como um desafio de colaboração e organização. Assim, na última década, tem-se verificado uma expansão destes cuidados a nível mundial, fruto deste reconhecimento e da crescente evidência de impacto na melhoria da qualidade de vida das famílias e na racionalização de recursos (Friebert, 2012).

Cuidados Paliativos Pediátricos em Portugal

A nível nacional não é conhecida a prevalência exata de crianças com doenças crónicas complexas. Contudo, sabe-se que a prevalência destas doenças, sendo baixa, está a aumentar e a tornar-se uma causa de morte cada vez mais significativa, representando atualmente cerca de um terço das mortes no grupo etário dos 0 aos 17 anos (Lacerda, et al., 2013).

No entanto, as necessidades paliativas das crianças portuguesas com doenças crónicas complexas não estão satisfeitas nem são conhecidas, pelo que a implementação e desenvolvimento de cuidados paliativos pediátricos em Portugal devem ser uma prioridade do Ministério da saúde com o intuito de melhorar a qualidade de vida destas crianças e suas famílias, ao mesmo tempo que se racionaliza a gestão dos recursos existentes para obter a máxima eficácia (Ibidem). Segundo Lacerda, et al. (2013), estimam-se que existam em todo o território nacional cerca de 6000 crianças com necessidades paliativas, pelo que começa a tornar-se cada vez mais urgente trabalhar numa colaboração tripartida Pediatria-Cuidados Paliativos- Cuidados Primários, para que se encontrem soluções criativas, práticas, adaptadas à realidade nacional e que sirvam a todos, utilizando os recursos existentes de forma eficaz e eficiente e mantendo a qualidade.

Portugal é o país da Europa Ocidental mais atrasado na provisão de CPP (Knapp et al., 2011). Até Fevereiro de 2013, era o único país sem atividade reconhecida (nível 1) pela International Children's Palliative Care Network. Segundo Lacerda et al. (2013), em Março

de 2013 passou ao nível 2 (capacidade de iniciar atividades), sendo que todos os outros países da Europa Ocidental se encontram no nível 3 (provisão localizada) ou 4 (integração com os serviços de saúde). Assim, Portugal tem urgência em conhecer as necessidades paliativas das suas crianças e jovens e desenvolver serviços e profissionais que as apoiem e às suas famílias. Sabe-se que em Portugal não existem ainda serviços ou equipas especializadas em cuidados paliativos pediátricos (nível 3), existem apenas algumas equipas pediátricas com interesse especial em cuidados paliativos (nível 2) (Ibidem), pelo que é imprescindível que se invista cada vez mais nesta área.

1.2. A Criança e a Família com Necessidades Paliativas

A evolução da disciplina de enfermagem durante os últimos anos, fez com que o cuidar fosse entendido e reconhecido como a essência da profissão (Watson, 2005). Os cuidados de enfermagem em pediatria sofreram um grande progresso, sendo que inicialmente eram perspetivados exclusivamente em torno do corpo da criança doente e dos respetivos sistemas fisiologicamente afetados, e posteriormente foram-se desenvolvendo até atingirem a atual conceção de Cuidados Centrados na Família e onde a dimensão emocional do cuidar começa a assumir particular atenção por parte dos enfermeiros principalmente na área dos CPP. Segundo Watson (2005), a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente às emoções humanas. Nesta lógica, se o cuidado tem subjacente uma relação interpessoal e intersubjetiva, e se nesta relação está omnipresente a experiência das emoções, logo o cuidado é também um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos. Efetivamente, já não se defende uma neutralidade emocional na prática de cuidados de Enfermagem (Diogo, 2015). Por um lado Morse, Solberg, Neander, Bottorff e Johnson (1990) enaltecem o Cuidar como um afeto e por outro lado Swanson (1993), defende que Cuidar é estar com, é estar emocionalmente aberto para o Outro. Atualmente, em enfermagem, já não se pode falar em cuidar sem se falar de emoções, visto serem conceções intrinsecamente relacionadas.

A evidência tem vindo a apontar que no planeamento dos CPP deve atender-se às preferências da criança e família relativas por exemplo ao local onde gostariam de permanecer e a assumir os cuidados durante a doença até ao óbito (Lacerda *et al.*, 2013). Numa situação paliativa a prestação de cuidados e a morte em casa são muitas vezes a preferência das crianças e das famílias (Bluebond-Langner, Beecham, Candy, Langner, & Jones, 2013; Gomes, Sarmiento, Ferreira, & Higginson, 2013), pelo que é fundamental que o enfermeiro esteja emocionalmente desperto para as necessidades e desejos destas crianças e famílias.

A maior parte dos pais, e segundo o que tem vindo a ser descrito na literatura, quando confrontados com uma doença que ameaça e/ou limita a vida de um filho, vivenciam um

turbilhão de emoções e sentimentos, em parte relacionadas com a percepção de uma inversão da ordem natural dos acontecimentos: não é suposto que sejam os filhos a adoecer de forma severa e a vislumbrarem um fim de vida antecipado. Esta percepção comporta em si sentimentos de fracasso, de falha na sua missão enquanto pais, enquanto figuras protetoras (Arrambide, Proc, Miravete, Pérez-Yarza, & Caro, 2004). Os pais que enfrentam uma doença paliativa de um filho podem enfrentar um continuum de etapas relativamente à sua experiência emocional que se inicia com a revelação do diagnóstico, marcada por sentimentos de torpor, choque, descrença e negação; uma fase em que se experiencia uma saudade ansiosa pela normalidade que marcava as suas vidas antes do processo de doença, determinada frequentemente por comportamentos de procura ativa da normalidade e pela experiência de sentimentos como a culpa e a angústia, ao que se segue uma fase de desesperança, acompanhada por sentimentos de solidão, desamparo, depressão e ansiedade (Brown, 2007). O processo de adaptação à doença paliativa pediátrica implica a manifestação de respostas emocionais e mudanças comportamentais e do quotidiano, o que envolve, não raras vezes, a vivência de conflitos internos mas também com terceiros, nomeadamente, com o cônjuge e elementos da família alargada e da rede social. Durante o processo de doença, sobretudo na sua fase inicial e em situações de crise, a atenção parental é tendencialmente focada na criança doente, no seu acompanhamento aos tratamentos e durante os internamentos, o que pode conduzir à vivência de um sentimento de abandono e de desamparo pelos irmãos, nomeadamente quando o hospital dista do local onde a família reside. Numa outra vertente, a criança doente é, inserida na sua família, um conjunto de forças e vulnerabilidades e, naturalmente, as suas reações emocionais estão profundamente relacionadas com o desenvolvimento das reações emocionais dos pais (Alves, 2011). A literatura vem reforçando que as respostas emocionais e físicas da criança estão fortemente relacionadas com a forma como as suas famílias funcionam (Contro & Scofield, 2006). A idade e desenvolvimento global irão influenciar a forma como o processo de doença tem impacto na criança, nomeadamente ao nível da compreensão que irá ter sobre o que está a acontecer: crianças mais novas tenderão a entender a doença em termos mágicos, concretos e globais enquanto as crianças mais velhas e adolescentes irão entendê-la como algo que não está bem no seu corpo e que fatores externos e internos ao funcionamento corporal concorrem para a situação. Contudo, torna-se fundamental, distinguir entre o modo de lidar com a emoção expressa pela criança e família e o modo de criar contextos relacionais capazes de, terapêuticamente, gerir e prevenir a expressão dessas mesmas emoções (Diogo, 2006). Deste modo e de acordo com a evidência encontrada no estudo de Diogo (2015), os clientes mobilizam os seus recursos internos de autocontrolo e externos (*coping*) mas podem precisar de ajuda para encontrarem sentido para a experiência e deste modo atenuar a emocionalidade excessiva, funcionando os

enfermeiros como recurso em si neste processo de gestão de emoções enquanto intervenção terapêutica. Assim, os enfermeiros atuam na emocionalidade dos clientes com o intuito de a atenuar, sendo esta uma dimensão da prática de cuidados que se inscreve no ato de cuidar (Ibidem).

1.3. Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: Uma Dimensão do Cuidar

O Enfermeiro é um profissional, no entanto, não se pode deixar de mencionar que é também uma pessoa, caracterizada pela sua individualidade e unicidade. Numa atividade profissional, em que a relação interpessoal é uma componente imprescindível para a qualidade dos cuidados e que envolve sentimentos e emoções, o contato com o sofrimento das crianças, pais e seus familiares é por vezes, para o enfermeiro, fonte de sofrimento. O enfermeiro que apoia e cuida de crianças com doenças/condições que limitam a vida e respetivas famílias requer conhecimentos especializados. Este domínio pode ser uma das áreas emocionalmente mais desafiadoras da prática de enfermagem (Mauder, 2006).

O cuidar é então visto como um ideal, onde existe a máxima preocupação pela dignidade e preservação da humanidade e onde o processo simples e simultaneamente complexo de cuidar é o potencial ponto de partida para uma relação transpessoal. Para Watson (2002, p.114) a relação “transpessoal refere-se a uma relação intersubjetiva, de pessoa-para-pessoa, que inclua dois indivíduos num dado momento, mas transcende simultaneamente os dois (...) no seu âmago, o transpessoal reconhece que o poder do amor, fé, compaixão, cuidar comunidade e intenção, consciência e acesso a uma fonte de energia mais profundo/mais elevada, é tão importante para curar como são as nossas abordagens convencionais de tratamento”.

A evidência científica tem demonstrado ao longo do tempo a importância do trabalho emocional em enfermagem. Por um lado, Diogo (2015), ao referir-se a Sandgren *et al.* (2006), realça que os enfermeiros também vivem experiências emocionalmente intensas na relação com o cliente. Ao adotarem os valores do holismo, parceria e proximidade, imprescindíveis em enfermagem pediátrica, os enfermeiros pretendem conhecer o cliente enquanto pessoa, mas experienciam as respostas emocionais do seu sofrimento, e têm que lidar com tais emoções como parte do seu trabalho, tornando-se então indispensável a gestão das suas emoções para conseguirem cuidar (Diogo, 2012). McQueen (2004), defende que a gestão das emoções dos próprios enfermeiros é essencial nas interações bem sucedidas, para que os profissionais consigam mostrar compreensão e lidar com a influência dos sentimentos dos outros. Por outro lado, Smith (2012) corrobora esta ideia ao referir que os enfermeiros têm que gerir as emoções como parte do seu trabalho, que decorrem das situações problemáticas vividas pelos clientes, da relação de cuidados e das relações profissionais/institucionais. Watson (2002, p.115) atesta esta ideia, ao mencionar

que o envolvimento do enfermeiro na relação com o cliente exige também a gestão das suas emoções na interação, “usando toda a dimensão da pessoa como uma fonte no relacionamento profissional”. Especificamente, o envolvimento emocional do enfermeiro nos cuidados encontra referência no estudo de Morse et al. (2006), que estabeleceu níveis distintos sobre a empatia emocional e a resposta que as necessidades emocionais do cliente despoletam no enfermeiro, e como esta influencia a resposta emocional dos enfermeiros nos cuidados aos clientes.

Para conseguir ajudar o outro a gerir as suas emoções de espectro negativo e transformar positivamente os significados associados à experiência, os enfermeiros necessitam usar conscientemente as suas emoções – trabalho emocional segundo Pam Smith (2012). O conceito de trabalho emocional aplicado à enfermagem pediátrica é de extrema pertinência na medida em que “os enfermeiros atuam na emocionalidade dos clientes no sentido de a atenuar, sendo uma dimensão prática que se inscreve no ato de cuidar” (Diogo, 2015, p. 177).

O envolvimento do enfermeiro na relação com o cliente implica também a gestão das suas emoções na interação, “usando toda a dimensão da pessoa como uma fonte no relacionamento profissional” (Watson, 2002, p. 115). No estudo de Morse, Bottorff, Anderson, O'Brien, & Solberg (2006), há referência ao envolvimento emocional do enfermeiro nos cuidados, tendo estabelecido níveis distintos sobre a empatia emocional e a resposta que as necessidades emocionais do cliente despoletam no enfermeiro, e como esta influencia a resposta emocional dos enfermeiros nos cuidados aos clientes. Segundo Van Sant (2003), os enfermeiros devem usar estratégias que garantam a proximidade e a empatia emocional, mas que evitem ficar emocionalmente exaustos.

No seguimento deste raciocínio, Diogo (2006, p. 39) sugere que se deve encarar o cuidar como um

processo relacional contaminado por emoções e sentimentos (...) pois a experiência emocional está omnipresente em cada situação interaccional pelo que o enfermeiro reconhece que é um elemento activo na vivência relacional, mas ao mesmo tempo deve ser capaz de compreender a esfera emocional que está inscrita nas situações interaccionais da prática do cuidar, e assim reconhecer o sentido da experiência humana das emoções e dos sentimentos nos seus cuidados.

A EAPC (2009) enfatiza esta ideia, ao referir que o bem-estar físico, psicológico e espiritual do cuidador deve ser parte integrante da prestação de cuidados paliativos pediátricos. Segundo Diogo (2015), os enfermeiros devem, então, mobilizar estratégias que permitam regular a sua disposição emocional para cuidar, encontrando um equilíbrio entre a capacidade de presença, proximidade e envolvimento emocional e a capacidade de evitarem ficar emocionalmente esgotados. Ainda Diogo (2015), ao reportar-se a Mazhindu (2003), acrescenta que a proximidade e o envolvimento emocional no cuidar implica que os

enfermeiros passem a conhecer a pessoa que necessita dos seus cuidados, mas também absorvam uma sucessão de emoções de tonalidade negativa vividas pelo cliente que podem conduzir ao stress e *burnout* profissional, se estes não estiverem despertados para o seu trabalho emocional.

A investigação em enfermagem (Smith, 2012; Diogo, 2015) revela que este “trabalho” é uma dimensão (emocional) do cuidar tão importante como outras dimensões (técnica, ética, cultural, espiritual), e a sua clarificação e expressão é fundamental na humanização dos cuidados. Desta forma, Diogo (2012), ao reportar-se a Benner e Wrubel (1989), refere que a gestão das emoções em Enfermagem está ligada a um nível de experiência e perícia dos enfermeiros, e aqueles que são peritos tendem a envolver-se com os clientes e a dar uma grande relevância às emoções na sua prática. É então imperativo que um futuro enfermeiro especialista esteja sensibilizado e procure desenvolver e aperfeiçoar a sua competência emocional, sendo esta uma dimensão dos cuidados de Enfermagem. Assim, e referenciando Diogo (2015), os enfermeiros para além de se centrarem nas emoções dos clientes devem procurar gerir as suas concomitantemente. De facto, os enfermeiros procuram evitar os momentos disruptivos agindo antecipadamente, pois sabem precocemente quais as situações que têm um potencial elevado de conduzir a uma emocionalidade excessiva e, conseqüentemente, a um acréscimo de sofrimento (Diogo, 2015), sendo os CPP um exemplo disso.

Conceções Teóricas

O trabalho emocional é um processo pelo qual os enfermeiros conseguem regular as suas emoções, gerindo-as de uma forma saudável e adaptativa para cuidar da pessoa holisticamente. Assim como cuidar constitui o núcleo holístico do trabalho de enfermagem (Watson, 2005), o trabalho emocional reconhece a humanidade dos enfermeiros e o profissionalismo. Todavia, o conceito de trabalho emocional pode ser analisado como um aspeto humano dos enfermeiros concetualizado na teoria do cuidado de Watson (2005). Na verdade Vilelas (2013), ao reportar-se a Watson e Smith (2002), corrobora esta ideia ao argumentar que os cuidados de enfermagem são conceptualizados com base em teorias humanísticas, como a teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson, que enfatizam o envolvimento emocional necessário a um relacionamento humano, constituindo assim a sustentação teórica de eleição no presente relatório.

A saúde, na perspetiva de Watson (2002, p. 86), tem enfoque na “totalidade da natureza do individuo”, inscrito no Paradigma da Transformação dos cuidados de Enfermagem na atualidade. Deste modo, não podemos desvincular a experiência humana das emoções, única de cada cliente, a qual é também objeto dos cuidados de enfermagem. As intervenções terapêuticas, nas quais o trabalho emocional tem lugar, surgem como uma

ferramenta essencial no cuidado à criança e sua família, procurando transformar as experiências emocionalmente negativas ou intensas em vivências positivas e gratificantes para ambos os intervenientes. Desta forma, o cuidar é, igualmente, visto como um ideal, onde existe a máxima preocupação pela dignidade e preservação da humanidade e onde o processo simples e simultaneamente complexo de cuidar é o potencial ponto de partida para uma relação transpessoal. Para Watson (2002, p. 114) a relação

transpessoal refere-se a uma relação intersubjectiva, de pessoa-para-pessoa, que inclua dois indivíduos num dado momento, mas transcende simultaneamente os dois (...) no seu âmago, o transpessoal reconhece que o poder do amor, fé, compaixão, cuidar comunidade e intenção, consciência e acesso a uma fonte de energia mais profundo/mais elevada, é tão importante para curar como são as nossas abordagens convencionais de tratamento.

No seguimento deste raciocínio, é fundamental compreender que na maioria das vezes, o ambiente onde normalmente o profissional de enfermagem estabelece contacto, é totalmente alheio à criança e sua família, o que só por si constitui um fator de grande ansiedade que pode influenciar as reações emocionais da família, em resposta aos pedidos requeridos pelos enfermeiros (Hockenberry & Wilson, 2014). De forma a proporcionar condições favorecedoras a um desenvolvimento global da criança e conseqüente redução do impacto do diagnóstico de uma doença crónica complexa/limitante de vida no binómio criança/família, o EESCJ deve demonstrar a integração da filosofia dos Cuidados Centrados na Família, sustentada por Barrera e Hockenberry (2014, p.11), que "(...) reconhece a família como uma constante na vida da criança e que os sistemas de serviço e pessoal devem apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força e competência da família através do desenvolvimento de parcerias com os pais". Assim, o enfermeiro apoia a família nos seus papéis de prestação natural de cuidados e tomada de decisão, com base nos seus pontos fortes e reconhecendo a sua experiência em cuidar dos filhos, tanto dentro como fora do ambiente hospitalar e considera as necessidades de todos os membros da família em relação aos cuidados com a criança.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001) corrobora este conceito ao referir que

as intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam alterações de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde,

pelo que os CCF fazem todo o sentido, em qualquer área da prestação de cuidados, e ainda com mais evidência na área dos CPP.

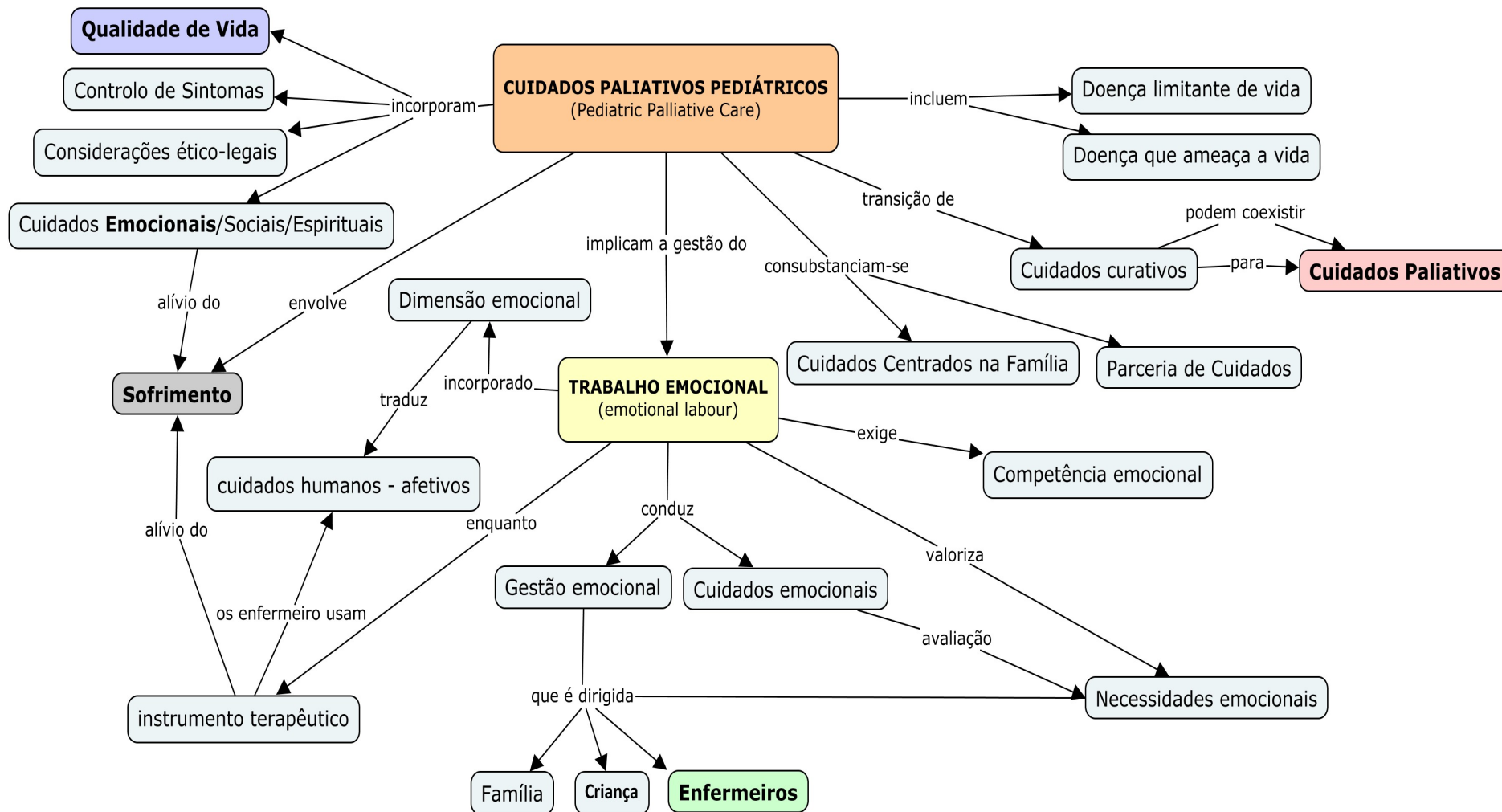
Independentemente do ambiente em que a criança se encontra, o cuidar da criança foi-se modificando ao longo dos tempos, sendo a parceria de cuidados fruto dessa evolução, sugerindo uma filosofia de cuidar em enfermagem pediátrica assente no pressuposto de que a família é o "alvo de cuidados" e que os cuidados devem ser organizados e centrados nas

necessidades familiares. Se ao profissional de enfermagem este modelo permite desenvolver a capacidade de escuta, comunicação e relação terapêutica, à família dá a possibilidade de autonomia, principalmente quando a mesma se depara com os obstáculos característicos do diagnóstico de uma doença crónica complexa nos filhos. É então condição indispensável promover o *empowerment* da família, para que esta esteja dotada de suporte físico, emocional e de capacidades técnicas e cognitivas de forma a desempenhar adequadamente o seu papel nos cuidados prestados. Assim, em CPP, já não faz sentido que a prática de enfermagem não tenha por base os cuidados centrados na família, nem a promoção da parceria de cuidados, tal como o Regulamento nº 123/2011 prevê: que por um lado, o EEESCJ “utilize um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” e por outro que “trabalhe em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, para promover o mais elevado estado de saúde possível.

1.4. Mapa Conceptual

O presente subcapítulo visa culminar a resenha previamente delineada, através da Figura 1, que representa o mapa conceptual que ilustra a relação existente entre os conceitos primordiais que norteiam este documento.

Figura 1.: Cuidados Paliativos Pediátricos: O Trabalho Emocional no Cuidar em Enfermagem – Mapa Conceptual



2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

A definição do problema bem como do objeto de estudo é fundamental para o delineamento de um percurso de aprendizagem. A temática que se pretende estudar enquadra-se no âmbito da dimensão emocional da enfermagem pediátrica. Na sociedade atual são vários os elementos que emergem e justificam a necessidade e a urgência (do reforço) de formação sobre cuidados paliativos pediátricos. No contexto atual dos serviços de saúde, hospitalares e na comunidade, observa-se a crescente incidência de doenças de evolução prolongada que, por vezes, conduzem à situação terminal de vida e ao sofrimento, em paralelo com a maior esperança de vida, que no seu conjunto aumentam em número significativo as crianças que necessitam de cuidados paliativos. A negação e dessocialização da morte em pediatria, visíveis na sociedade em geral, e nos serviços de saúde, em particular, em que obstinadamente se investe com objetivos curativos e se dedica menos tempo, atenção e cuidados aos que caminham inexoravelmente para a morte (APCP, 2006), constituem outra evidência dessa mesma necessidade. Deste modo e segundo Diogo (2012), é defendida a necessidade de tornar mais explícito o trabalho emocional que os enfermeiros desempenham na sua prática em diferentes contextos de cuidados, desenvolvendo o conceito por via da investigação e de uma prática reflexiva. Tornar o trabalho emocional mais explícito e mais visível proporciona aos enfermeiros melhores possibilidades de desenvolverem competências para lidar adequadamente com a pressão emocional, situações de stress e na mobilização de estratégias de trabalho emocional nos cuidados ao cliente (Diogo, 2012), principalmente em CPP. Assim, o **problema** identificado é “a emocionalidade vivenciada pelos Enfermeiros que cuidam de crianças e famílias com necessidades paliativas”, que nem sempre é valorizada mas que é problemático para os sujeitos envolvidos.

De acordo com Lacerda, et al. (2013), estima-se que existam 6000 crianças com necessidades paliativas em Portugal e que, muitas das crianças que morrem anualmente, não dispuseram de cuidados especializados que no fim da sua vida lhes aliviasse o sofrimento e a dor, reconhecendo-lhes dignidade e respeito, justificando-se assim a pertinência da problemática. Sabe-se que, por um lado, as famílias deveriam ter tido acesso aos apoios necessários para suportar o sofrimento e o luto antes e depois da morte dos seus filhos, facto que muitas vezes não se verifica e, por outro lado, que os enfermeiros estão conscientes das exigências do cuidar de outras pessoas (McCreight, 2005), mas não reconhecem as consequências pessoais e profissionais do seu trabalho emocional. Assim, tendo por base a necessidade de formação pessoal e da equipa no cuidar da criança/família com necessidades paliativas e gestão da emocionalidade, e que segundo Collière (2003) é essencial aprender a perceber emoções e sentimentos, tanto dos prestadores de cuidados

como das pessoas cuidadas, foi definido como **objeto de estudo** "o trabalho emocional no cuidar em enfermagem pediátrica".

3. METODOLOGIA

A concretização do percurso formativo teve por base uma metodologia de reflexão na e sobre a prática profundamente articulada com uma aprendizagem experiencial. Desta forma, a ação reflexiva implica uma consideração ativa, persistente e cuidadosa daquilo em que se acredita ou que se pratica, à luz dos argumentos que a justificam e das consequências a que conduz (Diogo, 2012). Neste seguimento, a reflexão é uma maneira de encarar e responder aos problemas (Dewey, 1933). Uma prática reflexiva conduz à (re)construção de saberes e tem por base a construção de uma circularidade em que a teoria ilumina a prática e a prática questiona a teoria. Isto pressupõe a apropriação dos saberes da experiência, através de um processo de ação e reflexão contínua (Kolb, 1984). Segundo Alarcão (2001), o valor formativo da experiência resulta da conceptualização e da reflexão sobre essa mesma experiência. Ou seja, a aprendizagem experiencial tem, normalmente, duas condições associadas: o contacto direto com a realidade e a capacidade de agir sobre a mesma. Assim, a prática, só por si, pode não ser motivadora de crescimento e desenvolvimento se não for associada à reflexão.

Como mencionado anteriormente, a dimensão reflexiva é de extrema importância para o processo de aprendizagem, pelo que neste âmbito, quanto à metodologia de reflexão na e sobre a prática, recorreu-se a um modelo de reflexão estruturada, nomeadamente o Ciclo de Gibbs. A opção por este modelo prendeu-se com o facto de o Ciclo de Gibbs permitir esquematizar e atribuir uma sequência lógica ao processo reflexivo. Consiste numa metodologia de reflexão sobre a ação, com o intuito de pensar acerca dos elementos que geraram determinada situação, por forma a alterar e desenvolver estratégias de ação (Alves, Dessunti & Oliveira, 2013).

Os aspetos metodológicos são fundamentais, bem como, os locais onde as experiências de estágio têm lugar. As experiências de estágio constituem-se como espaços de formação e reflexão, pois permitem o desenvolvimento de saberes profissionais, com a aquisição de conhecimento e valores específicos no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e família.

Assim, a seleção dos campos de estágio foi intencional, teve como alicerce a problemática de interesse e o benefício que trariam na aquisição/desenvolvimento de competências, e deteve uma lógica evolutiva, ou seja, inicialmente foi selecionado o contexto de Cuidados de Saúde Primários, por ser o local onde a promoção da saúde e prevenção da doença são as atividades primordiais, e em que a atuação contemplará a clarificação da temática dos CPP. Em seguida, o contexto de Urgência por ser o primeiro contacto que a criança/família têm com a possibilidade de hospitalização, e é por si só gerador de experiências emocionais intensas. Seguiram-se a Unidade de Cuidados

Intensivos Neonatais e o Internamento de Pediatria, que nesta lógica, são locais onde a criança pode ficar internada, e onde foi possível experienciar duas realidades distintas de CPP, e desenvolver competências ao nível do trabalho emocional. Esta experiência culminou no meu contexto de trabalho, uma unidade de Internamento de pediatria tal como definido no Cronograma de Estágio, que se encontra ilustrado no Guia Orientador das Atividades de Estágio (Apêndice I), e conforme o preconizado no Regulamento de Competências Específicas do EEESCJ (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)

Metodologicamente, pretendeu-se adquirir e aprimorar competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ), através da observação da prática de enfermagem, de enfermeiros especialistas e/ou peritos, e da equipa de enfermagem no geral, no cuidado a clientes do foro pediátrico e suas famílias em situação de cuidados paliativos e/ou de sofrimento extremo, e incorporar esses conhecimentos e competências através do processo reflexivo para posteriormente prestar cuidados de excelência.

4. OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O presente capítulo espelha as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, de forma cronológica, explicitando os objetivos definidos. Salieta-se que por motivos de organização optou-se por estruturar este capítulo por experiências de estágio, descrevendo-as e analisando-as separadamente, por forma a ilustrar o melhor possível a diversidade das atividades desenvolvidas e a sua crescente complexidade.

Note-se que a conceção de “cuidar” sugerida por Jean Watson e Collière constitui a principal orientação para a definição dos objetivos, assim como para a prossecução das competências específicas do EEESCJ (Ordem do Enfermeiros, 2010). É de realçar o quanto Jean Watson enaltece o “cuidar” em Enfermagem, ao assumir que este não é apenas uma atitude ou simples desejo; “ Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso (...) acções carinhosas e suas consequências” (Watson, 2002, p.55).

Segundo Benner (2001), só é possível tornarmo-nos peritos numa determinada área depois de a experienciarmos, mas concomitantemente tem que ser uma experiência assente na reflexão sobre a prática. Face ao exposto é de ressaltar a importância de mobilizar conhecimentos teóricos e refletir acerca dos cuidados prestados, como forma de melhorar a qualidade dos cuidados e contribuir para a dignificação da profissão.

Importa realçar a relevância de sustentar a prática na evidência científica, sugerindo a literatura que implemente a melhor evidência para que seja alcançada e melhor prática clínica (Craig & Smyth, 2004).

Ao longo deste percurso e com vista a otimizar as experiências de estágio, foi proposto pela Professora Orientadora, o desenvolvimento de um **Guia Orientador das Atividades de Estágio** (Apêndice I), para cada contexto, no qual constou: um breve enquadramento teórico, os objetivos previamente definidos e as respetivas atividades propostas, suportadas por evidência científica. A elaboração deste guia consistiu numa atividade comum a todos os contextos e ocorria sempre antes do início de cada experiência. No entanto, à medida que me ia inteirando das particularidades de cada contexto e após apresentação aos Enfermeiros Chefes e Enfermeiros Orientadores, o guia era sujeito a reformulações e adaptações.

Assim, é possível destacar diversas vantagens decorrentes desta proposta de trabalho. Por um lado, permitiu a exploração prévia de evidência científica específica para cada contexto de aprendizagem, possibilitando uma redefinição mais consistente dos objetivos e das respetivas atividades, cuja primeira versão foi formulada no âmbito da Unidade Curricular de Projeto de Estágio. Por outro lado, consubstanciou-se num instrumento extremamente útil e concreto para transmitir aos Enfermeiros Orientadores as expectativas,

objetivos e atividades planeadas para cada estágio. Desta forma, foi possível identificar precocemente eventuais fragilidades e barreiras mas também encontrar soluções.

Posto isto, destacam-se os seguintes objetivos gerais do estágio:

1) Desenvolver competências de EEESCJ para prestar cuidados especializados às crianças, jovens e famílias e em diferentes contextos de cuidados pediátricos;

2) Desenvolver competências de EEESCJ no âmbito do trabalho emocional em cuidados paliativos pediátricos.

Os subcapítulos que se seguem encontram-se organizados por contextos de cuidados onde foram realizados os estágios, nos quais estão subjacentes os objetivos gerais previamente delineados tais como os respetivos objetivos específicos.

4.1. Cuidados de Saúde Primários: Unidade De Cuidados Na Comunidade (UCC)

O primeiro contexto de estágio teve lugar na Unidade de Cuidados na Comunidade durante quatro semanas, entre 28 de Setembro e 25 de Outubro de 2015. A escolha deste centro de saúde relacionou-se sobretudo com a facilidade de acesso, recomendação de colegas e pelo facto de poder desenvolver as competências de EE com ênfase nas competências de EEESCJ preconizadas pela OE.

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) é uma das unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Algarve I Central que presta cuidados de saúde integrados, articulados, diferenciados e de proximidade à comunidade com autonomia técnica, em articulação interinstitucional e intersectorial. Tem como missão colaborar na melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, concorrendo assim de modo direto para o cumprimento da missão do ACES em que se integra.

Nesse âmbito, presta cuidados de saúde e apoio psicológico/social ao nível domiciliário e comunitário, principalmente às pessoas, famílias/grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco de dependência física e funcional ou patologia, que requeira cuidados de proximidade; intervém na educação para a saúde da comunidade; promove o desenvolvimento e integra redes de apoio à família; diligencia estratégias para garantir a continuidade e qualidade dos cuidados prestados e participa na formação de diversos grupos de profissionais nas fases: pré-graduada, pós-graduada e contínua. No âmbito da enfermagem pediátrica, destacam-se os seguintes programas/projetos de promoção, prevenção e proteção da saúde: consultas de saúde infantil, educação e preparação para o nascimento e parentalidade, visita domiciliária ao recém-nascido (RN), Saúde Escolar (Ajudar a crescer, primeiros socorros, alimentação, sexualidade), Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil (GASMI), Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI),

Semana do Bebê. Destaca-se ainda a Equipa de Cuidados Continuados Integrados e articulação com outras Unidades de Saúde Funcionais, nomeadamente a Unidades de Saúde Familiar e a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

A procura crescente de cuidados ao nível dos Cuidados de Saúde Primários está associada às mudanças demográficas e nas estruturas familiares, o que coloca a comunidade como um ambiente emergente para prestação de cuidados, justificando o investimento e desenvolvimento das equipas de cuidados primários para uma prestação de serviços abrangente e adequada ao perfil da população local (Neves, 2012). Sem esta condição as equipas não seriam capazes de responder às necessidades das pessoas e da comunidade, contudo a interdisciplinaridade é percebida como uma melhoria nos cuidados de saúde prestados ao utente e à população. O acesso precoce aos cuidados de saúde é essencial para maximizar as intervenções preventivas e gerir adequadamente as situações de cronicidade, sendo estes os âmbitos de intervenção em que a Enfermagem deve ser capitalizada (Neves, 2012).

Note-se assim, que os Cuidados de Saúde Primários (CSP) assumem um papel de enorme importância nos cuidados à criança com necessidades paliativas e respetivas famílias, nos novos problemas que daí advêm, os quais obrigam a uma procura incessante de respostas adequadas para estas novas necessidades (EAPC, 2009). São os serviços de saúde mais próximos das populações e têm por isso uma importante função de promoção e proteção da saúde e de prevenção da doença. Os cuidados domiciliários centrados na família são, não só o principal objetivo dos cuidados paliativos pediátricos, como também vão ao encontro do que a maioria das famílias desejam, e tem um impacto positivo na qualidade de vida da criança (Ibidem).

No que respeita ao referencial teórico que norteia a prática em contexto de Cuidados de Saúde Primários, a Ordem dos Enfermeiros preconiza a utilização do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, o qual consiste num modelo que considera o sistema familiar como unidade de cuidados. A sua operacionalização assenta nas etapas do Processo de Enfermagem, considerando o seu carácter dinâmico, flexível e interativo, procurando a satisfação das necessidades da família (Figueiredo, 2012).

Posto isto, a intervenção do enfermeiro de família centra-se na relação interpessoal que estabelece com os vários elementos da família, por forma a compreender as suas necessidades, com vista a dar uma resposta efetiva que permita a promoção da saúde e a prevenção da doença, com repercussões não só no bem-estar da população mas também no âmbito económico, uma vez que é mais dispendioso intervir quando a doença já está instalada (Cadete, s.d.). Desta forma, os Cuidados de Saúde Primários representam um desafio às competências dos enfermeiros, para desenvolverem programas integrados e parcerias como recursos para a saúde, e a equipa interdisciplinar uma oportunidade para

reforçar a contribuição da enfermagem enquanto grupo profissional capaz de influenciar e adequar cuidados de saúde (Neves, 2012). O enfermeiro em pediatria é responsável pela promoção da saúde e bem-estar da criança e família. Para tal, é necessário um plano de cuidados individualizado, o qual deve envolver uma avaliação minuciosa de todos os aspetos de crescimento e desenvolvimento da criança e caso sejam identificados problemas, o enfermeiro deve intervir diretamente ou encaminhar a família para outro profissional ou serviço de saúde. A melhor abordagem para a prevenção é a educação e a orientação antecipatória (Hockenberry & Barrera, 2014).

Relativamente à metodologia de trabalho, constatei a adoção preferencial do método de trabalho por enfermeiro responsável, pelo que cada cliente está sob a responsabilidade de um único enfermeiro, que promove a gestão de caso. Esta metodologia fomenta a prestação de cuidados humanizados e centrados na família. Na ausência do enfermeiro responsável, o cliente fica atribuído a um enfermeiro associado.

No âmbito do contexto de Cuidados de Saúde Primários defini como objetivos específicos de aprendizagem (Apêndice I):

- Desenvolver competências de EEESCJ no âmbito da maximização da saúde no cuidado à criança, ao jovem e sua família;
- Promover a educação para a saúde;
- Desenvolver estratégias de trabalho emocional em contexto de intervenção com a criança e família em situação de saúde;
- Enfatizar o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem no âmbito da gestão emocional na criança e família com necessidades paliativas.

Note-se que nos cuidados de saúde atuais surgem como palavras-chave a capacidade de adaptação, a flexibilidade, a autonomia e a criatividade, interligadas à complexidade imposta pelas mutações populacionais e padrões de morbilidade. As novas tecnologias em uso na saúde, a globalização da informação e o incentivo ao auto cuidado e autorresponsabilidade pela saúde, orientam cada vez mais para uma ajuda qualificada pelo que as políticas de saúde atuais colocam desafios para a mudança de paradigma na prestação de cuidados de saúde (Neves, 2012). Esta é uma oportunidade que a Enfermagem deve aproveitar, emergindo como grupo profissional privilegiado para redesenhar cuidados inovadores, capazes de gerir os problemas de saúde da população de forma mais eficaz e de acordo com a situação local e os recursos disponíveis (Swiadek, 2009; ICN, 2010).

Assim, saliento que o estágio neste contexto foi muito enriquecedor, por ter permitido prestar cuidados a crianças saudáveis e poder contribuir para que o seu percurso desenvolvimental fosse o mais harmonioso possível, tendo sempre como foco a aposta na prevenção. O facto de trabalhar em contexto hospitalar tornou esta experiência num

verdadeiro desafio de aprendizagem e reflexão contínua. Os Cuidados de Saúde Primários têm um papel primordial, pois fazem parte da vida da comunidade e estão envolvidos na sua dinâmica quotidiana permitindo ao enfermeiro observar a relação entre a criança e a família, bem como os progressos no desenvolvimento psicomotor da criança.

Relativamente à atividade de **aplicação de Escalas de Desenvolvimento** (*Mary Sheridan* modificada e *Growing Skills*), considero que teve o intuito de desenvolver competências práticas, para além de ser um instrumento mediador da relação com a criança, que entendia esta atividade como lúdica. Habitualmente as crianças aderiam e demonstravam apreciar o que lhes era proposto, no entanto a existência do condicionante tempo, interferia por vezes na aplicação da escala de *Mary Sheridan* modificada.

Contudo, nas consultas do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância era utilizada a escala de **avaliação de desenvolvimento *Growing Skills***, que na minha perspetiva oferece uma avaliação mais detalhada da criança, permitindo, por um lado, detetar precocemente a existência de possíveis alterações de desenvolvimento e, por outro lado, após a exposição do caso à equipa interdisciplinar, intervir atempadamente nessas mesmas alterações, principalmente antes do ingresso escolar. Com a aplicação desta escala foram diversas as crianças sinalizadas devido a perturbações no desenvolvimento e que precocemente iniciaram programas de reabilitação. No entanto, também se verificou que certas crianças que vinham referenciadas dos infantários não apresentavam qualquer perturbação no desenvolvimento, apenas pequenas fragilidades e, nesses casos, facilmente ultrapassadas com a capacitação dos pais através da transmissão de orientações antecipatórias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.

As **consultas de enfermagem de saúde infantil** assumem uma importância ímpar na avaliação do desenvolvimento da criança e na identificação precoce de sinais de alerta, para que o enfermeiro possa intervir, aconselhar e estimular a família atempadamente. Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida destas crianças e famílias, procura-se desenvolver os seus mecanismos de resiliência, através de uma comunicação empática. Este trabalho com a família conduz a uma intervenção precoce, que visa promover um plano de apoio que engloba: o desenvolvimento integral da criança, a utilização de recursos da comunidade e redes de apoio eficazes, o desenvolvimento das competências parentais e autonomia da família. Assim, a intervenção precoce assume-se como o pilar da minha intervenção nesta experiência formativa.

Quanto à atividade que preconizou a realização de uma **dinâmica sobre as emoções no pré-escolar** (enquadrada no projeto pré-existente “ajudar a crescer” – Apêndice IV), devo referir que esta atividade foi por mim selecionada, uma vez que tinha interesse em participar em programas no âmbito da saúde escolar. Assim, desta sessão resultou a oportunidade de trabalhar com a criança comportamentos potenciadores de saúde (gestão

de emoções), com recurso a técnicas comunicacionais apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. É de ressaltar a importância de desenvolver competências em contexto de grupo, uma vez que em saúde a intervenção não é apenas individual mas também grupal, em que o profissional, quando pertinente, deve incitar a população a adotar estilos de vida saudáveis. Para que isso aconteça, a comunicação afetiva torna-se essencial, sendo que o enfermeiro deve revelar interesse nas preocupações expressas pelo Outro, transmitir segurança e assegurar apoio emocional (Teixeira, s.d.).

A **promoção da expressão de emoções** é assim essencial, tanto que nas atuais concepções de Enfermagem, o enfermeiro deve desenvolver competências específicas (comunicação, autoconhecimento e autoconsciência) para que intervenha como gestor emocional (Diogo, 2015). As necessidades emocionais passaram a ter uma importância relevante no estabelecimento de uma relação terapêutica enfermeiro/pessoa/família, considerada essencial (Vilelas, 2013). Nesta lógica, tratou-se de uma atividade que permitiu compreender o quão importante é o recurso a um estilo de comunicação assertiva em contexto de grupo, através da utilização de técnicas como a escuta ativa, o questionamento, a compreensão, a orientação e a clarificação. Cabe então ao enfermeiro, validar constantemente as estratégias que utiliza, tendo em conta o *feedback* que obtém dos clientes, na procura de uma constante evolução e aprimoramento desta competência.

Atualmente, o **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil** (2013) pode representar, no contexto da crise global que se atravessa, um instrumento de apoio à saúde integral infantil e juvenil que concorra para a igualdade de oportunidades de desenvolvimento para todas as crianças e jovens, independentemente dos contextos socioeconómicos das famílias e comunidades. É então prioritário que o EEESCJ esteja desperto para a deteção e apoio às crianças que apresentam necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis, mas também para a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, assim como o reconhecimento e a capacitação dos pais e outros adultos de referência, enquanto primeiros prestadores de cuidados. O aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a par da redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida, favorecem o desenvolvimento do exercício da parentalidade e tornam possível que os pais e as famílias o assumam, como direito e dever, competindo aos profissionais facilitá-lo e promovê-lo (DGS, 2013). Neste sentido, o enfermeiro especialista deve ter em conta as políticas de saúde em vigor, tendo o papel de garantir o cumprimento dos direitos das crianças, participar no planeamento e definição de políticas de saúde relativas à criança e ao jovem e desenvolver conhecimentos nesta área através da investigação.

No que concerne à **vacinação infantil**, intervenção de enfermagem que teve a oportunidade de desenvolver, deparei-me com a controvérsia existente na comunidade e

que constitui um tema de debate muito atual. O Centro Europeu para a Prevenção e controlo de Doenças revela que o declínio da vacinação, causado por grupos de pessoas “anti-vacinas”, originou um aumento da incidência de antigas doenças infecciosas, como o sarampo e a rubéola (quase extintas), e que têm regressado agora em novos surtos. Segundo a DGS (2013) “Portugal ainda é exceção numa Europa que retrocede anos na luta contra doenças infecciosas pois ainda tem uma boa taxa de cobertura de vacinação, sem casos registados”. Contudo, sendo este um possível problema de saúde pública, cabe ao enfermeiro especialista promover a vacinação, explicando a sua importância, não só na imunidade do indivíduo, mas na imunidade de grupo, que é o que permite o controlo e desaparecimento das doenças infecciosas, salientando que a vacinação é responsável pela prevenção de 3 milhões de mortes de crianças por ano em todo o mundo. Foi através da evidência científica que sustentei os esclarecimentos que transmiti às famílias que ponderavam a não-vacinação, para que pudessem tomar uma decisão consciente e informada.

Numa outra vertente, e por forma a operacionalizar o objetivo relativo à dimensão emocional, elaborei um **diário de campo** (Apêndice II), abordando criticamente as estratégias de gestão emocional utilizadas pelos profissionais de enfermagem direcionadas para as experiências de medo durante a infância. Muitas vezes, a emoção “medo” está associada ao desconhecido, ao sofrimento e à dor, e às vivências inerentes ao estágio de desenvolvimento. O contacto da criança com as instituições de saúde é vivida com grande angústia, gerando por vezes alterações comportamentais associadas à diversidade de eventos stressantes a que são submetidos quando aí se deslocam (vacinação, exame físico, profissionais de saúde e equipamentos médicos). Assim, o enfermeiro deve recorrer a estratégias de **humanização e cuidados não traumáticos**, promovendo um ambiente seguro e afetuoso, gerindo as emoções e construindo uma relação de ajuda, apoiante e securizante (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2015).

Ainda no âmbito deste objetivo realizei uma **sessão formativa para os profissionais de saúde sobre Cuidados Paliativos Pediátricos** (Apêndice V), enfatizando a carga emocional que estes acarretam.

4.2. Serviço de Urgência Pediátrica

O estágio decorreu na Urgência Pediátrica de um Centro Hospitalar, durante quatro semanas, entre 26 de Outubro e 22 de Novembro de 2015. A seleção deste local prendeu-se com o facto das crianças internadas no local onde presto cuidados serem maioritariamente provenientes da Urgência de Pediatria. Por outro lado, o ambiente de uma urgência pediátrica é geralmente pautado de grandes emoções mediatizadas pelos processos de doença e sofrimento que, muitas vezes, culminam no internamento da criança

numa unidade de observação ou num serviço de internamento. Este evento é percebido como gerador de uma crise que provoca um enorme desequilíbrio no sistema familiar da criança (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016).

A investigação de Charepe (2004) veio revelar que nos últimos anos se tem verificado um aumento progressivo de readmissões de crianças com doenças crónicas na urgência, na maioria das vezes, em situação de não agudização da doença. Estas famílias recorrem frequentemente à urgência por falta de conhecimentos e competências para lidar com as complicações da doença crónica da criança, o que sugere que a preparação dos pais para o regresso ao domicílio e a articulação com os recursos comunitários não tem sido suficientemente eficaz, e o que justifica a necessidade de intervenção de enfermagem nos diversos contextos de cuidados de saúde para a obtenção de cuidados paliativos pediátricos adequados.

O Modelo Teórico de Enfermagem que norteia a prática neste serviço de urgência é o de Roper, Logan, e Tierney (1995), que se insere no Paradigma da Integração e que se caracteriza por estar orientado para o indivíduo, percecionando-o como um ser total constituído pela soma das partes, as quais se relacionam entre si. Por conseguinte, para Roper, Logan, e Tierney o Cuidado é entendido como facilitador, por forma a que o indivíduo consiga ultrapassar as fragilidades que surgem no que respeita às suas atividades de vida. No que concerne à Organização do Trabalho, o método de trabalho utilizado é o Método Individual, em que “os cuidados de enfermagem individuais se baseiam no conceito de cuidado global e implicam afectação de um enfermeiro a um único cliente ou mais do que um, se a carga de trabalho o permitir” (Costa, s.d., p.25). É de salientar que apesar de a metodologia de trabalho ser a individual, não é descurado o trabalho de equipa.

Assim, para o contexto de Urgência Pediátrica defini os seguintes objetivos específicos de aprendizagem:

- Desenvolver competências específicas de EEESCJ no âmbito da maximização da saúde e em situações de especial complexidade;
- Desenvolver estratégias de trabalho emocional na relação de cuidados com a criança e família em situação de urgência;
- Analisar a experiência emocional do cliente pediátrico em contexto de Urgência;
- Promover a sensibilização e discussão na equipa sobre Cuidados Paliativos Pediátricos;
- Enfatizar o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem no âmbito da gestão emocional na criança e família em contexto de urgência.

Com vista a melhor ilustrar o percurso que desenvolvi neste contexto de estágio, optei por elaborar um quadro síntese, inserido no **Guia Orientador de Atividades de Estágio**

(Apêndice I), que sistematiza as atividades desenvolvidas com o intuito de concretizar os objetivos delineados.

A doença, independentemente da gravidade, e consequente hospitalização da criança, afiguram-se como uma situação de crise na vida desta, por vezes a primeira com a qual se depara, difícil de ser vivenciada devido, entre outros fatores, aos limitados mecanismos de defesa que a criança apresenta (Algren, 2006; Barros, 2003; Jorge, 2004; Barrera & Hockenberry, 2014). O hospital, para as crianças, é encarado como um lugar misterioso e, por isso, como fonte de stress, e seja qual for o motivo da hospitalização (doença aguda ou crónica), esta exige da criança o estabelecimento de novas relações com os outros e consigo mesma, bem como constantes adaptações (Pedro et al., 2007). Neste sentido, a hospitalização constitui uma situação geradora de ansiedade e exacerbadora de medos e ideias pré-concebidas, quer para a criança quer para a sua família, podendo resultar numa experiência emocionalmente intensa e traumática, com efeitos psicológicos persistentes (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2015). Uma admissão urgente é por si só geradora de demasiada ansiedade, quer para a criança, quer para a família que a acompanha.

Note-se que, tendo por base estes achados científicos, procurei desenvolver um **Guia de Acolhimento da Criança e Família em Contexto de Urgência (Apêndice VI)** e realizar uma **Sessão Formativa aos Profissionais de Saúde (Apêndice V)** de dinamização do mesmo, com o intuito de tornar a experiência de hospitalização nos diversos contextos do Serviço de Urgência o menos traumática possível e reduzir os stressores associados aos cuidados de saúde. Efetivamente, para Watson, o “cuidar” em enfermagem implica também aprofundar conhecimentos teóricos, não sendo suficiente a simples intenção de querer ajudar.

Porém, dei-me conta que o fator tempo foi para mim um elemento que condicionou o desenvolvimento de um acolhimento eficaz em contexto de triagem, visto que a **Triagem de Manchester** preconiza a aplicação do algoritmo em três minutos. A utilização deste instrumento requer um curso de formação bem como treino, tendo partilhado com o Enfermeiro Orientador se não era possível abordar mais aspetos do que aqueles que são estipulados no algoritmo. Foi possível compreender que os aspetos que visam conhecer mais pormenorizadamente o cliente pediátrico eram explorados numa fase posterior, uma vez que as *guidelines* utilizadas são muito rígidas.

No entanto, com vista a tornar este **primeiro contato** o mais **acolhedor** possível recorri sempre a um cumprimento verbal com recurso a um tom de voz suave que demonstrasse atenção e preocupação, mantendo-o ao longo da interação e procurando explorar as preocupações do cliente, sem que este se apercebesse da implementação do algoritmo. Numa outra vertente, aquando da observação física, tive o cuidado de a tornar o menos invasiva possível, através da mobilização do lúdico ou no caso de crianças mais velhas,

explicando o motivo da observação e pedindo o consentimento. Note-se que o contato visual ocorria por forma a envolver todos os intervenientes (criança e acompanhante).

A triagem constitui assim, a **primeira interação** que os enfermeiros desenvolvem com a criança e com os seus pais, onde é possível iniciar um contacto acolhedor, transmitindo confiança aos pais, fazendo-os sentir que são bem-vindos e que existe disponibilidade para responder às suas necessidades. Este é apenas o primeiro passo para incutir na criança e nos seus cuidadores um sentimento de confiança e empatia com a equipa multidisciplinar, que irá influenciar positivamente toda a relação terapêutica e a prestação de cuidados (Fernandes, 2012). Compreendi que é na área da triagem que o enfermeiro pode realizar a gestão das expectativas no que diz respeito à informação a transmitir ao cliente pediátrico sobre: O processo de atendimento e a dinâmica do serviço, caso estes ainda não estejam familiarizados com a mesma; A prioridade do atendimento por gravidade e não por ordem de chegada, e que a cor da pulseira atribuída não significa necessariamente terem de ficar o tempo de espera máximo referente a essa cor. Este aspeto assume extrema relevância pela possibilidade de observar nos contextos como a cor da pulseira se pode tornar um fator bastante influente na ansiedade dos pais, o que conduz frequentemente a questões sobre o porquê dos seus filhos não serem mais prioritários que outras crianças (Fernandes, 2012). Face ao exposto, é de realçar que na prestação de cuidados procurei sempre, apesar da limitação temporal, conhecer as expectativas do Outro, envolvendo-o e negociando os cuidados, por forma a maximizar a saúde da criança e do jovem.

Desta forma, quando a família se encontra vulnerável, necessita de alguém que a faça sentir-se segura, de alguém em quem confie, que a compreenda e que revele empatia e proximidade para com a experiência de saúde-doença (Diogo, 2015). Na relação de cuidados, é fulcral que o enfermeiro transmita calma e tranquilidade, mantendo-se atento e focado na gestão da doença e na recuperação do bem-estar da criança, valorizando-a e contribuindo para que se sinta segura e especial, enaltecendo ainda as competências dos pais no cuidado à criança, considerando-os como peritos e parceiros na tomada de decisões relativamente ao processo de cuidados (Hockenberry & Wilson, 2014). Assim, foi de extrema importância, o domínio das diferentes técnicas e **estratégias de comunicação**, adaptando-as ao cliente pediátrico.

Por conseguinte, **colaborei ativamente com o Enfermeiro Orientador**, pois no meu entender a prática possibilita a perceção de eventuais dificuldades, e consiste numa atividade muito interessante de desenvolver, pois nunca tinha tido a oportunidade de prestar cuidados em contexto de Urgência de Pediatria. Assim, percebi que a criança interpreta as experiências de doença, hospitalização e procedimentos dolorosos, atribuindo causas e antecipando consequências, de acordo com as suas competências e o seu nível de desenvolvimento sociocognitivo e emocional. Por um lado, as crianças mais pequenas

tendem a não antecipar tanto o sofrimento, mas em contrapartida podem reagir violentamente, de forma disruptiva, à aproximação dos enfermeiros ou quando é necessário realizar um procedimento (Diogo, 2015). Barros (2003) reforça esta ideia ao referir que as crianças quando não compreendem podem interpretar inadequadamente os acontecimentos e as explicações, e ficarem ansiosas e pouco colaborantes. Por outro lado, as crianças mais velhas e jovens antecipam o sofrimento mas possuem estratégias mais elaboradas para lidar com os eventos. Porém, no fim da infância estes comportamentos diminuem de intensidade (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os stressores da hospitalização podem originar nas crianças e jovens experiências negativas a curto e a médio prazo, sendo que as repercussões adversas podem estar relacionadas com o tempo de permanência no serviço de urgência, com os múltiplos procedimentos invasivos e com a ansiedade dos cuidadores familiares (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). No contexto de urgência de pediatria, são várias as crianças admitidas com doença crónica e conseqüentemente submetidas a procedimentos dolorosos, o que tem levado a equipa de saúde e, mais concretamente os enfermeiros, a desenvolver estratégias de empowerment da criança/família na adaptação a essas novas exigências. Perante a **criança com doença crónica**, a atuação do enfermeiro deve centrar-se na procura das melhores soluções, dadas as alterações físicas, emocionais e sociais que na maioria das vezes se verificam, tendo em vista a adaptação à nova situação. A posição que os profissionais de Enfermagem ocupam na equipa de saúde pode considerar-se privilegiada e única, pois possibilita, por um lado, o primeiro contacto com as preocupações e necessidades da díade, que estão a passar por momentos de transição, permitindo estabelecer uma relação de ajuda suficiente para providenciar o suporte informativo, emocional e instrumental necessário. Por outro lado, facilita o planeamento, em parceria, de intervenções que contribuam para o desenvolvimento de competências que permitam um processo adaptativo ajustado à situação de doença crónica de cada um, promovam a esperança e a motivação, e diminuam o sofrimento (Oliveira, 2011).

O *empowerment* à família através da partilha de conhecimentos e informações é então a chave de uma relação de parceria (Smith, 2012) e por sua vez de cuidados de excelência em pediatria. Neste sentido, a participação dos pais como parceiros no cuidar, desde que devidamente negociada, pode ser positiva na diminuição dos medos e receios da criança, seja através da preparação antecipatória da criança para o que irá decorrer, seja colaborando com os profissionais na gestão emocional da mesma. Deste modo, torna-se imperioso que no contexto de cuidados à criança e família seja perspetivada a dimensão emocional do cuidar, com recurso ao **protocolo D-E-F** (Apêndice VI). O instrumento DEF, inserido no Guia de Acolhimento da Urgência Pediátrica, proporciona um método simples e eficaz para a identificação, prevenção e tratamento das respostas de stress traumático no

momento da necessidade e dentro do escopo da prática. Assim, após atender aos princípios da saúde física da criança (A-B-C), os profissionais de saúde podem promover cuidados mais humanizados, prestando atenção às etapas seguintes - "D-E-F": reduzir o Distress; promover suporte Emocional e recordar (e envolver) a Família.

As crianças são especialmente vulneráveis à perda de segurança que um evento traumático pode trazer. Contudo, o distress inicial em crianças e famílias em contextos de cuidados de saúde é comum, esperado e compreensível, no entanto alguns podem desenvolver reações persistentes de stress. O EESCJ encontra-se no topo da pirâmide para a prevenção deste tipo de reações, pelo que deve reconhecer o trauma pré existente; minimizar os aspetos traumáticos de todo e qualquer procedimento; identificar as crianças que estão com necessidade de uma acompanhamento adicional; fornecer informação e suporte emocional e otimizar a gestão da dor. O protocolo D-E-F (reduzir o Distress, promover o suporte Emocional e lembrar-se da Família), na minha perspetiva oferece sugestões específicas, que podem ser adotadas na prática diária de cuidados em contexto de urgência (healthcaretoolbox, 2010). Face ao exposto, com o intuito de reduzir o efeito inesperado de se recorrer a um SUP e de operacionalizar um algoritmo de abordagem da componente emocional, iniciei o processo de implementação do ***Trauma-Informed Pediatric Care***.

É de salientar que outra das importantes alterações na vida da criança decorrentes da hospitalização é a separação do seu habitual e familiar mundo mágico da brincadeira. Brincar é a atividade mais importante da vida da criança e é essencial para o seu desenvolvimento físico, emocional, mental e social (Tavares, 2011). Por isso é imprescindível a mobilização das atividades de brincar nos cuidados de enfermagem, implicando a necessidade de considerar a disponibilidade da criança atendendo à sua vontade e interesse na decisão de qual o momento, espaço e forma da atividade a realizar, agindo sempre em negociação com a mesma, tal como vem preconizado na Carta da Criança Hospitalizada (2000) e nos documentos reguladores da prática de cuidados de enfermagem. Assim, inicialmente, optei por recorrer a material utilizado na prestação de cuidados para introduzir a **brincadeira terapêutica**, por exemplo com recurso a uma luva enchi um balão e decorei-o com ajuda da criança. Este material permitiu recorrer à modelagem e também teve uma função distrativa. Com espátulas também foi possível criar peças lúdicas como espadas, desmistificando assim o material hospitalar. As atividades de brincar permitem, igualmente, a desmistificação de medos na criança face às diferentes situações decorrentes da hospitalização, nomeadamente, quanto aos procedimentos, tal como se verificou nos exemplos anteriores. Segundo Pereira, Nunes, Teixeira e Diogo (2010), esta atividade de brincar é operacionalizada através de um conjunto variado de estratégias: promover o confronto/coping, favorecer o relaxamento durante os

procedimentos, incrementar o sentimento de controlo, promover o sentimento de segurança, facilitar a aproximação, promover a expressão emocional, minimizar o sentimento de solidão, promover a distração durante os procedimentos e desmistificar os medos. O brinquedo terapêutico apresenta-se como um instrumento fundamental na prática diária do cuidar em pediatria, pois é um excelente meio de expressão de emoções, auxiliando na comunicação e estabelecimento de uma relação terapêutica entre enfermeiro- criança (Martins, Ribeiro, Borba & Silva (2001).

Por forma a dar resposta ao segundo objetivo e no sentido de uma enfermagem avançada, procurei desenvolver a minha prática diária de cuidados, implementando a estratégia do brincar com intencionalidade terapêutica na sala de tratamentos, através da criação de um **Kit Sem Trauma** (Apêndice VI) com artigos alusivos ao brincar terapêutico, por forma a amenizar as experiências emocionais intensas e tornar o ambiente hospitalar promotor de bem-estar para a criança, facilitando a sua adaptação e, conseqüentemente, que a experiência de hospitalização constitua uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento. Esta atividade foi sustentada pelo guia orientador de boas práticas da Ordem dos Enfermeiros (2011,2013).

De facto, os enfermeiros procuram evitar os momentos emocionalmente disruptivos agindo antecipadamente, pois sabem precocemente quais as situações que têm um potencial elevado de conduzir a uma emocionalidade excessiva e, conseqüentemente, a um acréscimo de sofrimento (Diogo, 2015). A título de exemplo, perante a hospitalização de uma criança de quatro anos com o diagnóstico de pneumonia, constatei o quão importante foi a mobilização de ações de gestão emocional, nomeadamente o recurso a técnicas de relaxamento durante a realização de um procedimento doloroso – colocação de cateter venoso periférico. A oportunidade da criança escolher o local da punção e o autocolante, de manusear o material que iria ser utilizado, a existência de pinturas nas paredes e desenhos animados na televisão, e a exemplificação do procedimento no seu brinquedo constituíram-se como intervenções facilitadoras para o alívio da ansiedade, medo e angústia, potenciando a sua capacidade de autocontrolo.

Relativamente às respostas emocionais das crianças aos procedimentos dolorosos, estas podem ser intensas, prolongadas e causadoras de danos, pelo que os cuidados de enfermagem devem também ter como foco as experiências emocionais, as estratégias de confronto e os modos de ajuda na gestão do estado emocional da criança e da família. Alguns procedimentos de enfermagem têm o potencial de constituir momentos emocionalmente intensos e por isso stressantes para a criança, não só por estarem associados à dor mas também pelo desconhecimento, daí que se revele necessário favorecer o relaxamento da criança através do desenvolvimento de ações/interações que visem a diminuição da sua ansiedade (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010). Dar à

criança a possibilidade de escolher algo no procedimento é, segundo Brennan (1994), importante para que esta se sinta implicada e que tem algum controlo sobre a situação, e que funciona como uma estratégia de antecipação. O local da punção e o ritmo da administração de terapêutica podem ser influenciados pela criança, o que parece ter efeitos positivos no seu comportamento, acalmando-a, estratégia utilizada no exemplo supracitado. Constatei que, e de acordo com os achados do estudo de Diogo (2015), a utilização da distração, o envolvimento dos pais, a impregnação dos cuidados com dádivas de afeto (sorriso, falar animado, carinho e olhar meigo) foram um importante subsídio na interação explicitada.

No seguimento deste raciocínio, os cuidados não traumáticos são essenciais em enfermagem pediátrica, na medida em que “dizem respeito ao fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, no sistema de cuidados de saúde” (Barrera & Hockenberry, 2014, p. 11). Os **cuidados não traumáticos** começam logo no **acolhimento** e na comunicação com a criança e pressupõem que exista uma promoção do desenvolvimento e do bem-estar da criança. Remetem para a importância de um ambiente agradável, acolhedor e confortável, fundamental em contexto pediátrico para a minimização do impacto emocional da hospitalização, sendo um cartão de boas-vindas, que tem influência desde o acolhimento e deve persistir ao longo da hospitalização (Ibidem). Diogo (2015) enfatiza esta ideia ao referir que quando se fala em ambiente, fala-se não só de todo um contexto físico, englobando recursos materiais e atividades realizadas, como também, dos aspetos sociais, relacionais e emocionais que envolvem a hospitalização da criança e jovem.

Assim, uma estratégia de grande utilidade, e a que recorri com alguma frequência, foi disponibilizar **espaço para a expressão de sentimentos e emoções na equipa de enfermagem**, explorando desta forma os receios, medos e expectativas. Confesso que inicialmente não foi bem aceite, mas quando a dinamizei a partir de um acontecimento emocionalmente intenso, como é a morte de uma criança, compreenderam o quão importante é para a ventilação de sentimentos e emoções e conseqüente catarse.

Quanto ao terceiro objetivo definido para este contexto, alusivo ao **percurso do cliente pediátrico** e que estava intimamente relacionado com a minha experiência clínica, apercebi-me com frequência que a informação transportada pelo cliente pediátrico aquando da admissão no serviço de internamento era, por vezes, turva e pouco esclarecida. Este facto sempre me inquietou e diz respeito à forma como a informação é transmitida ou ao momento em que se transmite essa informação, na medida em que se sabe, que a ansiedade pode condicionar o processamento da informação, pelo que importa que os profissionais de saúde tenham consciência que as informações devem ser transmitidas em

momento oportuno, com clareza e simplicidade. Hoje em dia, porque estamos mais atentos sabemos que “ a ansiedade provocada pela desinformação por vezes é mais dolorosa do que a que é provocada pela verdade” (Silva, 2010, p.283). Neste sentido, foi importante observar no percurso do cliente pediátrico, que os profissionais de saúde desconheciam o tempo exato de internamento, mas que tudo iria ser feito para que a criança ou jovem se recuperasse o mais brevemente possível. Com isto, pude concluir que o fator ansiedade associado ao ambiente de uma urgência pediátrica assumem um papel importante no momento de transmissão de informação, podendo condicionar este processo.

Por último, importa mencionar que no âmbito da atividade que se refere à identificação das necessidades emocionais do cliente pediátrico, foi possível observar que as experiências variam na sua intensidade consoante o contexto do serviço de urgência onde se prestam cuidados. Desta forma, para usufruir na íntegra das experiências de aprendizagem e para melhor explorar a dimensão emocional, bem como as estratégias de comunicação utilizadas, optei por elaborar um **Diário de Campo** (Apêndice II).

4.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

O estágio realizou-se na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos de um Centro Hospitalar, durante quatro semanas, entre 23 de Novembro e 20 de Dezembro de 2015. A prestação de cuidados neste contexto é orientada pela filosofia de cuidados de NIDCAP® (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program). Esta filosofia de cuidados integra vários elementos chave (coordenação, avaliação, meio ambiente tranquilo, agrupamento de cuidados/estruturar às 24 horas, posicionamento, oportunidades para contacto pele-a-pele, suporte individualizado para a alimentação e conforto para a família) numa tentativa de diminuir o impacto negativo do ambiente da UCIN no recém-nascido (RN), promovendo cuidados individualizados de suporte ao seu desenvolvimento (Santos, 2011). Neste sentido, com o principal objetivo de promover o correto desenvolvimento dos recém-nascidos prematuros e dos recém-nascidos gravemente doentes internados nas unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, o NIDCAP® potencia uma melhoria significativa na prestação de cuidados, contribuindo para a redução do tempo de internamento dos recém-nascidos e promovendo o seu desenvolvimento motor e cognitivo, com ganhos futuros na aprendizagem e desenvolvimento emocional do recém-nascido (Santos, 2011), fundamentando assim a opção por este contexto formativo. Efetivamente, o progresso extraordinário alcançado na área neonatal, permitiu a sobrevivência de muitos recém nascidos com doenças graves e o aumento de sobreviventes com sequelas igualmente graves (doenças crónicas complexas), transformando a morte num fenómeno mais raro e ocorrendo em fases mais tardias da vida do recém-nascido

(Silva, 2010), sustentando assim, a necessidade/importância de se investir em cuidados paliativos deste o período neonatal.

Relativamente à Metodologia de Trabalho, o serviço utiliza o método de trabalho individual, o que implica que em cada turno um enfermeiro é responsável por todos os cuidados prestados às crianças que lhe são atribuídas (Costa, s.d.).

Movida pela centralidade dos objetivos gerais preestabelecidos, procurei direcionar os objetivos específicos deste percurso para a prática de cuidados de elevada complexidade ao recém-nascido e sua família dando especial ênfase à gestão das necessidades emocionais deste sistema familiar, pois quando há uma alteração de saúde que se manifesta logo aquando o nascimento, ou até mesmo antes, e se revela a necessidade de internamento numa unidade de neonatologia, o impacto emocional sentido pela família é enorme.

Face ao exposto, defini para este contexto os objetivos específicos de aprendizagem:

- Desenvolver competências específicas de EEESCJ no âmbito das situações de cuidados de especial complexidade;
- Desenvolver estratégias de trabalho emocional na relação de cuidados com o recém-nascido e a Família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais;
- Enfatizar o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem no âmbito da gestão emocional na criança e família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

O **Guia Orientador de Atividades de Estágio** (Apêndice I) sistematiza as atividades desenvolvidas para a operacionalização dos objetivos e aquisição de competências, pelo que descritivamente vou enunciar e analisar as mais relevantes para o percurso de aprendizagem delineado. Neste contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, constatei que a problemática da prematuridade tem vindo a aumentar nos últimos anos e como tal, cabe ao enfermeiro estar atento e atuar de modo a garantir cuidados de enfermagem de qualidade à “tríade prematura” (Machado, 2011).

No âmbito da **observação participante das intervenções de enfermagem realizadas pelo Enfermeiro Orientador** verifiquei, tal como é referido na literatura, que a notícia de que o filho idealizado nasceu prematuro é um choque devastador para a família (Hoffenkanp et al, 2012). Por esse motivo, o envolvimento dos pais enquanto parceiros no cuidar, foi fulcral no processo de desenvolvimento do recém-nascido prematuro, sendo função do enfermeiro apoiar e esclarecer com informação sustentada, pertinente e adequada os aspetos globais da prematuridade. Este é um momento que despoleta nos pais e na equipa multidisciplinar um misto de emoções, que necessitam de um ponto de equilíbrio para que se possa promover um **cuidar** adequado, quer para os pais, quer para o prematuro (Shah, Clements & Poehlmann, 2011). A intensidade da experiência emocional é influenciada por alguns fatores e o cuidar de um recém-nascido prematuro e seus pais/família é considerado

um fator que requer um envolvimento emocional marcante por parte de todos os intervenientes (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014). Por forma a dar resposta a esta necessidade emergente, foi dinamizado um espaço de **partilha e reflexão sobre experiências emocionalmente intensas**, que se propôs que fosse realizado mensalmente.

Numa UCIN existem temáticas que são transversais aos cuidados de saúde em pediatria, como são exemplos a **parentalidade** e a **vinculação**. A parentalidade fica afetada com a hospitalização de um filho e a intervenção junto de recém-nascidos pré-termo deve incidir no despertar da relação que existe entre todos, nomeadamente na vinculação entre pais e filhos de modo a ajudá-los a sentirem-se mais competentes (Jorge, 2004). Salienta-se que o facto de ocorrer uma separação tão prematura do recém-nascido da mãe, consiste numa situação emocionalmente intensa, geradora de ansiedade para a díade/tríade (Silva, 2014). Além das dúvidas que apresentam relativamente ao estado de saúde do RN, o **ambiente hospitalar** que os rodeia pouco contribui para amenizar o desconforto que sentem (Shin & White-Traut, 2010). Este afastamento imediato e forçado impede um contacto físico precoce, essencial para o reconhecimento mútuo dos elementos desta nova família. A Organização Mundial de Saúde (2012) reconhece a importância de "realizar precocemente o contacto pele a pele, entre mãe e filho", fortemente comprometida nesta situação anormal de afastamento. Por outro lado, a imagem do filho real é muito diferente da do filho imaginado dificultando a adaptação à parentalidade, pelo défice no vínculo afetivo entre pais e recém-nascido.

Foi neste contexto que me propus intervir, promovendo o desenvolvimento da vinculação criança/família, por exemplo através do recurso ao **método canguru** ou ao **negociar com os pais** o horário mais oportuno para a prestação dos cuidados de higiene, contribuindo também para promover as competências parentais. Neste sentido, a intervenção visou o *empowerment* dos pais nos seus processos de transição ao longo do ciclo de vida. Os pais, na adaptação a um novo ciclo de vida, requerem o atendimento de um conjunto de necessidades específicas e são os enfermeiros que estão numa posição privilegiada para melhor os compreenderem e ajudarem. O apoio dos avós e do cônjuge, a relação de confiança com a equipa, a evolução clínica favorável e a participação nos cuidados são alguns dos aspetos facilitadores na transição que os pais têm de enfrentar face à prematuridade de um filho (Fernandes & Silva, 2015). No entanto, verifiquei que, o facto de existir outro filho para cuidar, o ambiente físico da unidade, a separação do filho e os sentimentos de culpa, medo e tristeza são aspetos dificultadores dessa transição. Assim, a intervenção de enfermagem junto de RN prematuros, deve basear-se no despertar de um vínculo que em todos existe, pois a vulnerabilidade, que pode resultar em sentimentos negativos, é intensificada nos casos de prematuridade, sendo determinante um contacto precoce da díade pais-RN com o intuito de facilitar o processo de vinculação (Ibidem).

Contudo, com a imaturidade de comportamentos da criança prematura podem existir problemas na relação parental, pelo stress dos próprios com a alteração dos seus papéis e ao sentirem-se incompetentes para cuidarem do seu próprio filho, daí a importância dos pais serem parte integrante dos cuidados durante o internamento (Bloch, Lequien & Provasi, 2006). Desta forma, a metodologia de trabalho, bem como a gestão dos cuidados, visa contribuir para a obtenção de ganhos para o cliente de cuidados, pelo que o enfermeiro disponibiliza ao Outro a sua perícia, através do “cuidar”, por forma a promover o bem-estar de quem cuida.

Este contexto foi para mim marcante pela minúcia e **complexidade dos cuidados**, sendo exemplo uma situação de cuidados referente à admissão de um recém-nascido prematuro de 30 semanas e com o peso à nascença de 720 gramas. A sua visível imaturidade, inerente à prematuridade, associada a um estado hemodinâmico instável implicaram intervenções complexas. A necessidade de ventilação invasiva nas primeiras horas e não-invasiva nas restantes permitiu que, tecnicamente, tivesse a oportunidade de manipular os ventiladores, atualizando assim conhecimentos quanto aos cuidados de enfermagem à criança com necessidade de suporte ventilatório. Por outro lado, foi evidente o olhar assustado dos Pais, ao tentarem compreender a sua envolvimento, pelo que foi crucial e notório o esforço da equipa para tornar o ambiente mais familiar. Note-se ainda, que os pais manifestaram necessidade de **espaço para a expressão de emoções** relacionadas com o processo de saúde-doença do seu filho (bebé real), opondo-se ao que tinham inicialmente idealizado quanto ao momento de nascimento e imagem corporal (Bebé imaginário).

A grande vulnerabilidade dos neonatos e a labilidade emocional dos pais, inerente ao nascimento de um filho, constitui um excelente espaço para dar primazia à dimensão emocional, para o que foi importante realizar a atividade de **Promoção da Esperança e do Pensamento Positivo** (Apêndice VII). O “Kit de Esperança” integra um conjunto de objetos que pela sua significação se constituem como recursos de esperança, sendo a sua composição única e individualizada tendo em conta aquilo que é importante e relevante para a Esperança de cada pai (Ordem dos Enfermeiros, 2011a). No entanto o Enfermeiro tem autonomia para sugerir e fornecer alguns objetos que possam fazer parte do “Kit de Esperança”, como são exemplo fotografias de momentos de vitória do RN ou um diário (Ordem dos Enfermeiros, 2011a). O Kit de Esperança deve conter mensagens de apoio, encorajamento e Esperança de outros pais de forma a poder ser usado nos momentos em que pais se sintam mais desesperançados, particularmente em momentos de recidivas e (re) internamentos hospitalares dos seus filhos (Charepe, 2011). No âmbito da tomada de decisão, a esperança surge como um aspeto vital relacionado com os cuidados de Enfermagem enfatizada na relação terapêutica estabelecida. É então, valorizada como

necessária, numa situação vivencial de stress / coping e adaptação em contexto de incerteza relativa à doença do filho ou incerteza inerente ao futuro (OE, 2011a).

No decorrer desta experiência de estágio deparei-me com um recém-nascido com anomalia congénita incompatível com a sobrevivência a curto prazo e outro recém-nascido com prognóstico letal a médio ou longo prazo, o que comprova a necessidade de formação e implementação de **cuidados paliativos em Neonatologia** nos dias de hoje. Assim, resultou a realização de uma **sessão formativa direcionada aos profissionais de saúde** (Apêndice V) sobre cuidados paliativos neonatais, enfatizando a importância do trabalho emocional. Com o domínio da tecnologia nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), o limite de viabilidade para os recém-nascidos de pré-termo diminuiu de forma drástica, particularmente para os de muito baixo peso e muito baixa idade gestacional, aumentando proporcionalmente a probabilidade de sobrevivência com incapacidade severa. Desta forma, os **cuidados paliativos neonatais** surgem como uma intervenção focada no recém-nascido e na sua família, baseada em cuidados holísticos prestados em situações nas quais a cura não é expectável. Centram-se na prevenção e alívio do sofrimento, a um nível físico, **emocional**, social e espiritual, podendo iniciar-se em combinação com os cuidados curativos e prolongar-se depois da morte com o processo de luto (Soares et al., 2013).

Contudo, verifiquei que a integração dos cuidados paliativos na prática permanece no entanto controversa e é dificultada por inúmeros fatores, de entre os quais se destaca a indefinição prognóstica, os imperativos tecnológicos e científicos enraizados nas práticas dos profissionais de saúde, as exigências, expectativas e sensibilidade dos pais.

Em suma, o enfermeiro deve promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais e implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade (...) (OE, 2010), sendo que o **registo reflexivo** (Apêndice III) desenvolvido pretende dar visibilidade ao supracitado.

4.4. Serviço de Internamento de Pediatria Médica

O estágio decorreu na Unidade de Internamento de Pneumologia Pediátrica de um Centro Hospitalar da área de Lisboa, durante três semanas, entre 4 e 24 de Janeiro de 2016, sendo este campo integrado num hospital central de referência não só nacional como para os restantes países de língua portuguesa, e responsável pelo atendimento a um grande número de crianças, perspetivando-se assim num importante contributo para a aquisição de competências. Com a realização deste estágio pretendo consolidar e mobilizar

conhecimentos e competências intimamente relacionados com a gestão da emocionalidade em cuidados paliativos pediátricos.

Optei por conhecer um contexto hospitalar diferente, pelo facto de nunca ter exercido funções noutra hospital. Esta experiência revelou-se muito enriquecedora, pela oportunidade de partilha de uma diversidade de práticas. Note-se que o conceito de **Benchmarking** visa conhecer outros contextos para obter ganhos e define-se como um processo que visa comparar as performances das organizações visando desenvolver as melhores práticas (Administração Central do Sistema de Saúde). De acordo com Lacerda et al. (2014), o avanço tecnológico e a criação de centros diferenciados nos hospitais centrais tem vindo a traduzir-se num aumento significativo da sobrevivência neonatal e numa maior prevalência da doença crónica na idade pediátrica, com maior ou menor grau de dependência. Este prolongamento da vida, na maioria das vezes, resulta na criança ou jovem com problemas de saúde especiais do foro crónico que necessitam de um acompanhamento especializado contínuo, nomeadamente ao nível dos cuidados paliativos pediátricos.

Esta Unidade de internamento também integra o Centro Especializado de Fibrose Quística, assegurando o acompanhamento e orientação da criança e família, desde o diagnóstico até à fase final da sua vida, fundamental para o desenvolvimento de competências no cuidar a criança e família com necessidades paliativas.

À semelhança do serviço de Urgência Pediátrica, o modelo teórico que norteia a prática é o de Nancy Roper, pelo que o Cuidado é concebido como aspeto facilitador para que o individuo consiga ultrapassar acontecimentos que possam comprometer as suas atividades de vida, visando a satisfação das necessidades humanas (Alligood & Tomey, 2004).

Assim, para este contexto de estágio delineei os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências específicas de EEESCJ em situações de especial complexidade, atendendo às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem;
- Analisar as estratégias de trabalho emocional que os enfermeiros utilizam na gestão de emoções em situações de cuidados paliativos pediátricos.

A metodologia de trabalho utilizada é o método de trabalho individual, pelo que em cada turno, cada enfermeiro é responsável por todas as intervenções realizadas às crianças e jovens que lhe estão atribuídos (Costa, s.d.). Contudo, procura-se que os mesmos enfermeiros cuidem dos mesmos clientes de cuidados nos diferentes turnos que realizam, tentando desta forma, uma aproximação ao método de trabalho por enfermeiro de referência.

Note-se que a forma como cada criança reage à doença e hospitalização difere entre elas e depende, em parte, do seu estágio de desenvolvimento, das experiências anteriores vivenciadas e dos mecanismos de coping adquiridos (Hockenberry & Wilson, 2014). No

entanto, existem **interações emocionalmente mais intensas**, principalmente nas crianças com doença crónica complexa, em que os internamentos são prolongados e repetidos e os procedimentos dolorosos mais frequentes. Nesta situação, a **promoção da expressão e gestão emocional** torna-se ainda mais relevante. Porém, esta gestão emocional nem sempre é um processo simples para a criança, tendo os enfermeiros especial importância na sua capacitação e na promoção de estratégias de coping emocional. Se por vezes e de acordo com Soveral (2009), as crianças com doença crónica sujeitas a frequentes e/ou longos internamentos e a múltiplos procedimentos dolorosos parecem apresentar maturidade/habituação ao sofrimento, traduzindo-se numa menor reatividade negativa aos procedimentos dolorosos e ao internamento, e carecendo apenas do tipo de gestão emocional de antecipação (Diogo, 2015), verifico que o inverso também acontece, existindo clientes que dificilmente se adaptam à situação por possuírem experiências traumáticas anteriores ou por se encontrarem a vivenciar um retrocesso ou ausência de melhoria da doença, sendo o tipo de gestão das emoções reativas o predominante (Ibidem).

Por forma a ilustrar esta ideia e a enfatizar a **dimensão emocional da relação de cuidados**, destaco um episódio emocionalmente marcante que experienciei e que está relacionado com o fim de vida de uma criança de 4 anos com distrofia muscular espinhal tipo 2 e com a qual desenvolvi uma relação de confiança indescritível: Apesar de ter sido realizado um trabalho de *background* ao nível da expressão de emoções e da identificação das necessidades da família, constatei que momentos antes da morte da criança, a Mãe se encontrava revoltada e apelava aos gritos para que os profissionais não desistissem. Note-se que nem sempre é simples o distanciamento da obstinação terapêutica por parte dos profissionais de saúde em contexto pediátrico, principalmente quando a família apela a uma solução, no entanto foi notória a abordagem da equipa ao procurar fornecer suporte emocional à Mãe com recurso a comunicação assertiva e afetuosa, tendo esta se abraçado a mim a chorar ao mesmo tempo que agradecia. A vivência de experiências em contexto de cuidados de enfermagem pediátricos proporciona diariamente momentos de reflexão que brotaram da complexidade e subjetividade que envolve o cuidar de crianças com doença crónica complexa ou em fase final de vida, aspetos estes inerentes aos cuidados paliativos pediátricos. O fim de vida da criança é uma situação altamente geradora de sofrimento para a criança, familiares e profissionais de saúde. O sofrimento nesta fase da vida e da doença tem contornos múltiplos e complexos decorrentes da natureza da doença e da presença iminente da morte que interrompe abruptamente o ciclo natural de vida. Desta forma, os enfermeiros estão conscientes das exigências do cuidar de outras pessoas (McCreight, 2005), mas por vezes não reconhecem as consequências pessoais e profissionais do seu trabalho emocional.

Ainda no âmbito do segundo objetivo por mim definido e no seguimento do supracitado, promovi um momento informal de **análise das práticas com recurso a um artigo científico sobre o trabalho emocional em enfermagem** (Apêndice VIII) e elaborei um **diário de campo** (Apêndice II) com base nas experiências de Ser enfermeiro. Os enfermeiros confrontam-se frequentemente com experiências emocionalmente intensas e situações difíceis de lidar responsáveis pela fragilização da sua disposição emocional. Confesso que, pessoalmente, o cuidar em fim de vida e o momento do diagnóstico de uma doença crónica complexa, consubstanciam-se nas interações de cuidados emocionalmente mais complexas de gerir.

Desta forma, Diogo (2012), ao reportar-se a Benner e Wrubel (1989), refere que a gestão das emoções em Enfermagem está ligada a um nível de experiência e perícia dos enfermeiros, e aqueles que são peritos tendem a envolver-se com os clientes e a dar uma grande relevância às emoções na sua prática. É então imperativo que um **futuro enfermeiro especialista** esteja sensibilizado e procure desenvolver e aperfeiçoar a sua competência emocional, sendo esta uma dimensão dos cuidados de Enfermagem (Xavier, 2013).

4.5. Serviço de Internamento de Pediatria

O estágio final realizou-se na Unidade de Internamento de Pediatria do local onde exerço a minha prática profissional, durante três semanas, entre 25 de Janeiro e 14 de fevereiro de 2016. A pertinência da escolha deste local justifica-se com a intencionalidade de implementação das aquisições efetuadas ao longo do percurso formativo, considerando fundamental a sua tradução no quotidiano da prática, em benefício máximo do bem-estar da tríade criança-família-profissional.

Desta forma, liderar o processo de consolidação da prática dos CPP com enfoque no trabalho emocional, otimizando os contributos da equipa profissional e garantindo a qualidade da sua implementação constituiu a premissa central deste contexto de estágio. Associada a esta ambição surgem outros **objetivos específicos** igualmente importantes:

- Desenvolver competências específicas de EEESCJ na maximização da saúde e em situações de especial complexidade, atendendo às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem;
- Desenvolver estratégias de trabalho emocional na relação de cuidados com a criança e família em contexto de internamento;
- Promover a formação básica em CPP, enfatizando o trabalho emocional, na equipa de enfermagem.

À semelhança dos restantes contextos hospitalares de estágio, o modelo teórico que norteia a prática é o de Nancy Roper, que é baseado num modelo de vida, que surge da inter-relação dos fatores que influenciam as atividades de vida durante o ciclo vital do indivíduo, num contínuo dependência/independência, de forma a desempenhar uma Enfermagem individualizada (Allgood & Tomey, 2004).

Como elemento harmonizador do processo de hospitalização, e segundo Diogo (2015, p.178), é imperativo **promover “um ambiente seguro e afetuoso”** através de um ambiente hospitalar humano associado ao ambiente físico, pois ambos têm uma influência muito grande entre si e na transformação da emocionalidade vivida pelos clientes. Assim, na prática diária de cuidados é importante mobilizar ações/interações como: acolher, cumprimentar, expressar afecto, preservar a segurança no quarto, sintonia com o mundo fantástico da criança, e gerir o ambiente familiar de forma adequada, para que a experiência de hospitalização se torne o mais positiva possível. É, igualmente, defendido que a preservação do quarto permite transformá-lo num local seguro onde a criança dorme, brinca e desenvolve outras atividades sem que associe à possibilidade de dor (Hockenberry & Wilson, 2014). No meu contexto profissional, um internamento de pediatria, existe um espaço próprio onde tendencialmente são realizados procedimentos dolorosos – sala de tratamentos -, para que a criança possa sentir-se segura noutros espaços, como no seu quarto ou na sala de atividades. Para além disso, atualmente este serviço constitui um **ambiente físico** mais colorido, iluminado e apela não só ao “mundo da brincadeira” mas respeita também as características dos adolescentes, pois finalmente se encontra remodelado. Esta tão demorada evolução constitui uma enorme satisfação para toda a equipa e um estímulo futuro para o desenvolvimento infantil e bem-estar da díade criança/família, pois o ambiente físico é de extrema importância, principalmente em contexto pediátrico. Segundo Diogo (2015), em contexto pediátrico, a utilização pelos enfermeiros de fardas coloridas e ornamentadas com bonecos e pins, revela uma demonstração clara de sintonia com o ambiente físico. Efetivamente, os enfermeiros pretendem atenuar o “efeito das batas brancas” quando associadas, principalmente pelas crianças mais pequenas, a procedimentos dolorosos anteriores. Neste ramo, é notória a preocupação demonstrada pela equipa de enfermagem, onde os pins são o recurso mais utilizado devido à ainda inexistência de fardas coloridas, com benefício.

Numa outra vertente de ambiente pediátrico, é imprescindível que, por exemplo, demonstre flexibilidade relativamente a determinados aspetos das normas institucionais, consoante as necessidades da criança/família, como é exemplo o horário de visitas (presença de um elemento significativo depois da hora estabelecida em norma), de forma a proporcionar condições favorecedoras a **um desenvolvimento global da criança** e consequente redução do impacto da hospitalização no binómio criança/família,

demonstrando a integração da filosofia dos **Cuidados Centrados na Família**, Um aspeto que tem influência particular no desenvolvimento de cuidados centrados na família é o **método de organização de cuidados de enfermagem**, que no meu serviço é tendencialmente o de Enfermeiro de referência, o que potencializa a adoção desta filosofia pela equipa e facilita o trabalho emocional.

Ao longo deste percurso formativo, foram várias as situações de interação/comunicação que estabeleci com a criança/jovem e sua família. Todas as situações experienciadas foram realizadas num **ambiente acolhedor** e informal, garantindo desde o primeiro contacto com a criança/jovem e família um contexto apropriado para o estabelecimento da comunicação, na medida que uma atitude acolhedora e efetiva demonstrada através do olhar, do tom de voz, ou do toque poderão estabelecer vínculo terapêutico mais eficaz (Calvetti, Silva & Gauer, 2008). A utilização de uma comunicação personalizada, simples e apropriada ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem e sua família tendo em conta o seu contexto sociocultural, nível de conhecimento e estado emocional foram também pressupostos tidos em conta e que segundo Hockenberry (2014) são fundamentais para o estabelecimento de uma comunicação efetiva. Segundo esta autora, os enfermeiros devem utilizar uma apresentação adequada, garantindo privacidade e confidencialidade. Adequar a comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança, incentivar o envolvimento dos pais, escutá-los cuidadosamente, usar o silêncio e empatia são técnicas de comunicação fundamentais (Hockenberry, 2014). De acordo com a idade e desenvolvimento da criança socorro-me da **linguagem dos inhos**, como forma de expressar afeto e que as crianças se sintam cuidadas com carinho e consideração. Por outro lado, recorro às componentes físicas (paredes com desenhos, televisão com filmes, brinquedos) em sintonia com o mundo infantil (brincadeira, cantar, mobilizar a 3ª pessoa) como forma de transformar positivamente a experiência e facilitar a adaptação à situação de doença e hospitalização.

Entre as várias atividades desenvolvidas, saliento as **atividades lúdicas e expressivas** adequadas ao desenvolvimento da criança. A participação em jogos, ler em voz alta, histórias infantis e participar em pinturas foram algumas das atividades que desenvolvi individualmente com a criança, as quais considero terem sido essenciais para minimizar o stress face à hospitalização, na medida em que o brincar é fundamental para o bem-estar mental, emocional e social das crianças (Sanders, 2014). Por sua vez, Maia, Ribeiro & Borba (2011) referem o brincar como estratégia adequada para os enfermeiros se aproximarem das crianças, estabelecerem ligação, empatia e relação de confiança. Segundo Hockenberry & Barrera (2014) para além dos cuidados centrados na família que reconhece esta como uma constante na vida da criança, é importante que os profissionais desenvolvam cuidados não traumáticos, sendo estes “ intervenções que eliminem ou

minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares (...) (Hockenberry & Barrera, 2014, p. 11).

Embora atualmente se valorize uma prestação de cuidados de enfermagem à criança e família o menos traumática possível, o que se verifica nos contextos da prática clínica é que muitos procedimentos e técnicas que se realizam são dolorosos e ameaçadores. Intervenções seguras e eficazes por parte dos profissionais de saúde que minimizem esses efeitos na criança, jovem e família são fundamentais. O conceito de **cuidados não traumáticos** representa uma tendência promissora e orientadora na qualidade dos cuidados à criança e família com necessidades paliativas, constituindo um modelo de cuidados de intervenção essencial para o EEESCJ complementando o conceito de parceria de cuidados. Por forma a aperfeiçoar esta constatação, implementei o **brinquedo terapêutico** (Apêndice IX) na sala de tratamentos recorrendo a diverso material lúdico-pedagógico, permitindo informar e treinar estratégias de adaptação, facilitando a expressão de sentimentos e emoções, bem como o desenvolvimento da relação de confiança com os enfermeiros. Brincando e tocando nos materiais e nos brinquedos que simulam o meio hospitalar, a criança familiariza-se de uma forma tranquila com o que, em situações reais de procedimentos, pode ser assustador, recebendo orientações, manipulando e fazendo perguntas sobre os materiais hospitalares, ocorrendo uma desmistificação desses objetos. Aquando de punções venosas e tratamentos em lactentes e recém-nascidos, recorri várias vezes ao uso da sacarose associada à sucção não nutritiva, bem como estratégias de distração através da utilização de brinquedos, possibilitando e incentivando a permanência dos pais durante a realização dos procedimentos. É de ressaltar, que o brincar e a exemplificação num boneco ou nos pais, foi uma técnica que utilizei nas crianças em idade toddler durante a realização de procedimentos dolorosos e em crianças a partir da idade escolar, a explicação prévia do procedimento, do motivo da dor, a estimulação do autocontrolo pelo ensino de medidas simples como respirar lentamente e de forma ritmada, inspirar pelo nariz e expirar pela boca, e o estabelecimento de limites temporais foram utilizados como estratégias importantes. Perspetiva apoiada por Fernandes (2000, p.117) que salienta que, “a compreensão da dor, a perceção do seu controlo e a expectativa de alívio, contam-se entre os fatores que influenciam a perceção da dor na criança”.

Note-se que, por vezes, as crianças podem acusar os enfermeiros de serem os responsáveis pelo seu desconforto, comunicando-lhes o seu distress. Então os enfermeiros procuram reparar esse relacionamento cedendo-lhes tempo para estarem com elas, por exemplo, no fim do turno (Diogo, 2015). A teórica de enfermagem Jean Watson (2002) é uma das grandes defensoras de que cuidar envolve ações carinhosas, sentimentos harmoniosos e a complexidade dos afetos. Os enfermeiros podem participar neste espaço de amor, de cuidar, de entrega, de profundidade que sustém a infinidade da nossa

humanidade (Watson, 2005). Nesta lógica e de acordo com Diogo & Baltar (2014), cuidar envolve a dádiva de afeto, o amor, com o qual os cuidados se aproximam do nível mais elevado da consciência de cuidar. O cuidar e o ato de amor compassivo (compaixão, bondoso) potencia o healing para o próprio e para os outros. Desta forma, devem ser planeadas e implementadas **sessões de formação sobre o trabalho emocional**, capacitando os enfermeiros, pois é essencial aprender a perceber emoções e sentimentos, tanto dos prestadores de cuidados como das pessoas cuidadas (Collière, 2003). Os enfermeiros precisam ter tempo e um ambiente propício para compreender, discutir e refletir sobre a prática (Henderson, 2001) aumentando desta forma o seu bem-estar e a qualidade dos cuidados de enfermagem. Foi neste sentido e atendendo ao terceiro objetivo de estágio que, por um lado, realizei uma **sessão formativa** sobre o Trabalho Emocional em Cuidados Paliativos Pediátricos (Apêndice V) e por outro lado, promovi **momentos informais de partilha e reflexão** sobre situações de cuidados emocionalmente intensos, sendo eu o elemento dinamizador desta atividade. Watson (2002) defende que o envolvimento emocional na prática dos enfermeiros é necessário para produzir o processo reflexivo para que a ajuda seja dada; o enfermeiro ajuda o cliente a integrar a experiência subjetiva com uma visão externa da situação. Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida (2015) concluem que para que seja conferido a devida visibilidade a este trabalho emocional em contextos de cuidados pediátricos, torna-se essencial que os profissionais de enfermagem se consciencializem e adotem estratégias específicas em enfermagem pediátrica através da reflexão sobre as práticas baseadas na evidência científica, pelo que foi nesse sentido que elaborei um **registo reflexivo** (Apêndice III).

5. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O percurso de estágio desenvolvido tem como finalidade a aquisição de competências de EEESCJ, que são preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010). Este processo de ensino-aprendizagem contribuiu para o desenvolvimento de um pensamento-ação de enfermagem mais completo e mais complexo. Decorrente das experiências vividas e refletidas, passei a conceber a enfermagem de saúde infantil e pediatria como um domínio que implica não só conhecimentos teórico-práticos específicos, como também um conhecimento profundo do próprio, para que seja possível o recurso efetivo do *self* no cuidado ao Outro, tal como Jean Watson preconiza. Desta forma, na minha perspetiva, inspirada em Diogo (2015), o trabalho emocional surge como um processo fundamental para que os enfermeiros consigam regular as suas emoções, gerindo-as de uma forma saudável para cuidar da pessoa holisticamente. Assim como cuidar constitui o núcleo holístico do trabalho de enfermagem (Watson, 2006), o trabalho emocional reconhece a humanidade dos enfermeiros e o profissionalismo.

É na vivência prática que o saber teórico se aplica e se desenvolve, sendo a ação a base sobre a qual se pode refletir sobre essa mesma prática. Ao integrar-se em determinado ambiente, sob determinadas condições e em interação, a pessoa vê potenciada a sua capacidade de comunicação interpessoal e intergrupar, fatores esses que concorrem na otimização das aprendizagens e do autoconhecimento. No processo de aquisição de competências, a reflexão na ação tem um papel preponderante devido à mobilização de saberes e à reorganização do pensamento e ação, que resulta das interações num meio em constante mudança, da capacidade de adaptação, da autonomia e responsabilidade. A transformação pessoal decorre do caminho que é percorrido desta reflexão (Benner, 2001).

Face ao exposto, o enfermeiro modifica e reflete sobre a sua ação, tendo em conta a melhor evidência científica, adaptando o seu modo de cuidar aos padrões de qualidade esperados. Admite-se assim, que o processo de aquisição de competências é um processo cíclico de autorreflexão do cuidar, em que os padrões de qualidade individuais se vão alterando à medida que o enfermeiro se constrói enquanto profissional. Kolb (1984) corrobora esta ideia, ao referir que a aquisição de competência de EEESCJ é um processo de aprendizagem repleto de transformações contínuas de criar e recriar.

A OE (2010, p.3) define como critérios para a aquisição do título de EEESCJ o desenvolvimento de competências comuns, aquelas que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas “(...) demonstradas através das sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessória” e de

competências específicas, as que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”.

A minha experiência em contexto de cuidados de saúde primários, em que estabeleci com o binómio criança/família uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, promovi as competências parentais da família e despistei precocemente situações de doença, concorrem para a aquisição da competência que preconiza que o enfermeiro “Assiste a criança/jovem com a família da maximização da sua saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.2).

Relativamente à segunda competência do Regulamento da OE - “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” – destaco diversas atividades que espelham a aquisição desta competência: no âmbito da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais em que prestei cuidados a RN prematuros com grande instabilidade hemodinâmica e com patologias raras; a abordagem de uma criança em mal convulsivo na Urgência de Pediatria (Suporte Avançado de Vida Pediátrico); a experiência vivida numa Unidade de Internamento especializada em crianças com doenças crónicas complexas, em que a gestão de terapias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor era frequente, as estratégias para a “dignificação da morte” evidentes, assim como o apoio às famílias no processo de luto uma realidade.

Numa outra vertente, em contexto de cuidados de saúde primários, ao promover o crescimento e o desenvolvimento infantil através da transmissão das orientações antecipatórias às famílias, resultantes da avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança (Escala de desenvolvimento de Mary Sherindan e Growing Skills), procurei desenvolver a terceira competência estabelecida pelo Regulamento da OE (2010, p.5) - “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”. Destaco, ainda, as estratégias de comunicação que procurei diversificar em todos os contextos de estágio (brincadeira terapêutica), a promoção da expressão das emoções (sessões de análise das práticas), as intervenções que visaram a promoção da esperança realista e da vinculação pais/RN (cartões da esperança) como atividades fulcrais para o desenvolvimento da competência supracitada.

A relação de cuidados com intencionalidade terapêutica, construídas no ato de cuidar, contribuíram para a prestação de cuidados em parceria e com o recurso frequente à negociação e *empowerment* do cliente pediátrico, inscritas na filosofia de cuidados centrados na família. Por sua vez, e sustentado pela investigação sobre as emoções no cuidar de Enfermagem, o trabalho emocional é essencial na relação de cuidados, é uma dimensão da prática dos enfermeiros para que consigam mostrar sensibilidade afetiva e

compreensão pelo Outro e lidar, simultaneamente, com a influência das emoções na sua pessoa (Diogo, 2015). Assim, no contexto de internamento de Pediatria, tal como Diogo (2015) sugere, foi possível refletir sobre a dupla centralidade do trabalho emocional, onde para além da regulação da disposição emocional para cuidar, procurei promover um ambiente seguro e afetuoso, nutrir os cuidados com afeto, gerir as emoções dos clientes e construir a estabilidade na relação. Em suma, procurei tornar o trabalho emocional mais explícito e mais visível nos diversos contextos de estágio através do recurso à prática reflexiva assente na evidência científica.

6. PROJETOS FUTUROS

Do percurso realizado emergiram ambições para a realização de iniciativas futuras. Assim, num futuro próximo, pretendo dinamizar a formação que estruturei e desenvolvi para o contexto de Internamento de Pediatria no âmbito dos cuidados paliativos pediátricos, com a proposta de um plano de formação constituído por dois Módulos:

- 1) Cuidados Paliativos Pediátricos – A intervenção do Enfermeiro Especialista;
- 2) O Trabalho Emocional em Pediatria – uma dimensão do cuidar.

Fica em aberto a possibilidade de implementar o elemento “gestor de caso” dos Cuidados Paliativos Pediátricos na equipa de enfermagem do Internamento de Pediatria. É de salientar, que já foi dado o primeiro passo através da criação de elementos de ligação em todos os contextos com clientes pediátricos. Contudo, ainda há um longo caminho a percorrer.

Perspetiva-se ainda a instituição de um momento formal de discussão e reflexão trimestral sobre a prática de cuidados de enfermagem (sessão de análise das práticas), dando especial enfoque à partilha de situações de cuidados emocionalmente intensas e estratégias futuras a adotar como forma de promover o bem-estar emocional na equipa de enfermagem (prevenindo o desgaste emocional e o *burnout*). Estas ações vão ao encontro do que advoga Smith (2012), ao defender que o trabalho emocional deve ser treinado de forma sistemática.

Segundo Diogo (2012), tornar o trabalho emocional mais explícito e mais visível proporciona aos enfermeiros melhores possibilidades de desenvolverem competências para lidar adequadamente com a pressão emocional, situações de stress e na mobilização de estratégias de gestão emocional nos cuidados ao cliente. Esse é também o desafio que proponho, reforçando a documentação das intervenções de dimensão emocional que são realizadas através de uma prática reflexiva e sustentada.

Estes três novos projetos surgem como futuros e constituem uma semente que a seu tempo certamente irá florescer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste Relatório constituiu um marco na minha vida pessoal e profissional e reflete uma constante adaptação aos novos desafios da Enfermagem Pediátrica.

O final de um ciclo implica uma avaliação reflexiva sobre a concretização dos objetivos delineados, mas sobretudo uma reflexão crítica acerca da aprendizagem resultante dessa experiência. Por um lado, este trajeto contribuiu para a percepção da forma como as temáticas abordadas ao longo do percurso formativo influenciam e se refletem nos cuidados de enfermagem prestados, com o intuito de que estes se possam revelar como uma prática sustentada em concepções teóricas de enfermagem. Por outro lado, evidenciou a necessidade de uma prática baseada na evidência, em que o conhecimento deve ser sempre suportado pela investigação, contribuindo para uma tomada de decisão atualizada e orientada para as necessidades do cliente/família e comunidade.

Para a aquisição das competências específicas de EEESCJ foi imprescindível desenvolver um percurso de aprendizagem no domínio teórico e prático, ao longo de 18 semanas de estágio, em quatro contextos pediátricos distintos, para os quais foram definidos os objetivos e as respetivas atividades para a operacionalização dos mesmos. Procurei assim, em toda a sua extensão, compreender a dimensão emocional do cuidar, de forma a desenvolver estratégias facilitadoras de uma relação terapêutica com intencionalidade.

Na prestação de cuidados, o enfermeiro mobiliza comportamentos específicos, ou seja, os outputs de desempenho que, pela sua constância e regularidade, refletem as competências (Serrano, Costa & Costa, 2011). Note-se que, a ação de cuidar deve ser suportada pelo conhecimento do cliente, e que as intervenções de enfermagem se devem sustentar num pensamento crítico e numa prática reflexiva a cada circunstância, de forma a que os cuidados sejam individualizados e personalizados.

Quanto ao objeto de estudo do presente Relatório – o Trabalho emocional no Cuidar em Enfermagem Pediátrica – este inspirou os objetivos e as atividades que foram desenvolvidas, as quais incidiram fortemente nos processos emocionais inerentes ao desenvolvimento de uma relação entre o enfermeiro e o cliente, valorizando a experiência humana das emoções que se encontra omnipresente nas situações de cuidados e que as influencia. A reflexão sobre experiências que envolvem trabalho emocional contribuiu, por um lado, para uma melhor consciencialização e integração do conceito na orientação para a prática de Enfermagem explicitando a sua intencionalidade terapêutica, e por outro lado, para uma gestão emocional interna, para um crescimento e conhecimento próprio, promovendo o desempenho deste trabalho emocional. Permitiu ainda clarificar o campo de ação dos enfermeiros promovendo o cuidar humano (Watson, 2002).

Quanto às experiências que o estágio me proporcionou, considero que foram muito enriquecedoras, tendo sido uma mais valia conhecer realidades distintas daquela onde exerço funções, na medida em que o contato com um “saber fazer” distinto do que habitualmente experiencio, contribuiu para valorizar aspetos positivos que anteriormente não tinha percecionado que existiam no meu contexto de prática de cuidados. Acrescento ainda que transformei a minha perspetiva, ao perceber que a dinâmica e o *knowhow* da equipa se foi desenvolvendo muito com o decorrer do tempo. Assim, constatei que o local onde se valoriza de facto os cuidados emocionais ao cliente pediátrico é efetivamente o meu local de trabalho, onde há inclusivamente um grupo de trabalho dedicado a esta temática.

Em suma, e relembrando a ideia inicial de que a ciência do cuidar não pode permanecer desligada ou indiferente às emoções humanas, de dor, alegria, sofrimento, medo, raiva (Watson, 2002, 2005), torna-se imperioso que no contexto de cuidados à criança e família, quer em situação de internamento hospitalar, quer no âmbito da saúde comunitária, seja perspetivada a dimensão emocional dos mesmos. Assim, considero que o rumo que a Enfermagem tem de seguir no futuro, se centra em cuidados de enfermagem de nível avançado no sentido do binómio criança/família e é neste sentido, de uma enfermagem avançada, que procuro desenvolver a minha prática diária de cuidados.

Desta forma, posso afirmar com convicção que atingi os objetivos a que me propus e que este processo de aquisição de competências é apenas o início da construção da minha identidade enquanto EEESCJ.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (n.d.). *Monitorização do Serviço Nacional de Saúde*. Acedido em Maio de 2016. Disponível em: <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/benchmarking/enquadramento/objectivos.aspx>
- Alarcão, I (2001). Formação reflexiva. *Referência*. Coimbra, 6, 53-59.
- Alligood, M.; Tomey, A. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Alves, S. (2011). *Parentalidade e Atenção Paliativa Pediátrica: Necessidades e Dificuldades Emocionais dos Pais e dos Irmãos da Criança Doente*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos. Porto: ICSUCP.
- Alves, E., Dessunti, E., & Oliveira, M. (2013). O Pensamento Reflexivo na Enfermagem: Revista Integrativa. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 3(3), 47-63.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care. (2000). Palliative care for children. *Pediatrics*, 106, 351-357.
- Arrambide, M., Proc, O., Miravete, J., Pérez-Yarza, E., & Caro, I. (2004). Los cuidados paliativos: um modelo de atención integral al niño gravemente enfermo y a su familia. *An. Pediatr.*, 61 (4), 330-335.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) (2006). Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos: Recomendações da APCP. Acedido a 10.03.2015. Disponível em http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes-Formacao_em_CP.pdf
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), (2015). *Revista Cuidados Paliativos*, 2(1), 1-29.
- Association for Children with Life Threatening or Terminal Conditions and their Families (ACT) and the Royal College of Paediatrics and Child Health. (1997). *A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services*. Londres.
- Barbier, J. M. (1993). *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto.
- Barrera, P. & Hockenberry, M. J. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica, 1. In Hockenberry, M. J & Wilson D. (Eds). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.) (Vol 1, pp 1-20). Loures: Lusociência.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica*. 2a ed. Lisboa: Climepsi.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bloch, H., Lequien, P., & Provasi, J. (2006). *A criança prematura*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Bluebond-Langner, M., Beecham, E., Candy, B., Langner, R., & Jones, L. (2013). Preferred place of death for children and young people with life-limiting and life-threatening conditions: A systematic review of the literature and recommendations for future inquiry and policy. *Pall Med*, 27 (8), 705-713.
- Brennan, A. (1994). Caring for children during procedures: a review of literature. *Paediatric Nursing*, 20(5), p. 451-456.
- Brown, E. (2007). Children's Developmental Understanding and Emotional Response to Death and Dying. In E. Brown, & B. Warr, *Supporting the Child and the Family in Paediatric Palliative Care*. (pp. 108-127). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Cadete, J. (s.d.). O "enfermeiro de família" cria proximidade nos cuidados de saúde (OE, Ed.). Obtido em Janeiro de 2016 de <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/asr/PublishingImages/OENORTE.pdf>
- Calvetti, P., Silva, L., & Gauer, G. (2008). Psicologia da Saúde e Criança Hospitalizada. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 2, pp. 229-234.
- Charepe, Z. (2004). Integração dos pais nos cuidados à criança com doença crónica, *Revista Nursing*, 191, p. 6–12.
- Charepe, Z. (2011). Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua Promotor de Esperança. In *O impacto dos grupos de ajuda mútua no desenvolvimento da esperança dos pais de crianças com doença crónica: Construção de um modelo de intervenção colaborativa*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2011. 577 p. Tese de Doutoramento.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Contro, N., & Scofield, S. (2006). The power of their voices: Child and family assessment in pediatric palliative care. In A. Goldman, R. Hain, & S. Liben, *Oxford Textbook of Palliative Care for Children* (pp. 143-153). New York: Oxford University Press .
- Costa, J. (s.d.). *Métodos de Prestação de Cuidados*. Obtido em Março de 2016 e disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>
- Craig, J. & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Dewey (1933). *How we think*. Classic and highly influential discussion of thinking. New York, United States of America: D.C. Heath.
- Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2012). O trabalho emocional em Enfermagem como foco de investigação e reflexão. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 4, p. 2-9.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica. Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Lisboa: Lusociência.
- Diogo, P., & Baltar, P. (2014). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem

- acompanhante: o trabalho emocional em enfermagem. E-Book do IV Congresso Internacional ASPESM, 148-160.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, 43-51.
- 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
- Direção Geral de Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.
- European Association for Palliative Care. (2007). IMPaCCT: standards for pediatric palliative care in Europe. *European Journal of Palliative Care*, 14 (3), 109-114.
- European Association for Palliative Care (EAPC) (2009). *Cuidados Paliativos para Recém Nascidos Crianças Jovens: Factos*. Roma: Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus.
- Fernandes, A. (2000). *Crianças com Dor, o Quotidiano do trabalho de dor no Hospital de Coimbra*. Coimbra: Quarteto.
- Fernandes, D. (2012). O atendimento à criança na urgência pediátrica. Obtido e Janeiro de 2016 de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20atendimento%20à%20criança%20na%20Urgência%20Pediátrica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESIP.pdf>
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 45- 60.
- Fernandes, N. & Silva, E. (2015). Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(4), 107.115.
- Feudtner, C., Christakis, D., & Connell, F. (2000). Pediatric deaths attributable to complex chronic conditions: a population based study of Washington state, 1980-1997. *Pediatrics*, 106 (1), 205-209.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusodidata.
- Friebert, S. (2012). Best practice in pediatric care: giving voice to the voiceless. *Prog Palliat Care*, 20 (6), 327-330.
- Goleman, D. (2002). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e debates.

- Gomes, B., Sarmiento, V., Ferreira, P., & Higginson, I. (2013). Estudo epidemiológico dos locais de morte em Portugal em 2010 e comparação com as preferências da população portuguesa. *Acta Med Port*, 26 (4), 327-334.
- Henderson, A. (2001). Emotional labor and nursing: an under-appreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry*, 2(8),130–8.
- Himelstein, B. P. (2006). Palliative care for infants, children, adolescents, and their families. . *Journal of Palliative Medicine*, 9 (1), 163-181.
- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 122-187). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M., Wilson, D., & Winkelstein, M. J. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª Edition ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Hoffenkanp, H., Tooten,A., Hall, R., Croon, M., Braeken, J., Winkel, F., et al.(2012). The Impact of Premature Childbirth on Parental Bonding. *Evolutionary Psychology*, 10(3),542–61.
- International Council Of Nurses (2010). Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros. [Consult. 17 Jan. 2016]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf.
- IMPaCCT. (2007). *Standards for pediatric palliative care in Europe*. (E. J. Care, Ed.) Obtido em 15 de Abril de 2015, de <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=ShMQyZuTfqU%3D>
- Instituto de Apoio à Criança (2000). Carta da Criança hospitalizada. Lisboa: Edições IAC.
- International Children's Palliative Care Network*. (s.d.). Obtido em 10 de Abril de 2015, de www.icpn.org.uk
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança – (Re) Pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociencia.
- Knapp, C., Woodworth, L., & et al. (2011). Pediatric Palliative care provision around the word: a systematic review. *Pediatric Blood Cancer*, 57, 361-368.
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall.

- Lacerda, A. F., Pinto, C., Ferreira, F., Salazar, H., Mendes, J., Oliveira, J., et al. (2013). Cuidados Paliativos Pediátricos - que futuro em Portugal? *Reunião " Cuidados Paliativos Pediátricos: Uma Reflexão. Que futuro em Portugal?"* (pp. 1-22). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lacerda, A. F., Dinis, A., Romão, A., Menezes, B., Pinto C., Calado, E., et al. (2014). *Cuidados Paliativos Pediátricos - Relatório do grupo de trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde*. Acedido em Março de 2016. Disponível em <http://www.apcp.com.pt/uploads/Relato-rio-do-GdT-de-CPP.pdf>
- Maia, E., Ribeiro, C., & Borba, R. (2011). Understanding nurses awareness as to the use of therapeutic play in children care. (USP, Ed.) *Revista Escola Enfermagem*, 4, pp. 837-844.
- Machado, M. (2011). Prematuridade e Saúde Perinatal. *Eff. Perinat. Intensive Care Eur.* – Epic.3:2.
- Martins, M., Ribeiro, C., Borba, R. & Silva, C. (2001). Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com a utilização do brinquedo terapêutico. *Rev Lat-am Enf.*, 9 (2), p. 76-85.
- Maunder, E. (2006). Emotion Work in the palliative nursing care of children and young people. *Int. Jour. of Palliative Nursing*, 12(1), p.27-33.
- McCreight (2005). Perinatal grief and emotional labour: A study of nurses' experiences in gynae wards. *International Journal of Nursing Studies*, 42(4), p.439–448.
- McQueen (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), p.101–108.
- McVicar, A. (2003). Labourplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* , 44 (6), 633-642.
- Mendes, J., Silva, L. J., & Santos, M. J. (2012). Cuidados paliativos neonatais e pediátricos para Portugal - um desafio para o século XXI. *Acta Pediátrica Portuguesa* , 43 (5), 218-222.
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. Loures: Lusociência.
- Morse, J., Solberg, S., Neander, W., Bottorff, J. & Johnson, J. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Science*, 13(1), p.1-14.
- Morse, J. M., Bottorff, J., Anderson, G., O'Brien, B., & Solberg, S. (2006). Beyond empathy: expanding expressions of caring. *Journal of Advanced Nursing* , 53, 75-90.
- Murphy, P. A., & Price, D. M. (1995). Taking a positive approach to end-of-life care. . *The American Journal of Nursing* , 95 (3), 42-43.
- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Referência*, III(8), 125-134.

- Oliveira, M. (2011). *Caminhos de Esperança: O Adolescente/ Família portador de Doença Crónica*. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Lisboa: ICSUCP.
- Ordem Dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem Dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume III*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à acção*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (1998). *Cancer pain relief and palliative care in children*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (2012). Preterm birth. Acedido em www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/index.html
- Pedro, I., Nascimento, L., Poleti, L., Lime, R., Mello, D. & Luiz, F. (2007). O brincar em sala de espera de um ambulatório infantil na perspectiva de crianças e seus acompanhantes. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 15 (2). Acedido a 30.06.2015. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a15.pdf
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estados Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14(1), 24-38. Acedido a 30.06.2015. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38(1).pdf)
- Pimentel, A. (2007). A Teoria da Aprendizagem Experiencial 812 como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*, 2 (12), 159-168.
- Regulamento n.º 123/2011 de 20 de Novembro de 2010. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Diário da República II série, N.º 35 (18 de Fevereiro de 2011) 8653-8655.

- Roper, N., Logan, W., Tierney, A. (1995). *Modelo de Enfermagem*. 3ª edição. Alfragide: Editora McGraw-Hill de Portugal
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Santos, A. (2011). NIDCAP: Uma filosofia de cuidados... *Nascer e Crescer*, 20(1), 26-31.
- Serrano, M., Costa, A. & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III(3),15-23.
- Silva, L. (2010). Luto em Neonatologia. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41(6), 281-284.
- Silva, N. (2014). *Teoria da Vinculação*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Shah, I., Clements, M., & Poehlmann, J. (2011). Maternal Resolution of Grief After Preterm Birth: Implications for Infant Attachment Security. *Pediatrics*, 127(2), 284–92.
- Shin, H., & White-traut, R. (2010). The conceptual structure of transition to motherhood in the Neonatal Intensive Care. In A. I. Meleis, *Transitions Theory* (p. 641). NY: Springer Publishing Company, inc.
- Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revisited: Can Nurses Still Care?* (2ªed). Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Soares, C, et al. (2013). Fim de Vida em Neonatologia: Integração dos Cuidados Paliativos. *Acta Médica Portuguesa*, 26(4), 318-326.
- Soveral, M. (2009). *Escrita e Formação: Pensamento e linguagem do enfermeiro*. Dissertação apresentada para obtenção de grau de Doutor em Ciências Educação, Educação e Desenvolvimento, à Faculdade de Ciências e Tecnologia/Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Swanson, K. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), p.352-357.
- Swiadek, J. (2009). The impact of healthcare issues on the future of the nursing profession: the resulting increased influence of community-based and public health nursing. *Nursing Forum*. 44 (1), p. 19-24.
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Teixeira, J. (s.d.). Nota de Abertura - Comunicação em Saúde. *Análise Psicológica*.
- Van Sant, J. E. (2003). *The process of connecting with patients' emotional pain in the psychiatric setting* . Dissertação, Widener University of Nursing, Pennsylvania.
- Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: uma revisão do conceito. *Rev. Ciências da Saúde da ESSCVP*, 5, p.41-50.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

- Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Watson (2006). Can an ethic of caring be maintained? *Journal of Advanced Nursing*, 54(3), 257–259.
- World Health Organization . (2010). Obtido em Março de 2015, de WHO definition of palliative care. : <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>
- Xavier, S. (2013). *Significar a competência emocional do enfermeiro na prestação de cuidados de conforto à pessoa em fim de vida*. Lisboa: Universidade de Lisboa, com a participação da Escola Superior de Enfermagem. Obtido de <http://hdl.handle.net/10451/10565>

APÊNDICES

Apêndice I - Guia Orientador das Atividades de Estágio



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

6º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Cuidados Paliativos Pediátricos: O Trabalho Emocional no Cuidar em Enfermagem

Discente:

Marta André das Neves nº 6085

Orientação: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

2016

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	3
1. PROBLEMÁTICA	5
2. CONTEXTOS DE ESTÁGIO	6
2.1 Cuidados de Saúde Primários - Unidade De Cuidados Na Comunidade (UCC)	7
2.2. Serviço de Urgência Pediátrica	11
2.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos	15
2.4. Serviço de Internamento de Pediatria Médica	18
2.5. Serviço de Internamento de Pediatria	20
3. CRONOGRAMA	22
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

NOTA INTRODUTÓRIA

O mundo desenvolvido tem assistido a uma redução significativa da taxa de mortalidade infantil e a um aumento da prevalência de doenças incuráveis e incapacitantes, com necessidade de cuidados paliativos complexos (EAPC, 2009). O presente projeto surge no seguimento desta constatação e tem como finalidade: contribuir para a melhoria da qualidade de vida e dos cuidados prestados à criança com necessidades paliativas e sua família. Na atualidade defende-se que cuidar de uma criança e da sua família constitui, não só um compromisso, mas um verdadeiro desafio para os enfermeiros. Para além da preparação técnico-científica e da habilidade em estabelecer uma relação terapêutica com a criança, torna-se necessário algo mais, não podendo a sua atuação restringir-se ao simples elo que se estabelece com a criança. Os enfermeiros procuram igualmente direcionar o seu foco de atenção para as necessidades da família, enquadrando a criança nesse mesmo ambiente familiar e ampliando o seu olhar para a comunidade na qual esse sistema familiar se encontra inserido (Hockenberry & Wilson, 2014). A criança é um membro essencial da unidade familiar e os cuidados de enfermagem são mais eficazes quando prestados com a convicção de que a família é parte integrante do cliente, aspeto essencial no âmbito dos Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP). Quanto à utilização do termo “criança” ou “crianças”, refere-se à pessoa com 18 anos de idade menos um dia (o que está preconizado enquanto idade pediátrica).

A vivência de um processo de doença pela criança que exige cuidados paliativos produz um forte impacto em toda a estrutura e dinâmica familiar, desde a esfera física, passando pela dimensão económica, espiritual, social e emocional. Inesperadamente, são “roubados” os planos, os sonhos e as expectativas de todos os que são família da criança (Alves, 2011). Deste modo, torna-se impreterível que no contexto de cuidados à criança e família, quer em situação hospitalar, assim como no âmbito da saúde comunitária, seja perspetivada a dimensão emocional dos mesmos. Os profissionais de saúde devem aprender a lidar com as suas emoções, para assim estarem melhor apetrechados a desenvolverem “cuidados centrados no relacionamento” (Goleman, 2002). Watson (2005) enfatiza esta ideia ao referir que a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente às emoções humanas.

Em termos sociais e clínicos, os Cuidados Paliativos Pediátricos ainda são encarados como um desafio por diversos motivos, nomeadamente, pelo facto de, socialmente, não se esperar que a criança morra devido a uma doença que não permitiu a cura, e pelo facto de alguns profissionais de saúde ainda encararem a morte da criança como uma derrota clínica, o que leva a que, por um lado, se insista na continuidade de tratamentos com intenção curativa quando estes já não são adequados e, por outro, se inicie tardiamente a atenção paliativa à criança e à família (ChIPPS, 1990, cit. por Arrambide, Proc, Miravete,

Pérez-Yarza, & Caro, 2004). Nesta área de cuidados de saúde, Portugal é considerado o país menos desenvolvido da Europa Ocidental, pelo que é urgente sensibilizar e formar profissionais, ao mesmo tempo que se desperta a consciência pública. A prestação de cuidados paliativos pediátricos ajustados implica um respeito particular pelos valores, desejos e expectativas da criança doente e da sua família e uma atenção especial pelos sinais e sintomas de experiência de sofrimento. É de ressaltar que todos temos uma atitude paliativa individual, mas os cuidados paliativos só serão eficazes quando forem prestados por uma equipa multidisciplinar devidamente qualificada (Mendes, Silva & Santos, 2012).

A investigação sobre as emoções no cuidar em enfermagem, tem vindo a revelar que o trabalho emocional é essencial nas interações terapêuticas, sendo uma dimensão da prática dos enfermeiros para que consigam mostrar sensibilidade e compreensão pelo outro, mas para, simultaneamente, aprenderem a lidar com a influência das emoções em si próprios (Diogo, 2006; Mercadier, 2004), aspetos imprescindíveis aos CPP. Assim, enquanto enfermeira no percurso para a especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (ESCJ) pretendo, não só, adquirir/desenvolver competências para ser perita na intervenção de enfermagem à criança com necessidade paliativa e respetiva família com enfoque no trabalho emocional, mas sobretudo contribuir para a formação das equipas de enfermagem, na qual estou inserida, visando uma orientação para as boas práticas de cuidados, num campo de intervenção de Enfermagem tão preocupante e emergente, e na qual podem aflorar as emoções mais extremas e perturbadoras.

Concomitantemente, e com recurso à implementação do presente projeto, pretendo ainda desenvolver as competências de EEESCJ (Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem) a um nível de Iniciado, incorporando novos achados na minha práxis através da cooperação “na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetue a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional”. (Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2010). É neste sentido que tenciono desenvolver o presente projeto de estágio, recorrendo a uma metodologia descritivo-reflexiva sustentada por constructos teóricos e evidência científica.

O presente Guia Orientador de Atividades realizadas em Estágio, inserido no 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria visa contribuir para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas, para a gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família. Optei por uma temática, que fosse significativa, que interferisse com a minha conceção pessoal de como deveria ser a realidade, um tema que “integra a teoria e a prática, sendo operacionalizável no real e estando ligado [à minha experiência]” (Castro, 1998).

1. PROBLEMÁTICA

A temática que se pretende estudar enquadra-se no âmbito da dimensão emocional da enfermagem pediátrica. Na sociedade atual são vários os elementos que emergem e justificam a necessidade e a urgência (do reforço) de formação sobre cuidados paliativos pediátricos. No contexto atual dos serviços de saúde, hospitalares e na comunidade, observa-se a crescente incidência de doenças de evolução prolongada que, por vezes, conduzem à situação terminal de vida e ao sofrimento, em paralelo com a maior esperança de vida, que no seu conjunto aumentam em número significativo as crianças que necessitam de cuidados paliativos. A negação e dessocialização da morte em pediatria, visíveis na sociedade em geral, e nos serviços de saúde, em particular, em que obstinadamente se investe com objetivos curativos e se dedica menos tempo, atenção e cuidados aos que caminham inexoravelmente para a morte (APCP, 2006), constituem outra evidência dessa mesma necessidade. Deste modo, e segundo Diogo (2012), é defendida a necessidade de tornar mais explícito o trabalho emocional que os enfermeiros desempenham na sua prática em diferentes contextos de cuidados, desenvolvendo o conceito por via da investigação e de uma prática reflexiva. Tornar o trabalho emocional mais explícito e mais visível proporciona aos enfermeiros melhores possibilidades de desenvolverem competências para lidar adequadamente com a pressão emocional, situações de stress e na mobilização de estratégias de trabalho emocional nos cuidados ao cliente (Diogo, 2012), principalmente em CPP. Assim, o problema identificado é “a emocionalidade vivenciada pelos Enfermeiros que cuidam de crianças e famílias com necessidades paliativas”, que nem sempre é valorizada mas que é problemática para os sujeitos envolvidos.

De acordo com Lacerda, et al. (2013), estima-se que existam 6000 crianças com necessidades paliativas em Portugal e que, muitas das crianças que morrem anualmente, não dispuseram de cuidados especializados que no fim da sua vida lhes aliviasse o sofrimento e a dor, reconhecendo-lhes dignidade e respeito, justificando-se assim a pertinência da problemática. Sabe-se que, por um lado, as famílias deveriam ter tido acesso aos apoios necessários para suportar o sofrimento e o luto antes e depois da morte dos seus filhos, facto que muitas vezes não se verifica e, por outro lado, que os enfermeiros estão conscientes das exigências do cuidar de outras pessoas (McCreight, 2005), mas nem sempre reconhecem as consequências pessoais e profissionais do seu trabalho emocional.

2. CONTEXTOS DE ESTÁGIO

A concretização dos estágios terá por base uma metodologia de reflexão na e sobre a prática e ainda a aprendizagem experiencial. Desta forma, a ação reflexiva implica uma consideração ativa, persistente e cuidadosa daquilo em que se acredita ou que se pratica, à luz dos argumentos que a justificam e das consequências a que conduz (Diogo, 2012). A reflexão é uma maneira de encarar e responder aos problemas (Dewey, 1933). Uma prática reflexiva conduz à (re)construção de saberes e tem por base a construção de uma circularidade em que a teoria ilumina a prática e a prática questiona a teoria. Isto pressupõe a apropriação dos saberes da experiência através de um processo de ação e reflexão contínua (Kolb, 1984). Segundo Alarcão (2001), o valor formativo da experiência resulta da conceptualização e da reflexão sobre essa mesma experiência. Ou seja, a aprendizagem experiencial tem, normalmente, duas condições associadas: o contacto direto com a realidade e a capacidade de agir sobre a mesma. Assim, a prática, só por si, pode não ser motivadora de crescimento e desenvolvimento se não for devidamente associada à reflexão.

As experiências de estágio constituem-se como espaços de formação e reflexão, pois permitem o desenvolvimento de saberes profissionais, com a aquisição de conhecimento, competências e valores específicos no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e família.

A seleção dos campos de estágio teve como alicerce a problemática de interesse e o benefício que trariam na aquisição/desenvolvimento de competências e deteve uma lógica evolutiva, ou seja, inicialmente foi selecionado o contexto de **Cuidados de Saúde Primários**, por ser o local onde a promoção da saúde e prevenção da doença são as atividades primordiais, em que a atuação contemplará a clarificação da temática dos CPP. Em seguida, o contexto de **Urgência de Pediatria** por ser o primeiro contacto que a criança, o jovem e a família têm com a possibilidade de hospitalização, e é por si só gerador de experiências emocionais intensas. Seguem-se a **Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais** e o **Internamento de Pneumologia Pediátrica**, que nesta lógica, são locais onde a criança pode ficar internada, e onde tenciono ter a oportunidade de experienciar duas realidades distintas de CPP, e desenvolver competências ao nível do trabalho emocional. Esta experiência irá culminar no meu contexto de trabalho, uma unidade de **Internamento de pediatria**.

Deste modo, foram delineados dois **objetivos gerais**: (1) Desenvolver competências de EEESCJ para prestar cuidados especializados, de grande complexidade e com elevado grau de qualidade às crianças, jovens e famílias e em diferentes contextos de cuidados pediátricos; (2) Desenvolver competências de EEESCJ no âmbito do trabalho emocional em cuidados paliativos pediátricos.

2.1. Cuidados de Saúde Primários - Unidade De Cuidados Na Comunidade (UCC)

O estágio irá realizar-se na Unidade de Cuidados na Comunidade durante quatro semanas, entre 28 de Setembro e 25 de Outubro de 2015. A escolha deste centro de saúde relacionou-se sobretudo com a facilidade de acesso, recomendação de colegas e pelo facto de poder desenvolver todas as competências de EE com ênfase nas competências de EEESCJ preconizadas pela OE.

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) é uma das unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Algarve I Central que presta cuidados de saúde integrados, articulados, diferenciados e de proximidade à comunidade com autonomia técnica, em articulação interinstitucional e intersectorial. Tem como missão colaborar na “melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, concorrendo assim de modo direto para o cumprimento da missão do ACES em que se integra” (artigo 3.º, ponto 1 do Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril). Nesse âmbito, presta cuidados de saúde e apoio psicológico/social ao nível domiciliário e comunitário, principalmente às pessoas, famílias/grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco de dependência física e funcional ou patologia, que requeira cuidados de proximidade; intervém na educação para a saúde da comunidade; promove o desenvolvimento e integra redes de apoio à família; diligencia estratégias para garantir a continuidade e qualidade dos cuidados prestados e participa na formação de diversos grupos de profissionais nas fases: pré-graduada, pós-graduada e contínua. No âmbito da enfermagem pediátrica, destacam-se os seguintes programas/projetos de promoção, prevenção e proteção da saúde: consultas de saúde infantil, educação e preparação para o nascimento e parentalidade, visita domiciliária ao recém-nascido, Saúde Escolar (Ajudar a crescer, primeiros socorros, alimentação, sexualidade), Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil (GASMI), Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), Semana do Bebê . Destaca-se ainda a Equipa de Cuidados Continuados Integrados e articulação com outras Unidades de Saúde Funcionais, nomeadamente as USF, USCP e USP.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) assumem um papel de enorme importância nos cuidados à criança com necessidades paliativas e respetivas famílias, nos novos problemas que daí advêm, os quais obrigam a uma procura incessante de respostas adequadas para estas novas necessidades (EAPC, 2009). São os serviços de saúde mais próximos das populações e têm por isso uma importante função de promoção e proteção da saúde e de prevenção da doença. Os cuidados domiciliários centrados na família são, não só o principal objetivo dos cuidados paliativos pediátricos, como também vão ao encontro do que a maioria das famílias desejam e tem um impacto positivo na qualidade de vida da criança (Ibidem).

No âmbito do contexto de Cuidados de Saúde Primários defini como objetivos específicos de aprendizagem:

- Desenvolver competências de EEESCJ no âmbito da maximização da saúde no cuidado à criança, ao jovem e sua família;
- Promover a educação para a saúde;
- Desenvolver estratégias de trabalho emocional em contexto de intervenção com a criança e família em situação de saúde;
- Enfatizar o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem no âmbito da gestão emocional na criança e família com necessidades paliativas.

O Quadro 1 ilustra o percurso planeado e posteriormente ajustado em colaboração com a Enf^a Orientadora e Coordenadora desta Unidade, sistematizando as atividades inerentes à concretização dos objetivos delineados.

Quadro 1. Contexto de Cuidados de Saúde Primários: Sistematização das atividades desenvolvidas para a operacionalização dos objetivo e aquisição de competências.

Objetivos	Atividades	Recursos
<p>1. Desenvolver competências específicas de EEESCJ no âmbito da maximização da saúde no cuidado à criança, ao jovem e sua família.</p>	<p>1.1. Conhecimento da estrutura física e organizacional do Centro de Saúde, através de uma visita guiada, consulta de protocolos, normas, procedimentos, projetos e espaço de análise conjunta com a Sr.^a Enf.^a Orientadora;</p> <p>1.2. Pesquisa e leitura de bibliografia relativa à estruturação dos CSP;</p> <p>1.3. Observação e colaboração nas diversas intervenções de enfermagem, procurando novas situações de aprendizagem com vista a consolidar conhecimentos;</p> <p>1.4. Observação participante de intervenções de enfermagem especializados na área da vigilância e promoção da saúde da criança e jovem: consultas de Enfermagem de Saúde Infanto-juvenil e transmissão de orientações antecipatórias às famílias;</p>	<p>- Protocolos do serviço;</p> <p>- Bibliografia pesquisada;</p> <p>-Material inerente à Escala de Mary Sheridan e Growing Skills.</p>

	<p>1.5. Aplicação de escalas de avaliação do desenvolvimento infantil (<i>Mary Sheridan Modificada e Growing Skills</i>);</p> <p>1.6. Participação nas 1ª Jornadas de Cuidados Paliativos Pediátricos com o intuito de obter os subsídios mais atuais na área dos CPP.</p>	
<p>2. Desenvolver estratégias de trabalho emocional em contexto de intervenção com a criança e família em situação de saúde.</p>	<p>2.1. Elaboração de uma reflexão estruturada segundo o Ciclo de Gibbs para apreciação crítica de estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem na gestão de emoções em CSP, à luz da evidência científica;</p> <p>2.2. Prestação de cuidados de enfermagem personalizados, enfatizando a dimensão emocional nas interações;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Artigos e livros pesquisados; - Diário de campo
<p>3. Promover a educação para a saúde.</p>	<p>3.1. Realização de uma dinâmica sobre as emoções no pré-escolar (enquadrado no projeto “ajudar a crescer”);</p> <p>3.2. Elaboração de folheto informativo de sensibilização para a comunidade sobre CPP, com enfoque na dimensão emocional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Computador portátil e Datashow - Plano de Sessão; - Material inerente à sessão Divertida-Mente (Diapositivos, Avaliação da sessão, Folhetos informativos, Cartões-situação, caixas)
<p>4. Enfatizar o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem no âmbito da gestão emocional na criança e família com necessidades paliativas.</p>	<p>4.1. Realização de uma sessão formativa de nível básico para os profissionais de saúde sobre Cuidados Paliativos Pediátricos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Computador portátil e Datashow; - Plano de Sessão; - Material inerente à sessão (Diapositivos, Avaliação).

Competências:

Competência **E.1**, mais especificamente as unidades 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” e **E1.2** “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”; a competência **E2** e respetivas unidades de competência **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” e **E2.5** “promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”; e por último a competência **E3**, destacando a unidade de competência **E3.1** “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”.

2.2. Serviço de Urgência Pediátrica

O estágio irá realizar-se na Urgência Pediátrica de um Centro Hospitalar, durante quatro semanas, entre 26 de Outubro e 22 de Novembro de 2015. A seleção deste local prende-se com o facto das crianças internadas no local onde presto cuidados serem maioritariamente provenientes da Urgência de Pediatria. Por outro lado, o ambiente de uma urgência pediátrica é geralmente pautado de grandes emoções mediatizadas pelos processos de doença que, muitas vezes, culminam no internamento da criança numa unidade de observação ou num serviço de internamento. Este evento é percebido como gerador de uma crise que provoca um enorme desequilíbrio no sistema familiar da criança (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). O Estudo de Charepe (2004) veio revelar que nos últimos anos se tem verificado um aumento progressivo de readmissões de crianças com doenças crónicas na urgência, na maioria das vezes, em situação de não agudização da doença. Estas famílias recorrem frequentemente à urgência por falta de conhecimentos e competências para lidar com as complicações da doença crónica da criança, o que sugere que a preparação dos pais para o regresso ao domicílio e a articulação com os recursos comunitários não tem sido suficientemente eficaz, e o que justifica a necessidade de intervenção de enfermagem nos diversos contextos de cuidados de saúde para a obtenção de cuidados paliativos pediátricos adequados.

Assim, para o contexto de Urgência Pediátrica defini os seguintes objetivos específicos de aprendizagem:

- Desenvolver competências específicas de EEESCJ no âmbito da maximização da saúde e em situações de especial complexidade;
- Desenvolver estratégias de trabalho emocional na relação de cuidados com a criança e família em situação de urgência;
- Analisar a experiência emocional do cliente pediátrico em contexto de Urgência ;
- Promover a sensibilização e discussão na equipa sobre Cuidados Paliativos Pediátricos;
- Enfatizar o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem no âmbito da gestão emocional na criança e família em contexto de urgência.

O Quadro 2 ilustra as atividades desenvolvidas com o intuito de concretizar os objetivos delineados.

Quadro 2. Contexto de Urgência Pediátrica: Sistematização das atividades desenvolvidas para a operacionalização dos objetivos e aquisição de competências.

Objetivos	Atividades	Recursos
1. Desenvolver competências específicas de EEESCJ no	1.1. Compreensão da estrutura física e organizacional do Serviço de Urgência Pediátrica,	- Protocolos do serviço;

<p>âmbito da maximização da saúde e em situações de especial complexidade.</p>	<p>através de uma visita guiada, consulta de protocolos, normas, procedimentos, projetos e espaço de análise conjunta com o Sr.^a Enf.^o Orientador;</p> <p>1.2. Pesquisa bibliográfica sobre atendimento da criança em situações de urgência/emergência, de forma a aprofundar conhecimentos sobre as estratégias de prevenção do medo nas várias valências de atendimento e consequente registo em diário de campo.</p> <p>1.3. Observação da atuação do enfermeiro especialista nos diversos contextos do serviço de urgência pediátrica e progressiva prestação de cuidados de enfermagem, procurando novas situações de aprendizagem com vista a consolidar conhecimentos;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bibliografia pesquisada; - Diário de campo; - Material inerente à prestação de cuidados.
<p>2. Desenvolver estratégias de trabalho emocional na relação de cuidados com a criança e família em situação de urgência.</p>	<p>2.1. Elaboração e implementação de um Guia de Acolhimento da Criança e Família: "Acolher Sem Trauma: O Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional em Contexto de Urgência de Pediatria", com o intuito de tornar a experiência de hospitalização de urgência o menos traumática possível e reduzir os stressores associados aos cuidados de saúde.</p> <p>2.2. Prestação de cuidados de enfermagem personalizados, enfatizando a dimensão emocional nas interações;</p> <p>2.3. Promoção de <i>Trauma-Informed Pediatric Care</i> através da implementação do protocolo D-E-F às crianças e famílias na Urgência de Pediatria.</p> <p>2.4. Operacionalização do</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Artigos e livros pesquisados; - Guia de Acolhimento; - Folheto de Acolhimento; - Material inerente ao <i>Trauma Informed Pediatric Care</i> (Guia do instrumento, Kit, folhetos com orientações antecipatórias, itens de avaliação); <i>Kit sem Trauma</i> (Material do brincar terapêutico).

	brinquedo terapêutico na sala de tratamentos, através da criação do “ <i>Kit Sem Taruma</i> ”, por forma a minimizar a dor associada a procedimentos invasivos bem como mediar o processo de desenvolvimento da Relação Terapêutica.	
3. Analisar o percurso do cliente pediátrico no contexto de Urgência Pediátrica à luz da experiência emocional;	<p>3.1. Prestação de cuidados de enfermagem nos diferentes contextos do Serviço de Urgência Pediátrica (triagem, sala de tratamentos/inaloterapia e sala de observação);</p> <p>3.2. Identificação das necessidades emocionais do cliente pediátrico, através da interação com o mesmo;</p>	<p>- Artigos</p> <p>- Material inerente à prestação de cuidados</p>
4. Promover a sensibilização e discussão na equipa sobre Cuidados Paliativos Pediátricos;	4.1. Identificação da necessidade de implementação do processo de referenciação do cliente pediátrico com necessidades paliativas entre Hospital de Dia –Internamento – Consulta Externa.	-Artigos
5. Enfatizar o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem no âmbito da gestão emocional na criança e família em contexto de urgência.	<p>5.1. Realização de uma sessão formativa direcionada aos profissionais de saúde, de dinamização do Guia de Acolhimento da Criança e Família e enfatizando a importância do trabalho emocional na urgência de pediatria.</p> <p>5.2. Dinamização de um espaço de partilha e reflexão mensal sobre experiências emocionalmente intensas em contexto de prática de cuidados à criança e família em situação de urgência (15 minutos);</p>	<p>-Computador portátil e Datashow;</p> <p>- Plano de Sessão;</p> <p>- Material inerente à sessão (Diapositivos, Guia de Acolhimento, Kit DEF, Avaliação).</p> <p>-Artigos</p> <p>- Sala de Enfermagem</p>

Competências:

competência E1 (unidades 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” e E1.2 “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”); competência E2 (unidades de competência E2.1 “reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”, E2.2 “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, optimizando as resposta” e E2.5 “promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”); competência E3 (Unidade de competência E3.3 “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”.

2.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

O estágio irá realizar-se na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos de um Centro Hospitalar, durante quatro semanas, entre 23 de Novembro e 20 de Dezembro de 2015. A opção por este contexto justifica-se com o facto de ser uma das unidades nacionais seguidora do modelo NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program), ter ligação com o meu local de trabalho e permitir o desenvolvimento das competências de EEESCJ. Neste sentido, com o principal objetivo de promover o correto desenvolvimento dos bebés prematuros e dos recém-nascidos gravemente doentes internados nas unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, o NIDCAP potencia uma melhoria significativa na prestação de cuidados, contribuindo para a redução do tempo de internamento dos recém-nascidos e promovendo o seu desenvolvimento motor e cognitivo, com ganhos futuros na aprendizagem e desenvolvimento emocional do bebé (Santos, 2011), fundamentando assim a opção por este contexto formativo. Efetivamente, o progresso extraordinário alcançado na área neonatal, permitiu a sobrevivência de muitos recém nascidos com doenças graves e o aumento de sobreviventes com sequelas igualmente graves (doenças crónicas complexas), transformando a morte num fenómeno mais raro e ocorrendo em fases mais tardias da vida do Recém nascido (RN) (Silva, 2010), sustentando assim, a necessidade/importância de se investir em cuidados paliativos deste o período neonatal.

Movida pela centralidade dos objetivos gerais preestabelecidos, procurei, direcionar os objetivos específicos deste percurso para a prática de cuidados de elevada complexidade ao recém nascido e sua família dando especial ênfase à gestão das necessidades emocionais deste sistema familiar, pois quando há uma alteração de saúde que se manifesta logo aquando o nascimento, ou até mesmo antes, e se revela a necessidade de internamento numa unidade de neonatologia, o impacto emocional sentido pela família é enorme.

Face ao exposto, defini para este contexto os objetivos específicos de aprendizagem:

- Desenvolver competências específicas de EEESCJ no âmbito das situações de cuidados de especial complexidade;
- Desenvolver estratégias de trabalho emocional na relação de cuidados com o Recém Nascido e a Família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais;
- Enfatizar o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem no âmbito da gestão emocional na criança e família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

O Quadro 3 reflete as atividades desenvolvidas com o intuito de operacionalizar os objetivos definidos.

Quadro 3. Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: Sistematização das atividades desenvolvidas para a operacionalização dos objetivo e aquisição de competências.

Objetivos	Atividades	Recursos
<p>1. Desenvolver competências específicas de EEESCJ no âmbito das situações de cuidados de especial complexidade;</p>	<p>1.1. Compreensão da estrutura física e organizacional da UCIN, através de uma visita guiada, consulta de protocolos, normas, procedimentos, projetos e espaço de análise conjunta com o Sr.^a Enf.^o Orientador;</p> <p>1.2. Pesquisa bibliográfica sobre as características fisiológicas do recém nascido (RN) de risco e avaliação do desenvolvimento do RN pré termo, de forma a aprofundar conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem a prestar em contexto de cuidados intensivos neonatais - elaboração de Registo Reflexivo</p> <p>1.3. Observação da atuação do enfermeiro especialista nos diversos contextos do serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica, e progressiva prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN pré-termo, de risco e família, procurando novas situações de aprendizagem com vista a consolidar conhecimentos;</p> <p>1.4. Observação e prestação de cuidados recém-nascidos com necessidades paliativas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolos do serviço; - Bibliografia pesquisada; - Registo Reflexivo; - Material inerente à prática de cuidados.
<p>2. Desenvolver estratégias de trabalho emocional na relação de cuidados com o Recém Nascido e a Família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais</p>	<p>2.1. Promoção da esperança e do pensamento positivo enquanto estratégia de trabalho emocional, através da celebração das competências dos pais e das conquistas e habilidades do RN, a fim de proporcionar experiências</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Artigos e livros pesquisados; - Material inerente à Atividade de Promoção da Esperança (cartões de celebração como o primeiro quilo ou o dia em que passou para o berço, Diário de conquistas do RN).

	<p>emocionalmente menos intensas e mais positivas, promover a vinculação e facilitar o processo da parentalidade;</p> <p>2.2. Prestação de cuidados de enfermagem personalizados, enfatizando a dimensão emocional nas interações;</p>	
<p>3. Enfatizar o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem no âmbito da gestão emocional na criança e família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.</p>	<p>3.1. Realização de uma sessão formativa direcionada aos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos neonatais, enfatizando a importância do trabalho emocional em contexto de cuidados intensivos neonatais;</p> <p>3.2. Dinamização de um espaço de partilha e reflexão mensal sobre experiências emocionalmente intensas em contexto de prática de cuidados ao RN e família em situação de cuidados intensivos (15 minutos).</p>	<p>- Computador portátil e Datashow;</p> <p>- Plano de Sessão;</p> <p>- Material inerente à sessão (Diapositivos, Avaliação).</p>

Competências:

Competência E1 (Unidade de competência E1.1 “ implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”), competência E2 (Unidade de competência E2.1 “ Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”) e E3 (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 doente ou com necessidades especiais”).

2.4. Serviço de Internamento de Pediatria Médica

O estágio decorrerá na Unidade de Internamento de Pneumologia Pediátrica de um Centro Hospitalar da área de Lisboa, durante três semanas, entre 4 e 24 de Janeiro de 2016, sendo este campo integrado num hospital central de referência não só nacional como para os restantes países de língua portuguesa, e responsável pelo atendimento a um grande número de crianças, perspetivando-se assim num importante contributo para a aquisição de experiências e aprendizagens. Com a realização deste estágio pretendo consolidar e mobilizar conhecimentos e competências intimamente relacionados com a gestão da emocionalidade em cuidados paliativos pediátricos.

De acordo com Lacerda et al. (2014), o avanço tecnológico e a criação de centros diferenciados nos hospitais centrais tem vindo a traduzir-se numa maior sobrevivência neonatal e numa maior prevalência da doença crónica na idade pediátrica, com maior ou menor grau de dependência. Este prolongamento da vida, na maioria das vezes, resulta na criança/jovem com problemas de saúde especiais do foro crónico que necessitam de um acompanhamento especializado contínuo, nomeadamente ao nível dos cuidados paliativos pediátricos. Esta Unidade de internamento também integra o Centro Especializado de Fibrose Quística, assegurando o acompanhamento e orientação da criança e família, desde o diagnóstico até à fase final da sua vida, fundamental para o desenvolvimento de competências no cuidar a criança e família com necessidades paliativas.

Assim, para este contexto de estágio delinee os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências específicas de EEESCJ em situações de especial complexidade, atendendo às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem;

- Analisar as estratégias de trabalho emocional que os enfermeiros utilizam na gestão de emoções em situações de cuidados paliativos pediátricos.

O Quadro 4 apresenta de forma sumária as atividades desenvolvidas.

Quadro 4. Contexto de Internamento de Pediatria: Sistematização das atividades desenvolvidas para a operacionalização dos objetivos e aquisição de competências.

Objetivos	Atividades	Recursos
1. Desenvolver competências específicas de EEESCJ em situações de especial complexidade, atendendo às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da	1.1. Compreensão da estrutura física e organizacional do internamento de pediatria, através de uma visita guiada, consulta de protocolos, normas, procedimentos, projetos e espaço de análise conjunta com a Sr. ^a Enf. ^a Orientador;	- Protocolos do serviço; - Bibliografia pesquisada; - Material inerente à prática de cuidados.

criança e do jovem.	<p>1.2. Pesquisa e leitura de bibliografia de acordo com as necessidades sentidas;</p> <p>1.3. Prestação de cuidados a crianças e jovens, nomeadamente os com necessidades paliativas, visando a excelência dos cuidados.</p>	
<p>2. Analisar as estratégias de trabalho emocional que os enfermeiros utilizam na gestão de emoções em situações de cuidados paliativos pediátricos</p>	<p>2.1.; Realização de uma sessão de análise da prática com recurso a um artigo científico no âmbito do trabalho emocional em enfermagem pediátrica, com o intuito de dinamizar momentos formais de partilha sobre experiências emocionalmente intensas na equipa de enfermagem;</p> <p>2.2. Observação participante na prestação de cuidados de enfermagem personalizados, enfatizando a dimensão emocional nas interações;</p> <p>2.3. Elaboração de uma reflexão estruturada segundo o ciclo de Gibbs para apreciação crítica de estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem na gestão de emoções em situação de cuidados paliativos pediátricos, à luz da evidência científica.</p>	<p>- Artigos e livros pesquisados;</p> <p>- Diário de campo.</p>

Competências:

Competência E1 (Unidades de competência E1.1 “ implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” ” e E1.2 “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”);), competência E2 (Unidades de competência E2.1 “ Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” e E2.5 “Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”) e E3 (Unidade de competência E3.1 “ Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”).

2.5. Serviço de Internamento de Pediatria

O estágio final irá realizar-se na Unidade de Internamento de Pediatria do local onde exerço a minha prática profissional, durante três semanas, entre 25 de Janeiro e 14 de fevereiro de 2016. A pertinência da escolha deste local justifica-se com a intencionalidade de implementação das aquisições efetuadas ao longo do percurso formativo, considerando fundamental a sua tradução no quotidiano da prática, em benefício máximo do bem-estar da tríade criança-família-profissional.

Assim, para este contexto de estágio delineei os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências específicas de EEESCJ na maximização da saúde e em situações de especial complexidade, atendendo às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem;
- Desenvolver estratégias de trabalho emocional na relação de cuidados com a criança e família em contexto de internamento;
- Promover a formação básica em CPP, enfatizando o trabalho emocional, na equipa de enfermagem.

O Quadro 5 apresenta de forma sumária as atividades desenvolvidas.

Quadro 5. Contexto de Internamento de Pediatria: Sistematização das atividades desenvolvidas para a operacionalização dos objetivos e aquisição de competências.

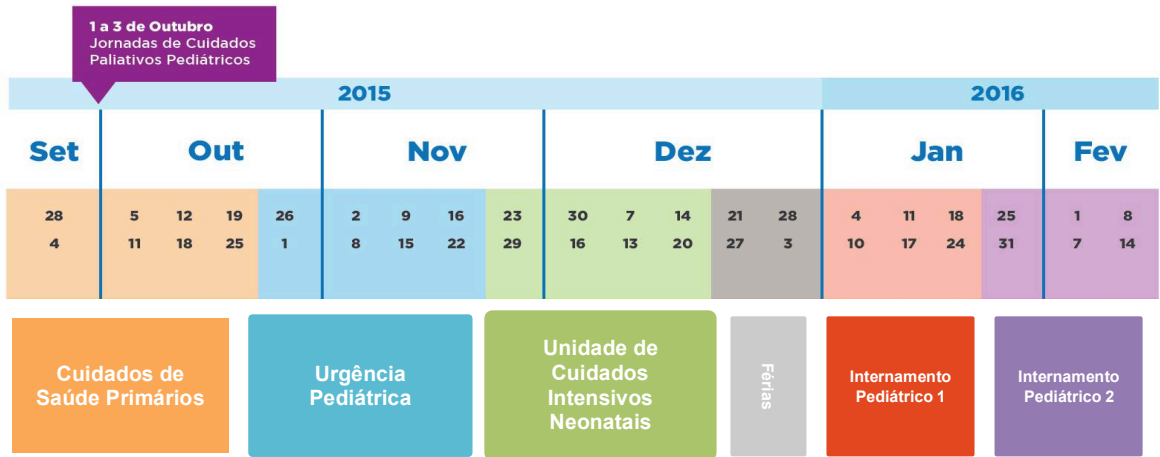
Objetivos	Atividades	Recursos
1. Desenvolver competências específicas de EEESCJ na maximização da saúde e em situações de especial complexidade, atendendo às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem;	<p>1.1. Análise da metodologia de trabalho e gestão de cuidados no Serviço de Internamento de Pediatria;</p> <p>1.2. Prestação de cuidados a crianças, aos jovens e suas famílias com doença crónica complexa, a fim de operacionalizar os conhecimentos previamente adquiridos.</p> <p>1.3. Pesquisa bibliográfica inerente a uma prática de cuidados de excelência;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolos do serviço; - Bibliografia pesquisada; - Material inerente à prática de cuidados.
2. Desenvolver estratégias de trabalho emocional na relação de cuidados com a criança e família em contexto de internamento;	<p>2.1. Registo reflexivo de situações de prática de cuidados relevantes para a análise das estratégias de trabalho emocional mobilizadas na relação terapêutica dos enfermeiros especialistas;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Artigos e livros pesquisados; - Material alusivo ao brincar terapêutico e lúdico (Tv, jogos, bolas de sabão, boneco, seringa e sistema de soro, livro do corpo humano, bola anti-stress, dvd infantil alusivo

	<p>2.2. Prestação de cuidados de enfermagem personalizados, enfatizando a dimensão emocional nas interações;</p> <p>2.3. Implementação do brincar terapêutico e lúdico na sala de tratamentos através da criação de uma mala;</p>	<p>cuidados de saúde, entre outros)</p> <p>- Registo Reflexivo.</p>
<p>3. Promover a formação básica em CPP, enfatizando o trabalho emocional, na equipa de enfermagem.</p>	<p>3.1. Realização de uma sessão formativa direcionada aos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos pediátricos, enfatizando a importância do trabalho emocional e da articulação entre serviços pediátricos;</p> <p>3.2. Dar início ao processo de constituição de um grupo dinamizador dos CPP com pelo menos 2 enfermeiros;</p> <p>3.2. Promoção de momentos informais de partilha e reflexão sobre situações de cuidados emocionalmente intensos.</p>	<p>-Computador portátil e Datashow;</p> <p>- Plano de Sessão;</p> <p>- Material inerente à sessão (Diapositivos, Avaliação).</p>

Competências:

Competência E1 (Unidades de competência E1.1 “ implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” ” e E1.2 “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”);, competência E2 (Unidades de competência E2.1 “ Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” e E2.5 “Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”) e E3 (Unidade de competência E3.1 “ Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”).

3. CRONOGRAMA



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I (2001). Formação reflexiva. *Referência*. Coimbra, 6, p. 53-59.
- Alves, S. (2011). *Parentalidade e Atenção Paliativa Pediátrica: Necessidades e Dificuldades Emocionais dos Pais e dos Irmãos da Criança Doente*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos. Porto: ICSUCP.
- Arrambide, M., Proc, O., Miravete, J., Pérez-Yarza, E., & Caro, I. (2004). Los cuidados paliativos: um modelo de atención integral al niño gravemente enfermo y a su familia. *An. Pediatr.*, 61 (4), 330-335.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) (2006). Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos: Recomendações da APCP. Acedido a 10.03.2015. Disponível em http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes-Formacao_em_CP.pdf
- Charepe, Z. (2004). Integração dos pais nos cuidados à criança com doença crónica, *Revista Nursing*, 191, p. 6–12.
- Dewey (1933). *How we think*. Classic and highly influential discussion of thinking. New York, United States of America: D.C. Heath.
- Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2012). O trabalho emocional em Enfermagem como foco de investigação e reflexão. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 4, p. 2-9.
- European Association for Palliative Care (EAPC) (2009). *Cuidados Paliativos para Recém Nascidos Crianças Jovens: Factos*. Roma: Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus.
- Goleman, D. (2002). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e debates.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Lacerda, A. F., Pinto, C., Ferreira, F., Salazar, H., Mendes, J., Oliveira, J., et al. (2013). Cuidados Paliativos Pediátricos - que futuro em Portugal? *Reunião " Cuidados Paliativos Pediátricos: Uma Reflexão. Que futuro em Portugal?"* (pp. 1-22). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lacerda, A. F., Dinis, A., Romão, A., Menezes, B., Pinto C., Calado, E., et al. (2014). *Cuidados Paliativos Pediátricos - Relatório do grupo de trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde*. Acedido em Março de 2016. Disponível em <http://www.apcp.com.pt/uploads/Relato-rio-do-GdT-de-CPP.pdf>

- McCreight (2005). Perinatal grief and emotional labour: A study of nurses' experiences in gynae wards. *International Journal of Nursing Studies*, 42(4), p.439–448.
- Mendes, J., Silva, L. J., & Santos, M. J. (2012). Cuidados paliativos neonatais e pediátricos para Portugal - um desafio para o século XXI. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43 (5), 218-222.
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. Loures: Lusociência.
- Ordem Dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à acção*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Santos, A. (2011). NIDCAP: Uma filosofia de cuidados... *Nascer e Crescer*, 20(1), 26-31.
- Silva, L. (2010). Luto em Neonatologia. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41(6), 281-284.
- Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Apêndice II - Diários de Campo

Diário de Campo I

Contexto: Cuidados de Saúde Primários.

De acordo com o Programa Nacional de Vacinação, entre os cinco e os seis anos, a criança terá que ser vacinada com a vacina tetravalente DTPaVIP e com a vacina combinada de Sarampo, Parotidite e Rubéola VASPR (DGS, 2017), o que se traduz em dois procedimentos invasivos, com utilização de agulhas. Na idade pré-escolar, o pensamento da criança é concreto, por isso, ela reage aos objetos e situações, tal como lhe aparecem no momento. Nesta faixa etária, a criança tem dificuldade em aceitar uma intervenção, de enfermagem, que lhe provoca dor, como necessária, podendo interpretá-la como um castigo ou punição (Martins et al., 2001). A injeção por via intramuscular é um dos eventos mais frequentes e ameaçadores para a criança, sendo percebido, como uma invasão, extremamente dolorosa, no seu corpo (Ribeiro,2001; Santos, 2000). As crianças possuem formas diferentes de se expressarem perante situações ameaçadoras, e a ansiedade é vista como a expressão mais comum do medo em ambientes de prestação de cuidados.

Estima-se que mais de 80% das crianças em idade pré-escolar tenha medo de procedimentos que envolvam agulhas (Humphrey, Boon, Van den Heuvel, & Van de Wiel,1992). Estas crianças tendem a apresentar uma maior variedade e intensidade de reações físicas, emocionais e comportamentais, relacionadas com a ansiedade durante a administração de uma injeção, em comparação com crianças mais velhas ou adultos (Bernard, Cohen, McClellan, & MacClaren, 2004; Favez & Reicherts , 2008). Na verdade, a vacinação é um bom exemplo disso, uma vez que permite observar como diferentes sistemas apresentam diversos comportamentos de acordo com o seu grau de conhecimento, preparação ou estilo de confronto. É por isso, legítimo referir que, pais que acompanhem os filhos para a vacinação do mesmo e mantenham uma atitude calma e colaborante com os enfermeiros e com os seus filhos, estes normalmente tendem a apresentar-se mais calmos e menos ansiosos (Barros, 2003). Por outro lado e citando Barros (2003, p.58), “pais ansiosos, têm filhos mais queixosos e difíceis de tratar.” Porém, mesmo que a criança seja capaz de colaborar num procedimento, a preparação é fundamental e pode ser, facilmente, realizada em qualquer situação (Ribeiro, 2001).

Apesar do impacto positivo da vacinação na prevenção de doenças graves e de este ser o procedimento doloroso mais frequente do contexto pediátrico (DeMore & Cohen, 2005), pelo qual uma grande maioria das crianças passa, familiarizando-as desde cedo com os procedimentos dolorosos e com o afecto negativo que lhes está associado, a vacinação é reconhecida pelos profissionais de saúde como sendo uma experiência geradora de elevada ansiedade por uma parte significativa das crianças em idade pré-escolar, que tende a manifestar-se através de um conjunto de comportamentos intensos e prolongados

(perturbações comportamentais), como chorar, gritar ou resistir verbal e fisicamente e que, em última instância, pode acarretar consequências mais dolorosas, como múltiplas picadas ocasionadas pela agitação do braço a ser vacinado (Blount et al., 1992), ou ter repercussões a longo prazo na tolerância/resposta à dor.

Para além disso, esta perturbação comportamental da criança, que tem o intuito de cativar o apoio e o conforto dos adultos, dos quais ainda depende para se regular emocionalmente, tem repercussões na ansiedade dos familiares que a acompanham e do enfermeiro que administra a vacina (Favez & Reicherts, 2008). Esta ideia é transversal aos diversos procedimentos dolorosos em contexto pediátrico.

Nesta sequência, durante o meu percurso de estágio em Cuidados de Saúde Primários tive a oportunidade de realizar em parceria com a Enfermeira Orientadora consultas de vigilância de saúde-infantil e vacinação, pelo que senti necessidade de refletir com maior profundidade acerca de uma situação desafiante e emocionalmente intensa, apelando por isso, à utilização minuciosa das técnicas de comunicação por forma a ser o mais assertiva possível. Note-se que recorri ao ciclo de Gibbs por forma a estruturar a reflexão.

Recordo-me da ansiedade manifestada por uma Mãe que acompanhava o seu filho de 5 anos (no dia anterior ao aniversário), doente crónico, durante a vacinação. O facto de ser um evento traumático repetitivo não constituiu um elemento facilitador e tornou desde logo o momento perturbador, visto que, por um lado a criança entrou na sala de enfermagem a gritar e por outro, a Mãe, que se encontrava a chorar referia que se a criança não se comportasse bem teria de ser “picada” mais vezes, o que potencializou o comportamento da criança, gerando uma situação de perturbação comportamental. Confesso que não foi um episódio fácil de gerir emocionalmente, contudo optei por adotar um comportamento de promoção de confronto com recurso ao brinquedo terapêutico, humor dirigido à criança, técnicas de relaxamento e conversa com a criança alheia ao procedimento, evitando assim comportamentos neutros e/ou comentários securizantes. Contudo, gerir este tipo de situações emocionalmente intensas implica uma preparação prévia do enfermeiro, alicerçada em conhecimento científico, e direcionada para o binómio criança-família. Importa recorrer não só às estratégias farmacológicas para o alívio da dor mas sobretudo às não farmacológicas.

O Modelo Proximal-Distal do Confronto e da Perturbação da Criança durante Procedimentos Médicos Dolorosos (Blount, Bunke & Zaff, 1999) constitui um exemplo de constructo teórico que suporta o exemplo supracitado. Explica que as variáveis distais e proximais se relacionam entre si de forma a aumentar ou diminuir a probabilidade da criança manifestar perturbação comportamental ou confronto. São diversos os estudos que revelam a pertinência do uso de técnicas de preparação para os procedimentos invasivos potencialmente dolorosos e susceptíveis de provocar na criança alterações emocionais

como o medo. Revelam que a sua aplicabilidade é mais do que essencial, pois consideram que permite, não só estabelecer um efetivo contacto com a criança, mas também ajudá-la a sentir-se mais segura durante o procedimento. (Murphy, 2009; Ives, 2007; Campos, Rodrigues & Pinto, 2010; Barros, 2003).

Hoje em dia, a presença da família ou de elementos significativos junto das crianças durante determinados procedimentos ou cuidados de saúde, muito enfatizada pela Declaração dos Direitos das Crianças (1959) e pela Carta da Criança hospitalizada (1988), é inquestionável. Neste sentido, a participação dos pais como parceiros no cuidar, desde que devidamente negociada, pode ser positiva na diminuição dos medos e receios da criança, seja através da preparação antecipatória da criança para o que irá decorrer, seja colaborando com os profissionais no controlo emocional da mesma (Barros, 2003). Deste modo, torna-se imperioso que no contexto de cuidados à criança e família, quer em situação hospitalar, assim como no âmbito da saúde comunitária, seja perspetivada a dimensão emocional dos mesmos. Existem várias recomendações para a atuação dos enfermeiros durante os procedimentos pediátricos dolorosos. Salienta-se a importância de estes avaliarem as preocupações dos pais e possuírem informação científica que lhes permita dar conselhos adequados às especificidades de tais inquietações (MacIntyre & Leask, 2003). Quando a família se encontra vulnerável, como no relato supracitado, esta necessita de alguém que a faça sentir-se segura, de alguém em quem confie, que a compreenda, que mostre que a entende e que revela empatia e proximidade para com a experiência de saúde-doença. Na relação de cuidados, procurei transmitir calma e tranquilidade (tom de voz suave, toque), mantive-me atenta e focada na recuperação do bem-estar da criança, valorizei a criança e contribuí para que esta se sentisse segura e especial, e enalteci ainda as competências dos pais no cuidado à criança ao referir aquando do momento disruptivo inicial “compreendo que esta situação não esteja a ser fácil, mas sei que o vai conseguir ajudar...”, considerando-os como peritos e parceiros na tomada de decisão relativamente ao processo de cuidados (Hockenberry & Wilson, 2014).

Relativamente às crianças, apesar de nem todas as que passam por procedimentos dolorosos necessitem de treino em competências de confronto por parte dos adultos, é provável que sem uma intervenção apropriada algumas crianças em idade pré-escolar tenham tendência a manifestar perturbação comportamental durante a vacinação. São várias as estratégias de conforto e gestão emocional do medo utilizadas pelos enfermeiros durante os procedimentos dolorosos inerentes aos cuidados à criança (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015). Tendo como princípio que os pais são os melhores cuidadores, o enfermeiro deve incentivar a sua permanência junto do filho; fortalecer o papel parental e o enfoque na importância do afeto e do conforto como regulador emocional; escutar e estar com a família no sentido de compreender as suas preocupações, desmistificar medos e

ansiedades, e responder a questões. Assim, o enfermeiro deve recorrer a estratégias de humanização e cuidados não traumáticos, promovendo um ambiente seguro e afetivo, gerindo as emoções e construindo uma relação de ajuda, apoiante e securizante (Ibidem).

Em suma, estes comportamentos de promoção de confronto, com crianças em idade pré-escolar, devem envolver principalmente estratégias distrativas, na fase em que é mais fácil gerir a perturbação, antes da ocorrência da componente mais assustadora/dolorosa do procedimento, pois quanto mais apreensiva estiver a criança durante a fase antecipatória do procedimento maior perturbação tenderá a demonstrar nas restantes fases e mais difícil se tornará controlar essa perturbação (Blount et al.,1992), sendo esta a premissa que me sustentei durante este percurso formativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica*. 2a ed. Lisboa: Climepsi.
- Bernard, R., Cohen LL, McClellan, C. & MacClaren, J.(2004). Pediatric procedural approach-avoidance coping and distress: A multitrait-multimethod analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 29 (2), p. 131–141.
- Blount, R.L., Bachanas, P.J., Powers, S. W., Cotter, M. C., Franklin, A., Chaplin, W., Mayfield, J., Henderson, M., & Blount, S.D. (1992). Training children to cope and parents to coach them during routine immunizations: Effects on child, parent and staff behaviors. *Behavior Therapy*, 23, p.689–705
- Blount, R. L., Bunke, V. L., & Zaff, J. F. (1999). The integration of basic research, treatment research, and clinical practice in pediatric psychology. In D. Drotar (Ed.), *Handbook of research in pediatric and child clinical psychology: Practical strategies and methods* (pp. 491–510). New York: Kluwer/Plenum.
- Campos, M., Rodrigues, K. & Pinto, M. (2010). Evaluation of the behavior of the preschool one just admitted in the unit of pediatrics and the use of the therapeutic toy. *Einstein*, 8(1 Pt 1), p. 10-17. Acedido a 16.05.2016. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1462-Einsteinv8n1p10-17.pdf>
- DeMore, M. & Cohen, L. (2005). Distraction for Pediatric Immunization Pain: A Critical Review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12 (4), p.281-92. DOI: 10.1007/s10880-005-7813-1
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, 43-51

- 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
- Direção Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.
- European Association for Palliative Care (EAPC) (2009). *Cuidados Paliativos para Recém Nascidos Crianças Jovens: Factos*. Roma: Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus.
- Favez, N. & Reicherts, M.(2008). Toddlers' adjustment to the stress of immunization in function of mothers' general and specific coping tendencies. *Early Child Development and Care*,178(1):49–64.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente* (9a ed.). Loures: Lusociência.
- Humphrey, G., Boon, C., Van den Heuvel, C., Van de Wiel, H. (1992). The occurrence of high levels of acute behavioral distress in children and adolescents undergoing routine venipunctures. *Pediatrics*, 90(1), p. 87–91. Acedido a 15.5.2016. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/90/1/87>
- Instituto de Apoio à Criança (2000). Carta da Criança hospitalizada. Lisboa: Edições IAC.
- Ives, M. (2007). Model empathy and respect when immunizing children who fear needles. *Canadian Nurse*, p. 6-7. Acedido em 15.05.2016. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=979cf4b0-b7f7-4960-9379-8d22599a079b%40sessionmgr198&hid=116>
- MacIntyre, C., Leask, J. (2003). Immunization myths and realities: responding to arguments against immunization. *Paediatr Child Health*, 39(7), 487-491.
- Martins, M., Ribeiro, C.; Borba, R, & Silva, C. (2001). Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Volume 9(2), p 76-85. Acedido em Fevereiro de 2016 e Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200011
- Murphy, G. (2009). Distraction techniques for venepuncture: a review. *Paediatric Nursing*. 21 (3), p. 18-20. Acedido em 16.06.2015. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=979cf4b0-b7f7-4960-9379-8d22599a079b%40sessionmgr198&hid=116>
- Ribeiro, P., Sabatés, A.; Ribeiro, C.A. (2001). Utilização do brinquedo terapêutico, como um instrumento de intervenção de enfermagem, no preparo de crianças submetidas à coleta de sangue. *Esc. Enfermagem USP*, 35(4), p. 420-8. Acedido a 14.05.2015. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000400016

Santos, L., Borba, R.; Sabatès, A. (2000). Importância do preparo da criança pré-escolar para injeção intramuscular com uso do brinquedo. *Acta Paul Enfermagem*, 13(2), p.52-58.

Diário de Campo II

Gestão Emocional do Medo na Criança em Contexto de Serviço de Urgência Pediátrica

Contexto: Serviço de Urgência Pediátrica

O ambiente hospitalar é muitas vezes perspectivado pela criança e família como estranho e stressante, pelo que a notícia de hospitalização é habitualmente perturbadora e constitui uma situação de crise para a díade, influenciando assim as reações emocionais perante os pedidos requeridos pelos enfermeiros (Hockenberry & Wilson, 2014). Por um lado, as crianças compreendem “a hospitalização como uma experiência misteriosa e aterrorizante e percebem o hospital como um local estranho associando-o com facilidade ao flagelo do seu corpo” (Pettengill, Ribeiro e Borba, 2008, p.39). Por outro lado, os familiares, na medida em que passam por uma situação abrupta de desequilíbrio emocional, acabam também por viver um estado de tensão, onde o medo, a culpa e ansiedade são uma constante (Jorge, 2004). O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) constitui frequentemente o primeiro contato da criança com o contexto hospitalar, pelo que este acontecimento pode ter consequências nas experiências futuras. A literatura evidencia que os processos de saúde-doença na infância são caracterizados pelo medo e ansiedade (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015), o qual visa assumir uma função adaptativa, isto é, espera-se que a dimensão do medo seja proporcional ao estímulo. Assim, é expectável que o enfermeiro que preste cuidados num Serviço de Urgência Pediátrica esteja desperto para a dimensão desta experiência de medo, com o intuito de desenvolver interações que contribuam para que a experiência assuma uma valência positiva (Fernandes, 2012).

Face ao exposto, o presente Diário de Campo tem como principal objetivo contribuir para a reflexão das estratégias comunicacionais utilizadas mediante as necessidades emocionais identificadas da criança que é admitida num Serviço de Urgência. Por forma a orientar o registo reflexivo recorrerei ao modelo de reflexão estruturada Ciclo de Gibbs, pelo que a presente reflexão irá incluir numa primeira instância a descrição da situação, de seguida os sentimentos associados, avaliação, análise do evento, conclusão e plano de ação.

A situação de cuidados decorreu no início de um turno da Manhã no Serviço de Urgência Pediátrica quando me encontrava no posto sala de observação. A criança, uma rapariga de 6 anos, encontrava-se em vigilância desde as 06h por apresentar dor abdominal e vômitos, tendo sido observada pelo Cirurgião que lhe diagnosticou uma apendicite e transmitiu de imediato a informação à díade, de que a criança necessitava de cirurgia urgente. Desta forma, perante a hospitalização não planeada em sala de observação, de uma criança em idade escolar para a realização de uma cirurgia de urgência

(apendicectomia), verifiquei que esta não tinha sido preparada e desconhecia totalmente o que lhe iria ser feito. Era evidente a ansiedade da criança e da sua Mãe, pelo que optei por iniciar o acolhimento num espaço mais privado e menos assustador. Inicialmente procurei tranquilizar a criança referindo “Vamos dar o nosso melhor para que fiques boa rapidamente” ao mesmo tempo que utilizei o toque colocando a minha mão nos ombros da Mãe (mantendo alguma distância), tendo esta afirmado que “ Já são tantos internamentos, agora uma cirurgia, tenho tanto medo...” (sic da Mãe da criança). Mediante esta afirmação promovi um silêncio reflexivo, o que permitiu à Mãe escolher os pensamentos e sentimentos e procurar as palavras adequadas. O acolhimento, enquanto parte de um processo contínuo, está na base da relação de ajuda (Valadas, 2000). Após um acolhimento baseado na reciprocidade, acolhendo a criança e família e deixando-me acolher, recorrendo a uma comunicação direcionada para o estadio de desenvolvimento da criança (falando diretamente com ela), procurei identificar, em parceria, a intervenção de enfermagem mais adequada na diminuição dos efeitos nocivos do stress da hospitalização/cirurgia. Socorri-me não só dos sentimentos/verbalizações que a criança me transmitia mas também das informações que a família me ia fornecendo sobre experiências anteriores de hospitalização, à medida que a relação terapêutica se construía.

No momento seguinte, tentei demonstrar e explicar, através de um boneco, alguns dos procedimentos do bloco operatório (pausa alimentar, higiene corporal, roupa a vestir, presença da família, informar retirada de próteses, pré medicação, anestésico local, monitorização e cateterismos, responder a questões sobre a anestesia e cirurgia, brinquedo preferido, alívio da dor/ desconforto, ambiente e equipamentos), desmistificando os medos e esclarecendo as dúvidas com recurso à técnica da terceira pessoa. Posteriormente dei a oportunidade à criança de manipular o vestuário, máscara, luvas e barrete, algum material de cateterismo venoso periférico e elétrodos de monitorização não invasiva, utilizados no bloco operatório. Após esta intervenção de enfermagem de preparação pré operatória, deparei-me com um resultado revelador de maior compreensão e aceitação por parte da criança, não só da cirurgia, como também de outros procedimentos a que foi sujeita. Assim, é legítimo afirmar que as intervenções cirúrgicas realizadas no hospital, levam a que a criança, com base numa informação prévia e adequada acerca de todo o processo cirúrgico/hospitalização, apresente mudanças comportamentais como o amenizar da ansiedade, a redução do medo, a expressão de amizade ou de bem-estar, o que se verificou no exemplo supramencionado. A informação transmitida foi, sempre que possível, apoiada em material elucidativo e adaptado à faixa etária (bonecos, folhetos, livros) no sentido de maximizar a comunicação e a sua interiorização, promovendo comportamentos mais serenos e contribuindo para uma convalescença mais rápida, com ganhos em saúde e menor tempo de internamento. Por outro lado, a presença de um familiar significativo, amplamente referido, constitui-se num factor de minimização da desinserção familiar e

aumento da segurança e confiança da criança no processo, permitindo-lhe uma aprendizagem socializadora pela experiência vivida (Teixeira & Figueiredo, 2009).

No seguimento deste raciocínio, sabe-se que a problemática da cirurgia em contexto pediátrico é uma preocupação adicional para os enfermeiros, isto porque, tanto para a criança como para os seus familiares, a necessidade de uma intervenção cirúrgica é sempre um acontecimento que perturba a dinâmica familiar e todos os seus membros (Barros, 1998; Jorge, 2004). A criança, além de ser confrontada com a hospitalização, vê-se também confrontada com a necessidade de ser submetida a uma intervenção cirúrgica, dois acontecimentos emocionalmente marcantes.

A criança, particularmente quando vive uma experiência de cirurgia, está exposta a determinados stressores como: a separação dos pais, a exposição a pessoas, situações e ambientes desconhecidos, o confronto com procedimentos invasivos e dolorosos, a incerteza acerca dos limites e dos comportamentos esperados e aceitáveis, a perda de controlo, de autonomia, das aptidões adquiridas e da privacidade, a ameaça à integridade física (Conceição & Martins, 2001). Na preparação da criança/família para o internamento e cirurgia compete ao enfermeiro utilizar estratégias de preparação atendendo à idade, nível de desenvolvimento cognitivo da criança, estilo de confronto, experiências hospitalares vivenciadas, tipo de cirurgia e o período certo para ser realizada (Machado & Sousa, 2007; Silvestre, 2002).

Segundo a OE (2001), a preparação da criança/família para a cirurgia é uma intervenção autónoma de Enfermagem, inserida num contexto de atuação multiprofissional em que o enfermeiro assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação de um conjunto de técnicas organizadas, com o intuito de minimizar o medo e a ansiedade da criança/família. Torna-se, então, fundamental conhecer as reações que a criança e sua família podem apresentar durante o processo de hospitalização, de forma a que a experiência cirúrgica seja o menos nefasta e stressante possível (Relvas, 1996; Feldman, 2001).

Estas estratégias, espelhadas no exemplo supracitado, atuam diretamente no estado emocional das crianças gerando bem-estar e segurança e, ainda, aprendizagem e crescimento. É neste sentido, de uma enfermagem avançada, que procurei desenvolver a minha prática diária de cuidados, implementando a estratégia do brincar com intencionalidade terapêutica na sala de tratamentos, através da criação de um Kit Sem Trauma com artigos alusivos ao brincar terapêutico, por forma a amenizar as experiências emocionais intensas e tornar o ambiente hospitalar promotor de bem-estar para a criança, facilitando a sua adaptação e, conseqüentemente, que a experiência de hospitalização constitua uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento. Esta atividade foi sustentada pelo guia orientador de boas práticas da Ordem dos Enfermeiros (2011, 2013). Assim, o brincar usado de modo intencional e sistemático promove a adaptação e

aprendizagem das crianças numa experiência positiva de hospitalização e cirurgia (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010). Na minha opinião, consolidada pelos diversos autores da área, o brinquedo é uma excelente forma de humanizar o cuidado de enfermagem em pediatria, sendo o brinquedo terapêutico não só importante, mas essencial e indispensável quando se cuida de uma criança hospitalizada (Tavares, 2011). As estratégias de compreender as reações dos clientes e de atenuar positivamente as suas experiências revelam a capacidade de abertura ao Outro, de compaixão e de fazer um balanço positivo para a própria pessoa. Os enfermeiros fazem uma “reciclagem das emoções negativas” pois possuem uma visão positiva, optimista e uma vontade construtiva na relação com os clientes (Diogo, 2015).

A tomada de consciência das estratégias utilizadas é extremamente importante para a sua consciencialização, aspeto defendido por Phaneuf (2005), ao afirmar que os enfermeiros devem considerar que as mensagens que emitem são constituídas por conteúdos intencionais, no entanto há aspetos da comunicação que são involuntários, o que poderá condicionar a dimensão terapêutica da mesma. Neste sentido, recorri de forma sistemáticas às estratégias de compreensão, reforço positivo verbal, silêncio reflexivo e estratégias distrativas, sempre com o objetivo de promover empatia, reduzir a ansiedade da díade e promover a cooperação/ aceitação perante o acontecimento. Desta forma, a relação terapêutica assente num adequado trabalho emocional foi fundamental para promover o bem-estar e o alívio do sofrimento da criança e dos pais.

No meu ponto de vista, consegui transmitir a confiança suficiente para tranquilizar a díade, o que muito me satisfaz. Tratou-se de uma situação relativamente comum em contexto de SUP, em que os níveis de ansiedade dos pais estão elevados, perante a perceção subjetiva de doença dos filhos, sendo que este aspeto pode e deve ser despistado logo desde a triagem, que constitui um espaço primordial de primeiro contato com a criança, onde o enfermeiro especialista deve comunicar por forma a transmitir confiança ao cliente pediátrico (Fernandes, 2012). Assim, importa que o enfermeiro nas suas interações promova um ambiente seguro e afetuoso, nutra os cuidados com afeto e atue na gestão emocional, por forma a atenuar/evitar a vivência de uma emocionalidade excessiva associada à doença ou hospitalização (Diogo, 2015). Desta forma, as emoções assumem um papel preponderante na vida de qualquer indivíduo, daí que seja essencial para a criança/família uma adequada gestão das mesmas, no sentido de mobilizar e/ou desenvolver mecanismos de coping face à situação de hospitalização que estão a vivenciar. O conceito de trabalho emocional encontra então sentido nos cuidados prestados, direcionado para facilitar a “gestão das emoções dos clientes (...) [o que] implica a consideração sobre o modo dos enfermeiros gerirem as suas emoções e as dos clientes” (Ibidem).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (1998). As consequências Psicológicas da Hospitalização Infantil: Prevenção e Controlo. *Análise Psicológica*, XVI (1), 11-28.
- Conceição, I., & Martins, M. (2001). As representações que as crianças dos 8 aos 10 anos têm da intervenção cirúrgica: têm a palavra os meninos operados. *Revista Enfermagem*, 21 (Jan./Mar.), 24-33.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica. Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*, . Lisboa: Lusociência.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, 43-51
- Feldman, R. (2001). *Compreender a psicologia*. 5a ed. Lisboa: McGraw-Hill.
- Fernandes, D. (2012). *O atendimento à criança na urgência pediátrica*. Obtido e Janeiro de 2016 de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20atendimento%20à%20criança%20na%20Urgência%20Pediátrica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESIP.pdf>
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança – (Re) Pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociencia.
- Machado, C. & Sousa, P. (2007). O medo da criança / família perante o internamento numa UCI Pediátrica: que intervenção de enfermagem? *Servir*, 55 (4), 157-164.
- Ordem Dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estados Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14(1), 24-38. Acedido a 30.06.2016. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38(1).pdf)
- Pettengill, M., Ribeiro, C., & Borba, R. (2008). A enfermagem e a família da criança hospitalizada In: Almeida FA, Sabatés AL, organizadoras. *Enfermagem pediátrica: a*

- criança, o adolescente e sua família no hospital*. Barueri: Manole; 99-108.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Silvestre, M. (2002). Preparação Psicológica de uma criança em idade pré-escolar perante uma intervenção cirúrgica. *Sinais Vitais*, 42, 45-49.
- Tavares, P. (2011). Acolher brincando: A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada. Loures: Lusociência. Teixeira, E., & Figueiredo, M. (2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. *Referência*, 2(9), 7-14.
- Valadas, A. (2000). Viver, sentir e reflectir. *AESOP*, 1 (3), 21-23.

Diário de Campo III

A Emocionalidade em Cuidados Paliativos Pediátricos: Uma Competência do Enfermeiro

Contexto: Serviço de Internamento de Pediatria Médica

O Serviço de Internamento de Pediatria recebe crianças e jovens com os mais diversos diagnósticos e com necessidades individuais muito específicas, o que na minha perspetiva implica uma enorme flexibilidade por parte do enfermeiro, no que concerne aos seus conhecimentos teóricos e ao saber-ser e saber-estar, adaptando os cuidados a cada cliente, procurando atingir a excelência dos cuidados prestados. Note-se que o conhecimento que o enfermeiro detém de si próprio poderá influenciar as relações de cuidados que estabelece, aspeto reforçado por Rispaill (2002), ao sugerir “Conhecer-se melhor para melhor comunicar (...) melhorar a sua relação com os outros (...)” (Rispaill, 2002, p.5). Esta noção de auto-conhecimento advém da exposição constante ao stress, doença, sofrimento e morte, a que os profissionais de saúde estão sujeitos.

No meu percurso de estágio senti necessidade de refletir acerca de uma situação de cuidados que julgo ter sido muito desafiante e emocionalmente intensa, À semelhança dos diários de campo anteriores, socorri-me do ciclo de Gibbs para estruturar a reflexão.

A prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem/família em situação de doença crónica, enquadra-se numa das funções do EEESCJ, pois a este compete: “Promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”. (Regulamento nº 123/2011). Por outro lado, o enfoque das intervenções de enfermagem na promoção da esperança e dos processos adaptativos, responde a um dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, contemplados pela Ordem dos Enfermeiros: “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.12).

Por forma a ilustrar e a enfatizar a dimensão emocional no ato de cuidar crianças com necessidades paliativas, recordo-me de um adolescente com fibrose quística com múltiplos reinternamentos por agravamento do quadro clínico e necessidade de realização de antibioterapia, que embora já tenha estabelecido uma relação de confiança, afetividade recíproca e proximidade com a equipa, durante a realização de procedimentos dolorosos exalta-se e manifesta agressividade verbal, apesar do recurso a diversas estratégias de gestão emocional. Durante este procedimento o enfermeiro responsável, sempre que possível, vai acompanhado por um colega e adotam uma abordagem compreensiva, sensível, esclarecedora, calma e de controlo por forma a impor limites à agressividade

verbal, levando o adolescente a tomar consciência da sua exaltação e a moderar a expressão emocional, promovendo com intencionalidade o alívio do sofrimento e dando espaço para a expressão de sentimentos, minimizando assim os conflitos. O adolescente preferiu não estar acompanhado durante o procedimento, pelo que foi respeitada a sua vontade. Apesar de ser um momento emocionalmente esgotante e perturbador para todos os intervenientes, o adolescente no fim do procedimento pede desculpa assim como a mãe que se encontrava no quarto a aguardar ansiosamente, e os enfermeiros de forma empática demonstram compreensão. Posteriormente foi partilhada a experiência durante a passagem de turno, por forma a analisar o que se poderia ter feito de diferente para tornar este tipo de experiência menos disruptiva para o adolescente e para os enfermeiros. Desta forma, procurei explorar a emocionalidade negativa que a díade tinha experienciado, disponibilizando espaço para a expressão de sentimentos, de dúvidas e de expectativas. Assim, no decorrer dos turnos, a díade foi-se habituando ao espaço que lhes proporcionava para ventilação de emoções, individualmente ou em conjunto, o que de algum modo me parecia ser catártico para ambos.

O internamento prolongou-se e o estado geral do adolescente ia-se degradando diariamente, o que implicava procedimentos invasivos geradores de elevada ansiedade, constatada através de verbalizações “para quê tanto sofrimento para o meu filho? Coitado”. O sofrimento do adolescente e da sua mãe tornava-se visível e mais acentuado de dia para dia, aspeto mais evidente desde que lhes foi comunicado que a situação clínica era crítica. O adolescente, com discurso agressivo dando conta de uma revolta interior crescente e duma plena consciência do seu atual estado de saúde, manifestou aspetos ambivalentes “sei que não falta muito...”, “ainda vos vou surpreender...”. Perante estas expressões procurei transmitir compreensão, agradecer a confiança depositada e reforçar que “a equipa iria dar o seu melhor para o ajudar” como forma de esperança realista. Deste modo, esforcei-me por intervir com intencionalidade, contudo esta situação gerou em mim uma inquietação e tristeza, talvez por meio de um mecanismo de identificação. Efetivamente cuidar de crianças com necessidades paliativas implica a aquisição de competências muito específicas, no que respeita à comunicação com a criança e sua família, bem como no que se relaciona à dimensão emocional dos profissionais.

Trata-se então de uma situação emocionalmente intensa, podendo ser considerada como um “encontro emocionalmente difícil” (Diogo, 2015, p.112), passível de acontecer em contexto de Internamento de Pediatria. É de ressaltar que “esta emocionalidade excessiva pode contribuir para o agravamento da doença ou inibição da recuperação” (Joyce-Moniz & Barros, 2005, p. 21). Diogo (2015), no seu estudo, refere que as crianças que revelam melhor autocontrolo, isto é, que conseguem atenuar a emocionalidade excessiva, conseguindo manter-se calmas e adaptar-se à situação de doença e hospitalização, sofrem menos e recuperam mais facilmente, justificando-se assim a importância do trabalho

emocional no exemplo apresentado. A vivência de hospitalização da criança, caracterizada por uma emocionalidade negativa intensa, pode levar a problemas futuros em situações em que esta tenha de lidar novamente com stressores relacionados com cuidados de saúde, e pode também ter repercussões no seu desenvolvimento com sequelas psicopatológicas durante a adolescência (Barros, 2003), que julgo ser o que se verifica com o adolescente do exemplo anterior. Assim, de acordo com Diogo (2015), a relação de cuidados em enfermagem pediátrica implica o trabalho com as emoções com intencionalidade terapêutica. Promover uma relação harmoniosa, tranquila, minimizando os conflitos é essencial para a construção da relação terapêutica e foi nesse sentido que no exemplo anterior a equipa procurou desenvolver as suas intervenções, por forma a tornar as experiências de hospitalização emocionalmente menos intensas. A literatura defende que numa relação terapêutica, manter a unilateralidade da relação e a intencionalidade da mesma é de extrema importância, em que o foco do cuidado é a pessoa, pelo que a atenção deve ser dirigida à mesma, neste caso à díade, porém a técnica de autorrevelação pode ser usada criteriosamente, uma vez que implica a exposição do próprio, tendo a vantagem de contribuir para o fortalecimento da relação e a transmissão da compreensão (Leal, 2008).

É de ressaltar que, na minha perspectiva, as entidades empregadoras parecem não atribuir a visibilidade esperada à dimensão emocional dos colaboradores, aspeto que gera inquietação pessoal, motivo pelo qual tenho procurado promover momentos de partilha por forma a explorar o sentir individual, uma vez que a expressão de sentimentos com os pares pode ser muito benéfica neste tipo de situações. Diogo (2015) atesta esta constatação ao referir que o apoio entre colegas constitui um fator que facilita a disposição para o cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: uma perspectiva desenvolvimentista (2a ed.)*. Lisboa: Climepsi.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar (2ªed.)*. Loures: Lusociência.
- Joyce-Moniz, L & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde:desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições ASA.
- Leal, I. (2008). *A entrevista psicológica: Técnica, Teoria e Clínica*. Lisboa: Fim de Século.
- Ordem Dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Regulamento n.º 123/2011 de 20 de Novembro de 2010. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Diário da República II série, N.º 35 (18 de Fevereiro de 2011) 8653-8655.

Rispail, D. (2002). *Conhecer-se melhor para melhor comunicar: Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

Apêndice III – Registos Reflexivos

1. A Emocionalidade inerente ao Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Família

Segundo dados estatísticos do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2013) entre 2001 e 2011, ocorreu um aumento da percentagem de nados vivos prematuros de 5,5% para 7,4% em 2011, ou seja, recém-nascidos que nasceram antes das 37 semanas de gestação, independentemente do peso ao nascer (Tamez & Silva, 2006; Askin & Wilson, 2014). A prematuridade, considerada por Askin & Wilson (2014) como a principal causa de admissões de recém-nascidos nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCIN), encontra-se conotada de significados negativos pelos riscos e incertezas que lhes estão inerentes.

A notícia de que o filho idealizado nasceu prematuro é um choque devastador para a família (Hoffenkanp, et al, 2012). Assim, o nascimento antecipado de um RN e o seu internamento numa UCIN, leva muitos pais a viverem esta fase com angústia e medo. Além das dúvidas que apresentam relativamente ao estado de saúde do RN, o ambiente hospitalar que os rodeia pouco contribui para amenizar o desconforto que sentem (Shin & White – Traut, 2010). Este afastamento imediato e forçado impede um contacto físico precoce, essencial para o reconhecimento mútuo dos elementos desta nova família. A Organização Mundial de Saúde (2012) reconhece a importância de "realizar precocemente o contacto pele a pele, entre mãe e filho", fortemente comprometida nesta situação anormal de afastamento. Por outro lado, a imagem do filho real é muito diferente da do filho imaginado dificultando a adaptação à parentalidade, pelo deficit no vínculo afetivo entre pais e recém-nascido.

Os pais de crianças internadas na UCIN experimentam vários tipos de necessidades de entre as quais “ sentir que há esperança” (Mundy, 2010). Por esse motivo, o envolvimento dos pais enquanto parceiros no cuidar, é fulcral no processo de desenvolvimento do recém-nascido (RN) prematuro e é função do enfermeiro apoiar e esclarecer com informação pertinente e adequada os aspetos globais da prematuridade. Promover o relacionamento com os seus RN pode ser uma forma de promover a Esperança nos pais de bebés internados na UCIN, nomeadamente a Esperança enquanto fator de resiliência (transformação pessoal positiva reconhecendo a criança como fonte de esperança) (Charepe, 2011). É neste contexto que o enfermeiro tem uma intervenção preponderante, proporcionando o desenvolvimento da vinculação pais/recém-nascido, por exemplo através do recurso ao método canguru. Neste sentido, a intervenção do enfermeiro passa pelo *empowerment* dos pais nos seus processos de transição ao longo do ciclo de vida. Os pais, na adaptação a um novo ciclo de vida, requerem o atendimento de um conjunto de necessidades específicas e são os enfermeiros que estão numa posição privilegiada para melhor os compreenderem e ajudarem. O apoio dos avós e do cônjuge, a relação de confiança com a equipa, a evolução clínica favorável e a participação nos cuidados são

alguns dos aspetos facilitadores na transição que os pais têm de enfrentar face à prematuridade de um filho (Fernandes & Silva, 2015). No entanto, o facto de existir outro filho para cuidar, o ambiente físico da unidade, a separação do filho e os sentimentos de culpa, medo e tristeza são aspetos dificultadores dessa transição. Assim, a intervenção de enfermagem junto de RN prematuros, deve basear-se no despertar de um vínculo que em todos existe, pois a vulnerabilidade, que pode resultar em sentimentos negativos, é intensificada nos casos de prematuridade, sendo determinante um contato precoce da díade Pais-RN com o intuito de facilitar o processo de vinculação (Ibidem). Na parentalidade é imprescindível comportamentos recíprocos entre todos os elementos da família.

Ao longo do estágio numa UCIN, constatei que exercer funções neste contexto é um desafio constante, que requer um conhecimento especializado e competência em várias áreas assim como nos diz Askin & Wilson (2014). Proporcionar um ambiente favorável para o desenvolvimento do recém-nascido prematuro, que é um ser vulnerável e altamente dependente, livre de estímulos nocivos e que minimize os efeitos negativos da doença e separação dos pais são aspetos inerentes aos cuidados de enfermagem (Soares et al., 2015). Desta forma, recorde-me que perante o internamento de um RN prematuro de 30 semanas com o diagnóstico de trissomia 18, de família muçulmana, e por forma a atender às suas necessidade espirituais, identifiquei os pontos cardeais para sinalizar a orientação correta de Meca (orientação que os muçulmanos seguem para orar), assinalando essa orientação com uma marca na parede da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, com o objetivo de quebrar a barreira existente entre o hospital e o recém-nascido/família, tornando-o mais acessível e acolhedor. Este exemplo remete-me para os cuidados não traumáticos e que, para mim, fazem sentido na medida em que “dizem respeito ao fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, no sistema de cuidados de saúde” (Barrera & Hockenberry, 2014, p. 11).

O exemplo supracitado remete para a importância de um ambiente agradável, acolhedor e confortável, fundamental em contexto de neonatologia para a minimização do impacto emocional da hospitalização, sendo um cartão de boas-vindas, que tem influência desde o acolhimento e deve persistir ao longo do internamento. Diogo (2015) enfatiza esta ideia ao referir que quando se fala em ambiente, fala-se não só de todo um contexto físico, englobando recursos materiais e atividades realizadas, como também, dos aspectos sociais, relacionais e emocionais que envolvem o internamento do recém-nascido. Note-se que foi visível a alteração de comportamento por parte da família ao sentirem-se compreendidos e envolvidos no Cuidar, sendo este culturalmente sensível. Whittingham, Boyd, Sanders & Colditz (2013) sustentam esta ideia ao considerarem que compreender as experiências e as preferências dos pais de recém-nascidos prematuros, é fundamental para o planeamento das intervenções parentais.

Durante o período que acompanhei este recém-nascido e respetiva família tive a oportunidade de desenvolver uma relação terapêutica, o que me permitiu implementar a atividade de promoção da esperança no momento em que o recém-nascido atingiu o primeiro quilo, através da colocação de um cartão de celebração na parte externa da incubadora, tendo os pais reagido com uma surpresa positiva quando se aperceberam da sua presença. Em suma, o enfermeiro deve promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais e implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade (...) (OE, 2010). Assim, e em contexto de prematuridade, a emocionalidade no ato de cuidar torna-se um recurso comunicacional, que tem de ser cuidadosamente utilizado, para que se transforme num ato terapêutico em enfermagem (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Askin, D., & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. In M. Hockenberry, & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 331-411). Loures: Lusociencia.
- Barrera, P. & Hockenberry, M. J. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica, 1. In Hockenberry, M. J & Wilson D. (Eds). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.) (Vol 1, pp 1-20). Loures: Lusociência.
- Charepe, Z.(2011). Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua Promotor de Esperança. In *O impacto dos grupos de ajuda mútua no desenvolvimento da esperança dos pais de crianças com doença crónica: Construção de um modelo de intervenção colaborativa*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2011. 577 p. Tese de Doutoramento.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica. Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*, . Lisboa: Lusociência.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 45- 60.
- Fernandes, N. & Silva, E. (2015). Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(4), 107.115.
- Hoffenkanp, H., Tooten,A., Hall, R., Croon, M., Braeken, J., Winkel, F., et al.(2012). The Impact of Premature Childbirth on Parental Bonding. *Evolutionary Psychology*, 10(3),542–61.
- Instituto Nacional de Estatística . (2013). *Estatísticas Demográficas 2011*. Lisboa: INE.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança: (Re)pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.

- Mundy, C. (2010). Assessment of family needs in neonatal intensive care units. *American Journal Of Critical Care*, 2, pp. 156-163.
- Ordem Dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (2012). Preterm birth. Acedido em 20.01.2017.
- Santos, M. C. L., Moraes, G. A., Vasconcelos, M. G. L., & Araújo, E. C. (2007). Sentimentos de pais diante do nascimento de um recém-nascido prematuro. *Revista Enfermagem UFPE on line*, 1(2), 140-149. DOI: 10.5205/reuol.374-8796-1-LE.0102200704.
- Shin, H., & White-traut, R. (2010). The conceptual structure of transition to motherhood in the Neonatal Intensive Care. In A. I. Meleis, *Transitions Theory* (p. 641). NY: Springer Publishing Company, inc.
- Soares, R., Christoffel, M., Rodrigues, E., Machado, M. & Cunha, A. (2015). Ser pai de recém-nascido premature na unidade de terapia intensiva neonatal: da parentalidade a paternidade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(3), 409-416.
- Tamez, R., & Silva, M. (2006). *Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém- nascido de alto risco (3 ed.)*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Whittingham, K., Boyd, N., Sanders, M., & Colditz, P. (2013). *Parenting and Prematurity: Understanding Parent Experience and Preferences for Support*. New York, EUA: Springer Science + Media New Work.

2. O Trabalho Emocional na Relação Terapêutica do Enfermeiro em Contexto de Internamento de Pediatria

O desenvolvimento científico e tecnológico tem conduzido a alterações no curso de algumas doenças que afetam as crianças. Contudo, outras surgiram com uma nova dimensão em Pediatria, que constituem atualmente verdadeiros desafios para os profissionais de enfermagem (Borges, 2005). Assim, e tendo como finalidade o desenvolvimento de conhecimentos e competências que permitam intervir ativamente na definição, planeamento, consecução e avaliação de políticas promotoras de qualidade de vida da criança com enfoque na componente emocional, optei por analisar as implicações decorrentes do trabalho emocional no cliente pediátrico, e refletir sobre a sua evidência na prática de cuidados em contexto de internamento de pediatria, pois considero-as de extrema importância para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Face a uma situação de crise como é a doença crónica, criança e família veem-se confrontados com o surgimento de múltiplas necessidades, que requerem um constante processo de ajustamento à sua nova condição de vida, agravado pelo internamento da criança, e conseqüente alteração do seu estilo de vida e afastamento dos que lhe são próximos e importantes para o seu desenvolvimento. Assim, as conseqüências da doença crónica vão depender da forma como a criança e a família, em parceria com os profissionais de saúde, vão ser capazes de compreender, interpretar, avaliar e confrontar a situação de doença e as experiências de sofrimento e limitação física que dela decorrem (Barros, 2003). As respostas de adaptação da criança à doença crónica são muito variáveis e não homogêneas, dependendo de diversos fatores, tais como: complexidade da doença (limitações), apoio familiar e social, características individuais, acesso aos recursos de saúde e suporte da equipa de saúde (Anders & Lima, 2004) No meu contexto de trabalho, são várias as crianças hospitalizadas com doença crónica e conseqüentemente submetidas a procedimentos dolorosos, o que tem levado a equipa de saúde e, mais concretamente os enfermeiros, a desenvolver estratégias de *empowerment* da criança e família na adaptação a essas novas exigências. Perante a criança com doença crónica, a atuação do enfermeiro deve centrar-se na procura das melhores soluções, dadas as alterações físicas, emocionais e sociais que na maioria das vezes se verificam, tendo em vista a adaptação à nova situação. A posição que os profissionais de Enfermagem ocupam na equipa de saúde pode considerar-se privilegiada e única, pois possibilita, por um lado, o primeiro contacto com as preocupações e necessidades da díade, que estão a passar por momentos de transição, permitindo estabelecer uma relação de ajuda suficiente para providenciar o suporte informativo, emocional e instrumental necessário. Por outro lado, facilita o planeamento, em parceria, de intervenções que contribuam para o desenvolvimento de competências que

permitam um processo adaptativo ajustado à situação de doença crónica de cada um, promovam a esperança e a motivação, e diminuam o sofrimento (Oliveira, 2011).

Recordo-me de uma família nuclear que se encontrava de férias e que recorreu ao Hospital por o F., o filho de 3 anos, ter apresentado um pico febril e referir cansaço com evolução de uma semana. Após a realização de diversos exames complementares de diagnóstico, foi comunicado aos Pais, no serviço de internamento (local privado e calmo), que a criança tinha leucemia. Os momentos que se sucederam foram emocionalmente intensos e as reações dos pais distintas, pelo que a equipa multidisciplinar procurou atenuar/regular o episódio perturbador. Por um lado, a Mãe do F. chorava e referia repetidamente “onde errei? Devia ter vindo mais cedo. Ele é tão pequeno...” culpabilizando-se em frente da criança, pelo que foi questionada se queria ir até à sala de pais tomar um chá ou se preferia tomar junto do filho. Optou por ir até à sala na minha companhia, lado a lado concedi-lhe espaço e apoiei a expressão de sentimentos, agindo antecipadamente e socorrendo-me da empatia emocional. Com o decorrer da interação, a Mãe do F. abraça-me e a chorar refere “isto não pode ser verdade”. Por outro lado, o Pai do F., hostilmente questionava tudo, tendo o médico, com voz serena, se disponibilizado de imediato para esclarecer todos os pormenores. A criança apenas perguntava o motivo pelo qual a Mãe estava a chorar, afirmando com um sorriso meigo e ar debilitado que ele era forte e no dia seguinte iriam para casa. Neste exemplo, foi não só difícil gerir as emoções dos clientes como também um desafio regular as emoções pessoais e da equipa.

Note-se que o reajuste de papéis da estrutura familiar, o tipo de problemas a resolver e as estratégias de *coping* a utilizar, podem ser os mesmos quer numa situação de hospitalização por doença aguda, como numa de doença crónica (Jorge, 2004). Contudo, é importante relevar que nas doenças de início súbito, as mudanças comportamentais e afetivas requerem dos pais uma rápida mobilização das suas competências para lidar com a situação de crise, enquanto nas doenças de aparecimento prolongado (crónicas) o período de adaptação é, ou pode ser, maior (Jorge, 2004). Porém, a doença crónica embora permita à família adaptar-se calmamente, exige uma maior mobilização, a longo prazo, de recursos familiares (Alarcão, 2006), e por isso de uma intervenção continuada por parte dos enfermeiros, por forma que, as significações de doença crónica sejam “atenuadas”, passando a ter uma intensidade menor à medida que o controlo sobre a situação aumenta, assim como a adaptação à hospitalização e doença.

Desta forma “a nossa postura enquanto profissionais deve privilegiar o reconhecimento da criança e da família como indivíduos únicos e favorecer a sua implicação nos cuidados para que se sintam parte integrante do processo cuidador.” (Curado, 2006, p.23). Dias & Motta (2004, p.43) corroboram esta afirmação, destacando que “(...) a família realiza tarefas de cuidado essenciais para a vida humana: no nascimento, crescimento, desenvolvimento e sobrevivência da criança (...). Torna-se, aqui, importante perceber que o cuidado não é

exclusivo da enfermagem. A família também cuida, munida de experiências (...). Mas o acompanhamento e participação dos pais nos cuidados podem, por vezes ser uma experiência ambivalente: por um lado querem estar presentes para dar apoio emocional ao seu filho, mas por outro, sentem-se extremamente ansiosos: com a doença do filho, por terem deixado outros elementos da família em casa, por faltarem ao emprego e, sobretudo por estarem num ambiente que não lhes é familiar e que não conseguem controlar (Armond, 2003). Hockenberry e Wilson (2014) salientam que perante um filho doente, a mãe, o pai ou outro familiar têm significações de uma doença que não é sua, o que é acompanhado de uma emocionalidade excessiva associado à possibilidade de perda. A antecipação do pior e do sofrimento do seu filho é grandemente responsável por estas vivências emocionais que constituem o próprio sofrimento dos pais. Já a criança e o jovem possuem significações negativas associadas, predominantemente, aos procedimentos dolorosos que ficam na memória mesmo das crianças muito pequenas, porém não antecipam tanto o sofrimento como os seus pais (Ibidem). Assim é importante que os enfermeiros compreendam estes fatores para que com recurso ao trabalho emocional tornem a experiência de doença/hospitalização menos perturbadora.

É de ressaltar que as situações emocionalmente intensas e perturbadoras acrescentam sofrimento à experiência de doença e hospitalização, pelo que uma das principais finalidades da Enfermagem é prevenir, atenuar ou aliviar o sofrimento do cliente (Diogo, 2015). Assim, as intervenções terapêuticas, nas quais o trabalho emocional se enquadra, surgem como uma ferramenta indispensável no cuidado à criança e sua família, procurando transformar as experiências emocionalmente negativas ou intensas em vivências positivas e gratificantes para ambos os intervenientes. É fundamental que a visão holística dos cuidados englobe um conhecimento sólido das características do crescimento e desenvolvimento da criança, bem como promova atividades e estratégias que favoreçam não só o desenvolvimento harmonioso, mas sobretudo o bem-estar emocional da díade criança-família. Por último, o estudo de Diogo (2015) sugere que os enfermeiros de um serviço de internamento de pediatria, além da regulação da sua disposição emocional para cuidar, promovem um ambiente seguro e afetuoso, nutrem os cuidados com afeto, gerem as emoções dos clientes e constroem a estabilidade na relação, pelo que é neste sentido que procuro desenvolver a minha identidade como futura EEESCJ.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Editora Quarteto
- Anders, J. & Lima, R. (2004). Crescer como transplantado de medula óssea: repercussões na qualidade de vida de crianças e adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(6), p. 866-874.

- Armond, L. (2003). *Convivendo com a hospitalização do filho adolescente. Tese doutoramento*. Universidade de S. Paulo, Brasil.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica*. 2a ed. Lisboa: Climepsi.
- Borges, E. (2005). O sofrimento dos enfermeiros em Pediatria. *Nascer e Crescer*, 14(2), 123-125.
- Curado, A. (2006). Acolher...É receber...É dar...É partilhar... In Santos, L. (coord). *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital* (pp. 22-24). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Dias, S. & Motta, M. (2004). Práticas e Saberes do Cuidado de Enfermagem à Criança Hospitalizada. *Ciência, cuidado e saúde*. 3(1), p. 41-54.
- Diogo, P. (2015). Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). Wong, enfermagem da criança e do adolescente (9a ed.). Loures: Lusociência
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança – (Re) Pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociencia.
- Oliveira, M. (2011). *Caminhos de Esperança: O Adolescente/ Família portador de Doença Crónica*. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Lisboa: ICSUCP.

Apêndice IV – Sessão de Educação para a Saúde:
Cuidados de Saúde Primários



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

6º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

Sessão de Educação para a Saúde com crianças em contexto de

Pré-Escola

Divertida Mente: Gestão de Emoções

Projeto “Ajudar a Crescer”

Discente:

Marta André das Neves nº 6085

Outubro de 2015

ÍNDICE

1. DIVERTIDA-MENTE: GESTÃO DAS EMOÇÕES	3
1.1. Fundamentação	3
1.2. Planejamento	4
1.3. Execução	5
1.4. Contributos para o Desenvolvimento de Competências	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11

ANEXOS

Anexo I - Ilustrações Das Caixas-Emoção

Anexo II - Cartões-Situação Adaptados

APÊNDICES

Apêndice I - Grelha De Observação Da Dinâmica: Instrumento De Avaliação

1. DIVERTIDA-MENTE: GESTÃO DE EMOÇÕES

Interação inserida no Projeto *Ajudar a Crescer*

1.1. Fundamentação:

As emoções funcionam como reguladores vitais do comportamento intra e interpessoal das crianças (Denham et al., 1994). Durante a infância verificam-se importantes mudanças de desenvolvimento na compreensão das crianças acerca das emoções, incluindo a habilidade para analisar as situações que geram emoção e apreciar as causas, consequências e diferentes modos de expressar as emoções (Stegge & Terwogt, 2007). A compreensão emocional apresenta-se como um fator chave no desenvolvimento e funcionamento emocional das crianças, uma vez que serve de elo de ligação entre o estímulo emocional e a resposta (comportamento ou expressão) emocional, atuando como uma estrutura cognitiva mediadora (Michalson & Lewis, 1985).

O desenvolvimento durante os primeiros anos da infância (dos 2 aos 5 anos) é um período crítico e chave não só para o desenvolvimento emocional como, também, para o motor, cognitivo, e da linguagem. As crianças começam, rapidamente, a desenvolver novas habilidades e competências que facilitam as interações com pares e adultos e a experiência emocional vai constituir parte integral deste desenvolvimento, afetando todas as áreas de funcionamento. Por volta dos 2 anos, as crianças já são capazes de expressar os seus estados emocionais através de palavras com significado sendo que, mais de metade, é capaz de usar termos emocionais positivos ou negativos como feliz, triste, assustado ou zangado (Smiley & Huttenlocher, 1989). Esta ideia sustenta a escolha da temática das emoções a desenvolver em crianças em idade pré escolar.

Através da interação lúdica pretende-se contribuir para que as crianças (re)conheçam as emoções, consigam nomeá-las e distingui-las, nelas próprias e nos outros. Assim, procura-se que aprendam a imaginar-se na perspectiva do outro, o que ajuda a desenvolver a sua consciência social. Por outro lado, é também fundamental que as crianças desenvolvam a capacidade de identificação de emoções, com base nos sinais corporais. Gradualmente, as crianças vão sendo capazes de reconhecer o que se sente e o que se faz quando se está com medo, por exemplo. Assim, conseguem melhor identificar esta emoção no momento em que elas próprias a experienciam e, mais tarde, também quando uma outra criança ou adulto passam pela mesma situação. Também devem aprender a dar um nome a cada emoção.

Na dinâmica selecionada são exploradas apenas cinco emoções básicas: felicidade, medo, raiva, repulsa e tristeza. Existem muitas outras emoções como, por exemplo,

frustração, amor, culpa, vergonha, inferioridade e mágoa, mas foram apenas consideradas as supracitadas por serem emoções básicas de que muitas outras emoções podem ser deduzidas. Mesmo assim, acredita-se que uma exploração completa destas cinco emoções básicas é uma excelente preparação para a exploração de emoções mais complexas.

«Cada passo dado no desenvolvimento da capacidade de compreender e expressar as emoções serve o importante propósito de nos habilitar a comunicar uns com os outros.»

Detlev Ploog

1.2. Planeamento:

Data: 14 e 15 de Outubro de 2015

Horário: 13:30 – 15:30h

Local: Pré-escola de um Agrupamento.

Objetivo Geral: Promover competências psicossociais que facilitem o relacionamento interpessoal e permitam o (re)conhecimento e respeito pelas emoções (individuais e do grupo), evitando o surgimento de desequilíbrios emocionais futuros.

Metodologia: Intervenção com dinâmica participativa (Expositiva e interativa).

Responsável: Enfermeiras de Saúde Escolar; Enf^a Marta Neves.

Público- Alvo: Crianças em idade Pré-Escolar (3 turmas de 25 crianças cada (75), inscritas no projeto Ajudar a Crescer) e Educadoras.

Duração da Sessão: 45 minutos

Objetivos Específicos: Sensibilizar para a importância do (re)conhecimento das emoções; desenvolver competências de gestão das emoções desde a idade pré-escolar.

No final da sessão espera-se que:

- pelo menos 75% das crianças consigam (re)conhecer/ nomear as cinco emoções apresentadas;
- pelo menos 50% das crianças sejam capazes de exemplificar através de histórias/ acontecimentos, duas das emoções abordadas;
- 50% das crianças distingam emoções agradáveis de desagradáveis;

- pelo menos 50% associem os “cartões-situação” às “caixas-emoção”.

Material: Sala do Jardim de Infância; Computador; Data-Show; Cinco “caixas-emoção” decoradas com as diferentes emoções (imagens do filme Divertida-Mente – **figura 1.**); Cinco conjuntos de quinze cartões (**figura 2.**), ilustrados com diferentes situações representativas de emoções e devidamente referenciados (total de 75 “cartões-situação” por turma); Grelha de observação da dinâmica; trailer do filme Divertida-Mente; Setenta e cinco folhetos informativos com duas imagens direcionado para Pais/Crianças: (1) formas de lidar com as emoções desagradáveis; (2) desenho para colorir sobre a temática.



Figura 1. Cinco Caixas-Emoção



Figura 2. Caixas-Emoção e quinze Cartões-Situação

1.3. Execução

Inicialmente foi efetuada uma breve apresentação dos formadores e da temática (Explorar a palavra “emoções”) e posteriormente fornecidas indicações sobre a estruturação da interação.

De seguida iniciou-se a dinâmica de grupo: atividade lúdica e interativa realizada em subgrupos de cinco crianças, constituindo-se assim em cada turma cinco subgrupos. Cada subgrupo explorou, aleatoriamente, uma de cinco emoções possíveis (felicidade, tristeza, raiva, repulsa e medo).

Opção 1 - O elemento dinamizador apresentou a cada subgrupo o material a utilizar: quinze cartões-situação com imagens representativas das cinco emoções, sendo sempre uma criança a figura de referência; e cinco caixas ilustradas com as figuras do filme Divertida-Mente (Medo, Tristeza, Raiva, Alegria e Repulsa).

Seguidamente e após distribuir quinze cartões-situação por cada um dos cinco subgrupos, foi solicitado a cada subgrupo que identificasse os cartões que espelhavam a emoção estipulada\pretendida (exemplo: medo para o subgrupo 1 e raiva para o subgrupo 2), sendo disponibilizados 5-10 minutos para esta etapa.

Posteriormente, pediu-se que justificassem as situações escolhidas perante o grupo (turma), exemplificando com uma história ou com um acontecimento real. Nesta fase, o restante grupo foi incentivado a fornecer subsídios e a aprovar ou não as escolhas apresentadas por cada subgrupo, promovendo a partilha de ideias. Ao terminar esta etapa, o subgrupo para além de identificar a emoção presente em cada cartão-situação, teve de colocá-los numa das cinco caixas representativas das emoções (decoradas com as personagens do filme Divertida Mente), que se encontravam numa mesa posicionada de forma a que todos as conseguissem visualizar.

Por último, com o intuito de consolidar a temática abordada, foi realizada uma síntese final com recurso a uma apresentação powerpoint interativa, distribuição de um folheto ilustrado com sugestões de estratégias para as crianças lidarem com emoções desagradáveis e um desenho para colorir. Com base numa grelha de observação e através do recurso a perguntas direccionadas a cada subgrupo, no decurso da interação, procurou-se compreender os contributos da sessão e elaborar a avaliação da mesma.

Opção 2- Primeiramente foi abordada a temática com recurso a questões abertas: “Já ouviram falar da palavra emoção?”, “ Que emoções conhecem?” “ O que fazem quando estão felizes?”, incitando à reflexão e expressão de emoções em grupo. De acordo com o feedback obtido e tendo como fio condutor a apresentação powerpoint, o dinamizador direccionou a sessão e explorou com o grupo as emoções presentes nas ilustrações dos diapositivos (figuras do filme divertida-mente: tristeza, raiva, medo, alegria e repulsa).

De seguida, o elemento dinamizador deu início à dinâmica, apresentando a cada subgrupo o material a utilizar: quinze cartões-situação com imagens representativas das cinco emoções (Anexo II), sendo sempre uma criança a figura de referência; e cinco caixas ilustradas com as figuras do filme Divertida-Mente (Medo, Tristeza, Raiva, Alegria e Repulsa).

Numa fase posterior foram distribuídos quinze cartões-situação e uma caixa-emoção por cada um dos cinco subgrupos, sendo solicitado a cada subgrupo que: (1) dos quinze cartões identificasse os que espelhavam a emoção presente na caixa distribuída e (2) colocasse apenas os cartões seleccionados dentro da caixa, sendo disponibilizado 5-10 minutos para esta etapa.

Posteriormente, pediu-se aos subgrupos que apresentassem e justificassem as situações escolhidas perante o grupo (turma), sendo este incentivado a fornecer subsídios e a aprovar ou não as escolhas apresentadas por cada subgrupo.

Por último, com o intuito de consolidar a temática abordada foi realizada uma síntese em grupo sendo discutidas as ideias-chave. Com recurso a um folheto ilustrado foram demonstradas sugestões de estratégias para as crianças lidarem com emoções desagradáveis e um desenho para colorir. Com base numa grelha de observação (Apêndice I) e através do recurso a perguntas direcionadas a cada subgrupo no decurso da interação, procurou-se compreender os contributos da sessão e elaborar a avaliação da mesma.

Com esta atividade pretendeu-se que as crianças identificassem e expressassem emoções, nomeando-as e diferenciando-as, neles próprios e nos outros. Procurou-se promover também, a imaginação e a criatividade, uma vez que a criança teve que explicar a situação e/ou contar uma história. Ao dar a oportunidade à criança de escolher quer figuras, quer os cartões-situação, estava-se a desenvolver a capacidade de tomada de decisão. Por último, enquanto atividade feita em grupo, promoveu a socialização e a integração de regras.

A sessão de educação para a saúde foi realizada em três grupos diferentes de vinte e cinco crianças, sendo a opção um utilizada no grupo um e a opção dois nos grupos dois e três. A seleção da dinâmica a implementar baseou-se no estágio de desenvolvimento da população-alvo, uma vez que a opção um é mais complexa que a opção dois. Desta forma, as educadoras foram previamente questionadas sobre este item e contribuíram para o processo de tomada de decisão.

Diapositivos da Sessão de Educação para a Saúde:



EMOÇÕES



- Quando acontece uma coisa boa;
- Comportamentos típicos:
 - Rir
 - Brincar
 - O corpo fica com mais energia

ALEGRIA

EMOÇÕES



- Situações desagradáveis, injustas e ameaçadoras.
- Comportamentos típicos:
 - Discutir
 - Gritar
 - Afastar
 - Dificuldade em controlar o corpo

RAIVA

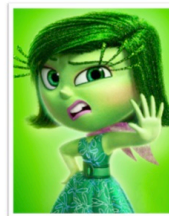
EMOÇÕES



- Situações perigosas e difíceis;
- Comportamentos típicos:
 - Fugir
 - Chorar
 - Mexer-se muito

MEDO

EMOÇÕES



- Situações que sentimos mal estar;
- Comportamentos típicos:
 - Evitar/ afastar

NOJO

Panfleto:



Elaboração: Marta Neves

6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria. Unidade Curricular: Estágio com Relatório
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

PROJETO “AJUDAR A CRESCER”

Divertida Mente: Gestão de Emoções

Outubro de 2015

Estratégias para lidar com as emoções desagradáveis:

<p>1ª Ajuda-me a aceitar o que acontecer.</p>	<p>2ª Quando acontecer algo de mau, ajuda-me a pensar em coisas agradáveis.</p>
<p>3ª Ensina-me que posso aprender alguma coisa com as coisas más que acontecem.</p>	<p>4ª Incentiva-me a mostrar, expressar e falar o que sinto (as minhas emoções).</p>
<p>5ª Alerta-me para procurar ajuda e apoio dos outros: família, amigos, etc.</p>	<p>6ª Incentiva-me a fazer coisas que goste e que me façam sentir bem.</p>
<p>7ª Recorda-me que os acontecimentos ou emoções desagradáveis também têm coisas positivas</p>	<p>8ª Lembra-me que se conseguir lidar com emoções ou acontecimentos desagradáveis, torno-me uma pessoa mais forte.</p>

Adaptado de Moreira, P. (2012). Eu controlo as emoções!. Porto: Porto editora.



© 2015 Disney/Pixar

Avaliação:

Participação e interação do público-alvo ao longo da dinâmica;

Aplicação do instrumento de avaliação: Grelha de Observação da Dinâmica (Apêndice 1).

No decurso da sessão de educação para a saúde foram colocadas questões aos formandos sobre a temática das emoções, tendo por base os itens do instrumento de observação da dinâmica, o que permitiu concluir que a grande maioria das crianças participou de uma forma ativa e interessada, obtendo-se uma avaliação muito positiva nas respostas dadas.

Os formandos tiveram oportunidade de, em subgrupos, colocar em prática os conhecimentos adquiridos na sessão, através da dinâmica Divertida Mente, associando de forma adequada os “cartões-situação” à “caixa-emoção” correspondente (83%). É de salientar que até as crianças mais introvertidas demonstraram interesse em participar, desenvolvendo assim as competências relacionais com os pares.

Foram momentos de grande aprendizagem, alegria e brincadeira estruturada, em que todos quiseram mostrar o que aprenderam. Neste momento de avaliação foi possível verificar que os objetivos propostos para a sessão foram plenamente alcançados, na medida em que os formandos, no final da sessão, foram capazes de reconhecer/nomear (84%) as cinco emoções abordadas e exemplificá-las (59%) com acontecimentos e histórias.

Embora, no final da sessão, algumas das crianças ainda não conseguissem distinguir as emoções agradáveis das desagradáveis, uma percentagem significativa (> 50%) da amostra já o conseguia fazer de forma exemplar, recorrendo mesmo a estratégias para lidar com as emoções desagradáveis.

No futuro, a população-alvo da presente sessão de educação para a saúde deveria ser sujeita a nova intervenção, nomeadamente o grupo 1, com o intuito de explorar emoções mais complexas e de fornecer um conjunto mais alargado de estratégias de gestão emocional com presença ou não dos pais/ figura de referência da criança. Com a aplicação da grelha de observação, verificou-se que os elementos que constituem o grupo 1 demonstraram dificuldade em identificar outras emoções, sendo que apenas 24% o conseguiu fazer.

1.4. Contributos para o desenvolvimento de competências:

A realização da interação (sessão de educação para a saúde) com crianças em idade pré escolar permitiu, principalmente, desenvolver a Competência de Enfermeiro Especialista da Saúde da Criança e do Jovem **E2**, pois procuro providenciar 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 (Unidade

de Competência E2.4), visto que a gestão emocional em crianças é de extrema importância para um desenvolvimento saudável e ajustado. Por outro lado, indissociável e indispensável em enfermagem pediátrica, saliento a competência **E3** na sua unidade de competência 3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura, que nesta sessão atende às características da população-alvo.

Referências Bibliográficas:

- Denham, S. A. (1986). Social Cognition, Prosocial Behavior, and Emotion in Preschoolers: Contextual Validation. *Child Development*, 57(1), 194-201.
- Smiley, P. & Huttenlocher, J. (1989). Young children's acquisition of emotion concepts. In C. Saarni & P.L. Harris (Eds.), *Children's Understanding of Emotion*. New York: Cambridge University Press.
- Stegge, H. & Terwogt, M. (2007). Awareness and regulation of emotion in typical and atypical development. In Gross, J. (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (269- 282). New York: Guilford Press.
- Michalson, L., & Lewis, M. (1985). What do children know about emotions and when do they know it? In M. Lewis & C. Saarni (Eds.), *The Socialization of Emotions* (pp.117-139). New York: Plenum Press.

ANEXOS

Anexo I - Ilustrações Das Caixas-Emoção



1. Alegria



2. Repulsa



3. Raiva



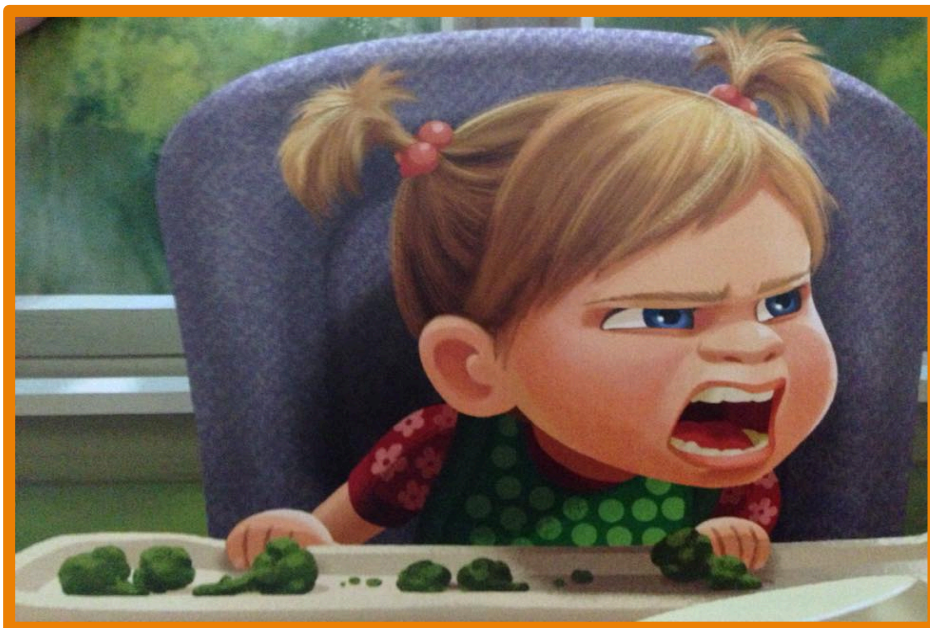
4. Tristeza

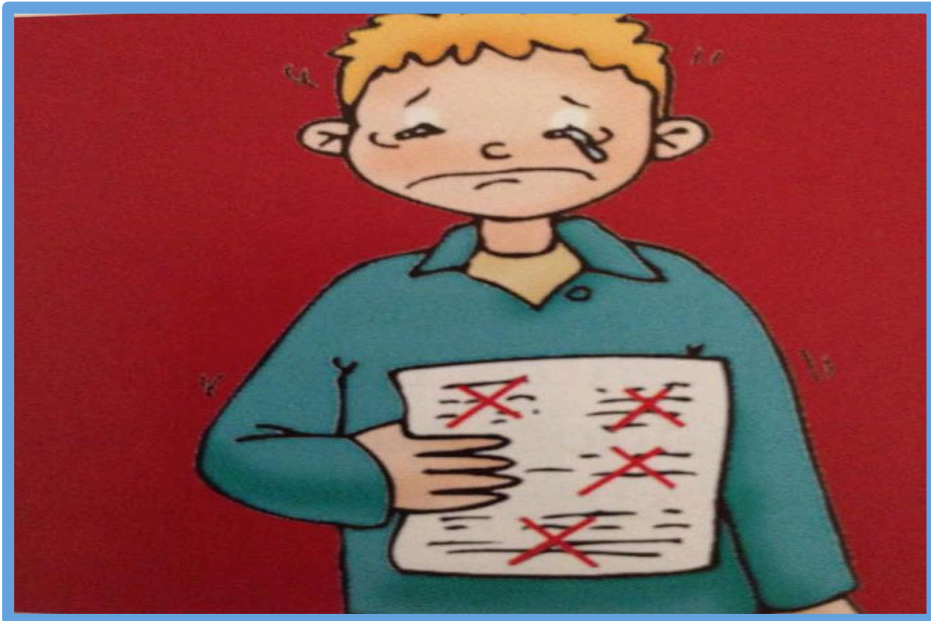
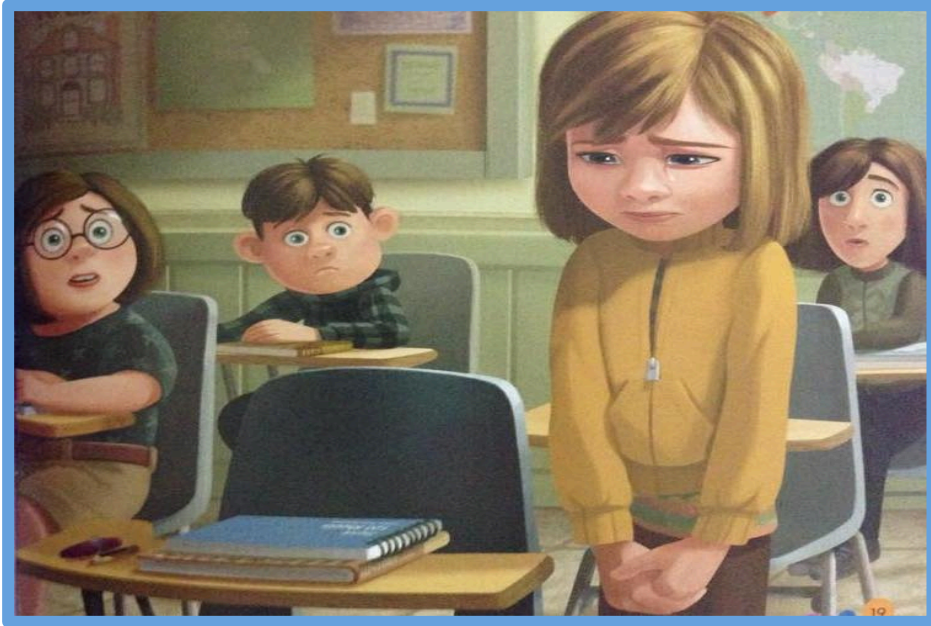


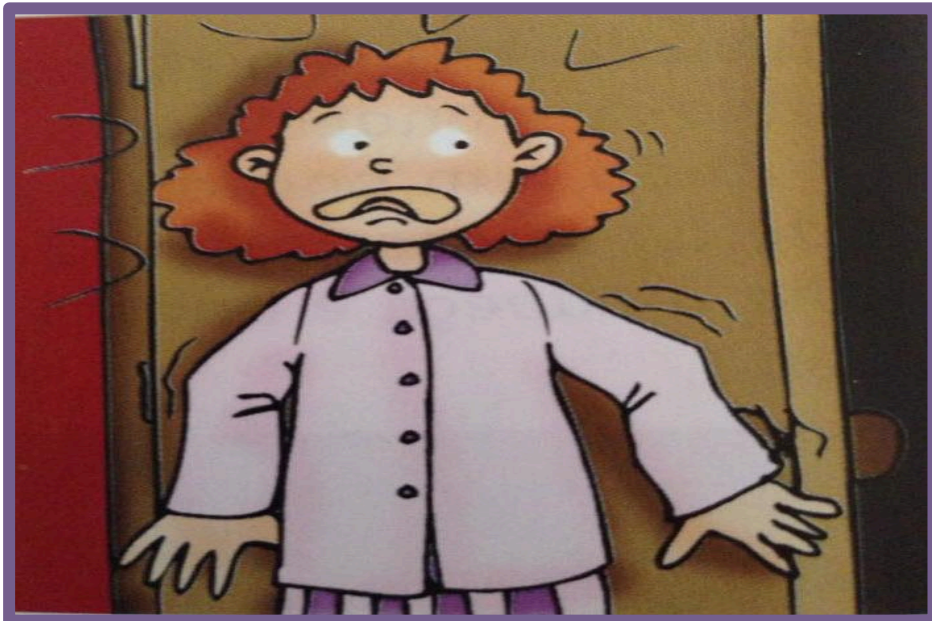
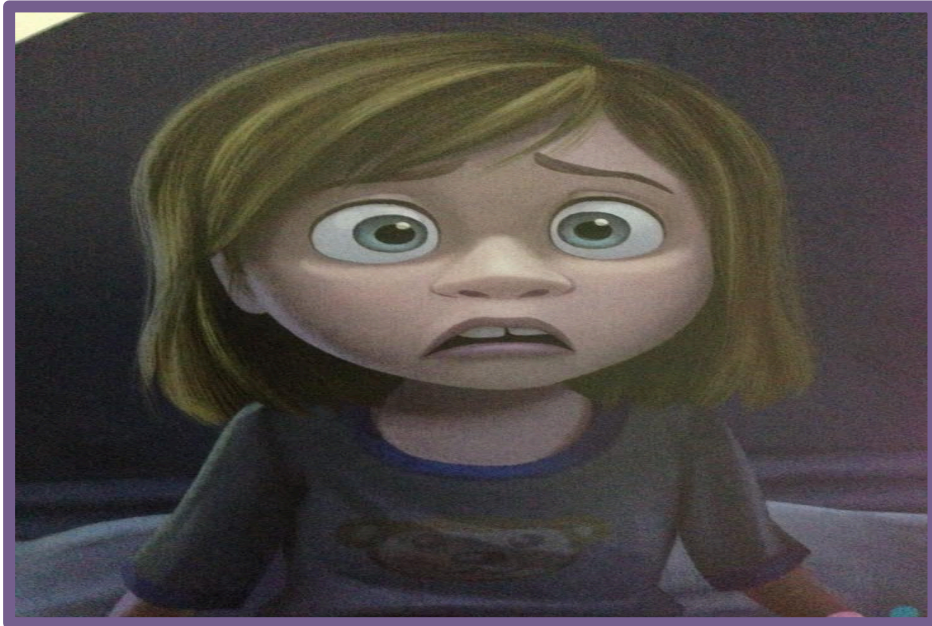
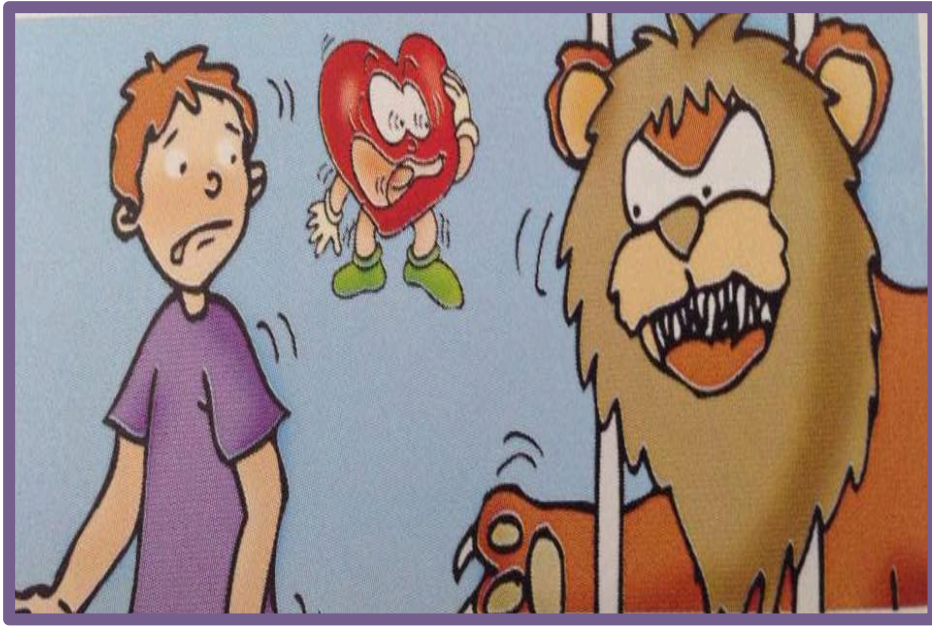
5. Medo

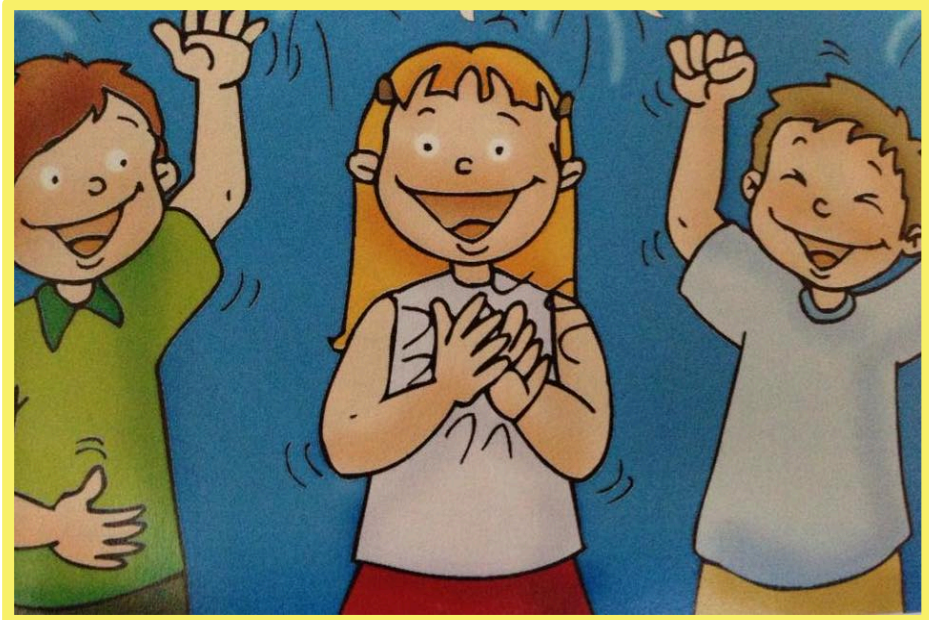
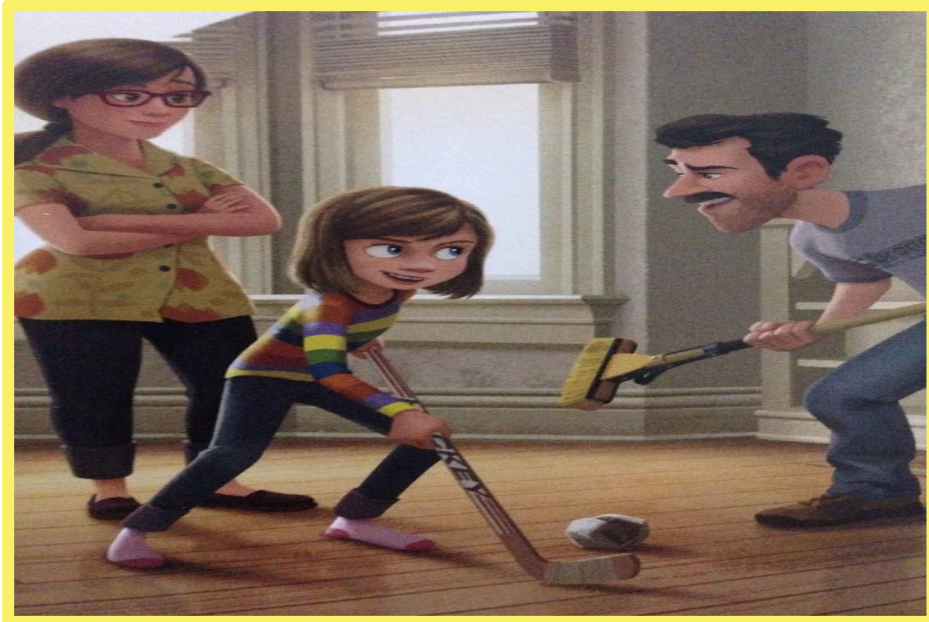
Anexo II - Cartões-Situação Adaptados

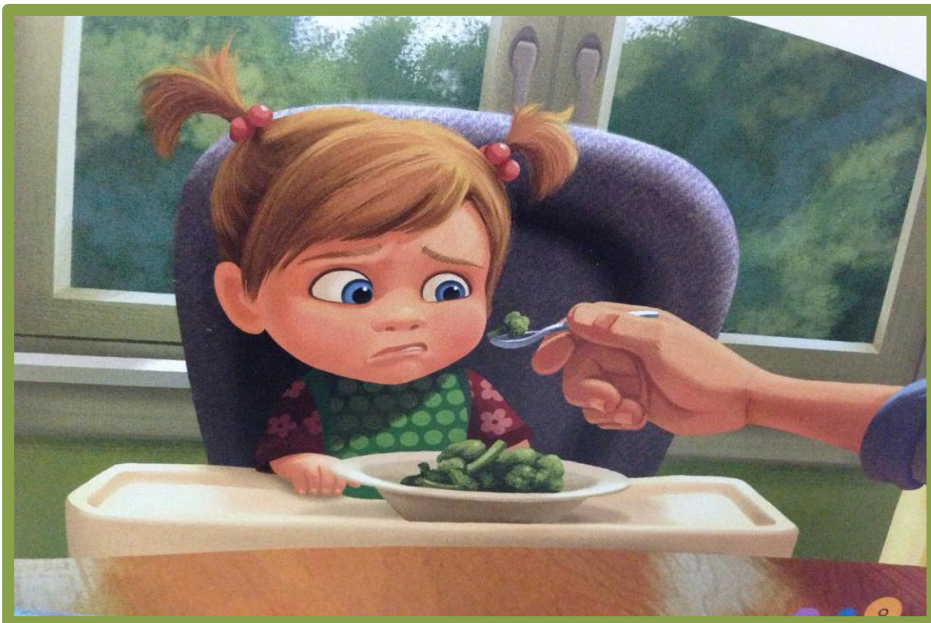
CARTÕES-SITUAÇÃO ADAPTADOS (Disney Pixar, 2015; Moreira, 2012)

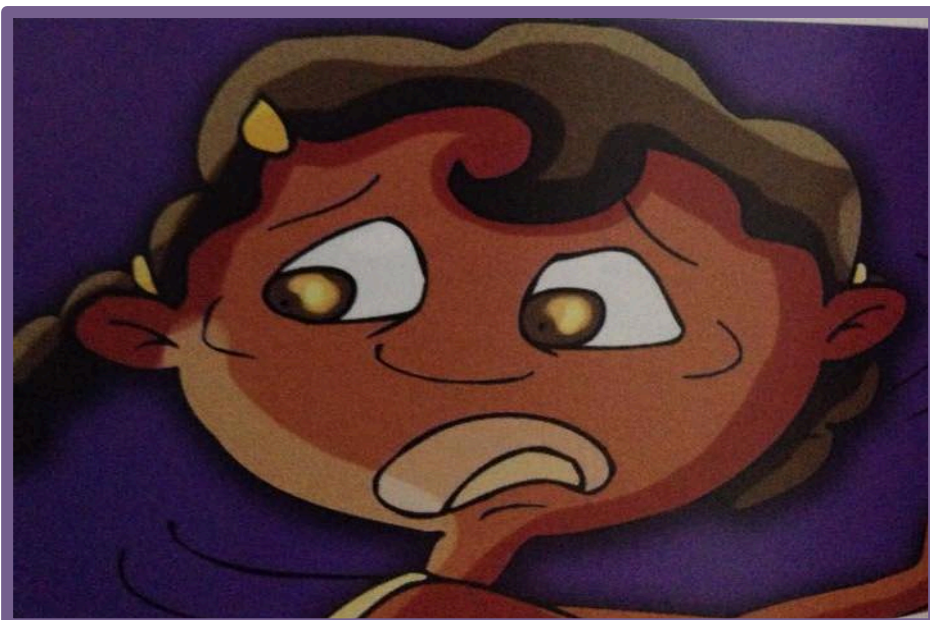


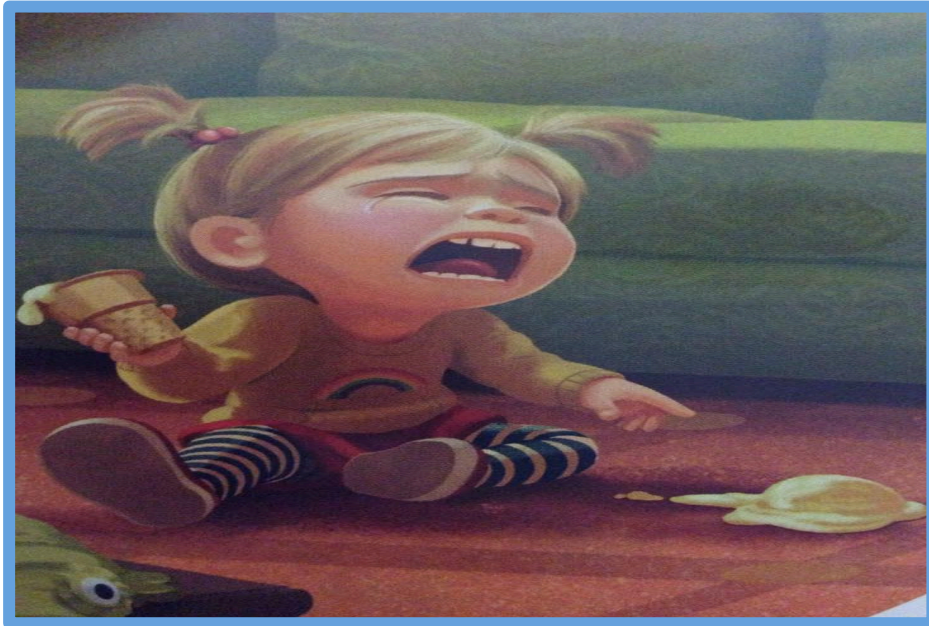












Os Cartões apresentam a referência bibliográfica no verso.

APÊNDICES

Apêndice I - Grelha De Observação Da Dinâmica: Instrumento De Avaliação

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DA DINÂMICA: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Observação: 14 de Outubro de 2015

Grupo 1: 25 Crianças (N)

Itens a observar	Sim (n)	Não (n)	Não se aplica (n)
1.(Re)conhecer/ nomear as cinco emoções apresentadas	19	6	-
2.Exemplificar através de histórias/ acontecimentos, duas das emoções abordadas	13	12	-
3.Distinguir emoções agradáveis de desagradáveis	13	12	-
4.Associar os “cartões-situação” às “caixas-emoção	18	7	-
5.Identificar outras emoções	6	19	-

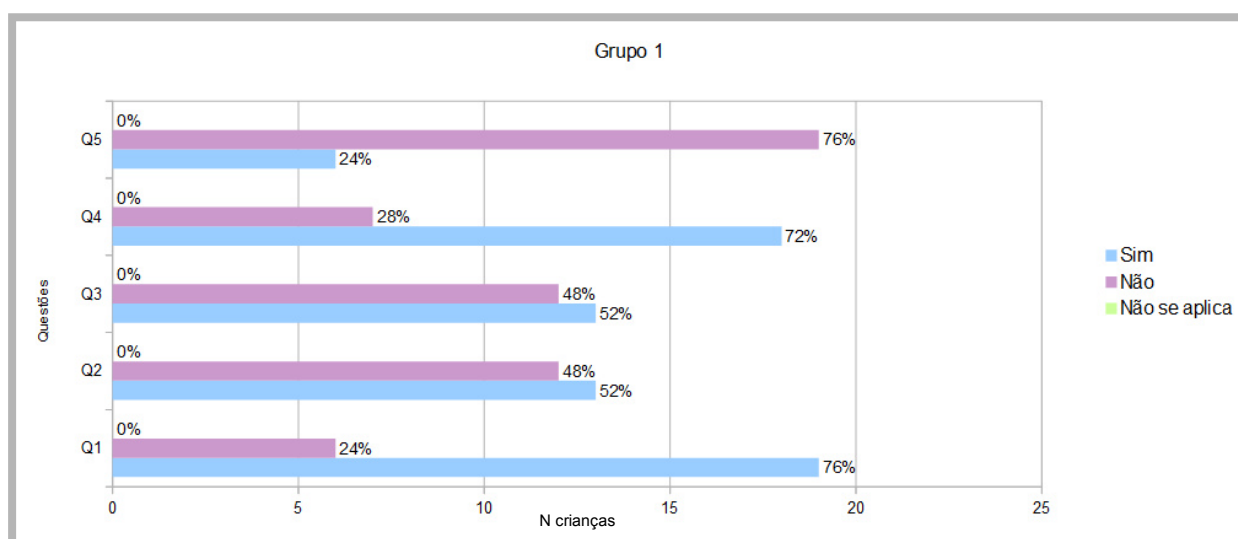


Gráfico 1. % de crianças do Grupo 1 que corresponderam (ou não) aos itens pré estabelecidos na grelha de observação após a implementação da dinâmica Divertida Mente: Gestão de emoções.

Grupo 2: 25 Crianças (N)

Itens a observar	Sim (n)	Não (n)	Não se aplica (n)
1.(Re)conhecer/ nomear as cinco emoções apresentadas	21	3	1 (Faltou)
2.Exemplificar através de histórias/ acontecimentos, duas das emoções abordadas	15	9	1 (Faltou)
3.Distinguir emoções agradáveis de desagradáveis	14	10	1 (Faltou)
4.Associar os “cartões-situação” às “caixas-emoção	24	0	1 (Faltou)
5.Identificar outras emoções	13	11	1 (Faltou)

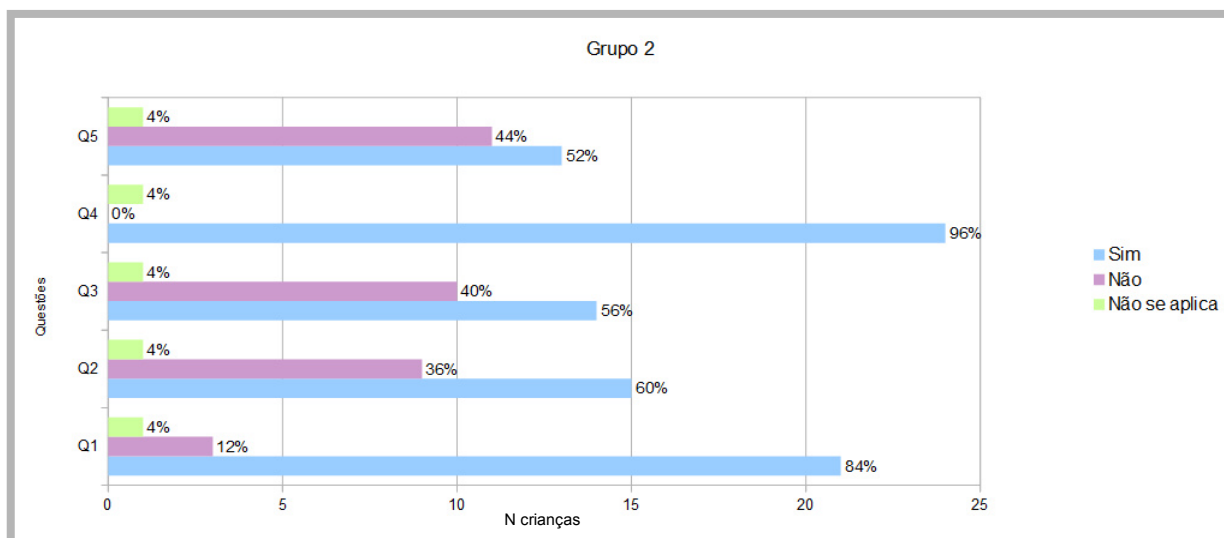


Gráfico 2. % de crianças do Grupo 2 que corresponderam (ou não) aos itens pré estabelecidos na grelha de observação após a implementação da dinâmica Divertida Mente: Gestão de emoções.

Observação: 15 de Outubro de 2015

Grupo 3: 25 Crianças

Itens a observar	Sim (n)	Não (n)	Não se aplica (n)
1. (Re)conhecer/ nomear as cinco emoções apresentadas	23	2	-
2. Exemplificar através de histórias/ acontecimentos, duas das emoções abordadas	16	9	-
3. Distinguir emoções agradáveis de desagradáveis	19	6	-
4. Associar os “cartões-situação” às “caixas-emoção”	20	5	-
5. Identificar outras emoções	14	11	-

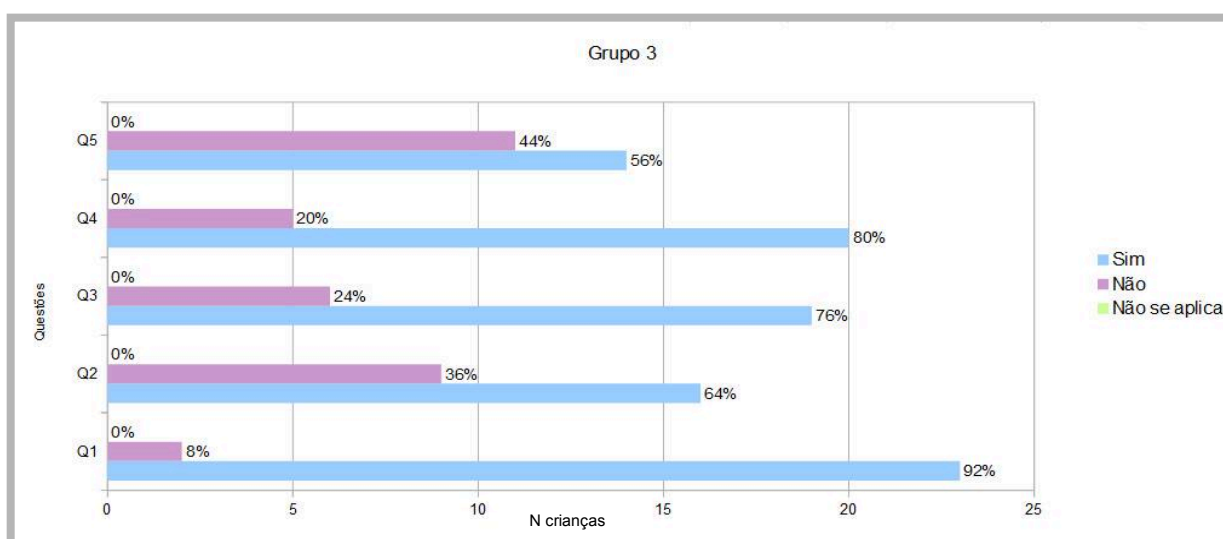


Gráfico 3. % de crianças do Grupo 3 que corresponderam (ou não) aos itens pré estabelecidos na grelha de observação após a implementação da dinâmica Divertida Mente: Gestão de emoções.

Apêndice V - Sessões Formativas

FUNDAMENTAÇÃO

A formação em serviço, através de um planeamento adequado, visa colmatar as necessidades de formação dos enfermeiros e promover o desenvolvimento de competências nos contextos e para os contextos de trabalho. A formação é a pedra basilar para a concretização dos Cuidados Paliativos como direito humano básico, tal como é defendido pela OMS e pela International Children's Palliative Care Network, sendo considerada uma prioridade pela EAPC (Lacerda et al., 2014). A sua escassez tem sido apontada como uma das principais barreiras ao desenvolvimento e implementação de programas de Cuidados Paliativos Pediátricos (Ibidem). Neste sentido, apenas equipas com formação adequada em CPP e em constante atualização podem assegurar a prestação de cuidados de qualidade a crianças com doenças limitantes/ameaçadoras de vida e suas famílias, independentemente do contexto e dos recursos (Lacerda et al, 2014).

As intervenções educativas aumentam o reconhecimento, os conhecimentos e competências sobre o tema e favorecem mudanças de atitudes e comportamentos. A evidência aponta para que mesmo formações curtas tenham impacto nas atitudes dos profissionais, favorecendo uma integração precoce dos CPP nos cuidados de saúde prestados (Ibidem). A formação contínua é fundamental para a melhoria dos cuidados, pois, implica uma validação contínua das competências. A Ordem dos Enfermeiros (2001, p.15) refere que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”, tendo como indicador de qualidade, a existência de uma política de formação contínua, para promover o desenvolvimento pessoal e profissional. O desenvolvimento profissional e pessoal é atualmente revestido de extrema importância, implicando uma atualização constante e metódica dos conhecimentos, com o intuito de valorizar a profissão, otimizar recursos e obter resultados com qualidade, permitindo a consciencialização da prestação de cuidados de forma responsável e competente.

Note-se que as sessões formativas procuram refletir o que se deseja para a prática e por sua vez contribuir para o desenvolvimento de uma abordagem centrada na relação, que realce a influência recíproca entre os que são cuidados e os que cuidam. Os cuidados centrados na família focam apenas uma face desta relação, pelo que se deve também abordar com especial e renovada atenção o outro lado, que envolve o profissional, a equipa, o serviço e a instituição. Este aspeto é por vezes subvalorizado na educação e ignorado na prática profissional. A formação pretende ajudar os profissionais a consciencializarem-se do mundo subjetivo da criança-família que vive com uma doença crónica complexa ou limitante/ameaçadora de vida, ao mesmo tempo que facilita a compreensão das respostas individuais da equipa de enfermagem (Lacerda et al., 2014).

No trabalho emocional em pediatria é essencial a adoção de um “modo pró-ativo de criar ambientes e contextos relacionais com determinada tonalidade afetiva para atingir objetivos terapêuticos” (Diogo, 2015 p.18). Neste sentido, pretende-se que seja efetuado de forma mais imediata o reconhecimento das situações em que o uso do trabalho emocional em pediatria poderá influenciar positivamente o resultado das intervenções de enfermagem, nomeadamente em contexto de Cuidados Paliativos Pediátricos. Segundo Kérouac et al. (1994), a formação e competências dos enfermeiros são diversificadas e multidisciplinares, sendo a profissão marcada pela polivalência, e por isso constituírem uma força humana e profissional importante. A diversificação advém da formação contínua e da formação em serviço, desenvolvendo-se esta última, analogamente com a prática profissional. A profissão de enfermagem exige então que sejam mobilizados tanto os conhecimentos adquiridos na formação de base e/ou especializada como também os renovados continuamente através da formação permanente. Assim, tal como é regulamentado no Decreto-Lei nº 119 (2015) é determinante a existência de uma formação contínua com vista à prestação de cuidados de qualidade, e o conhecimento e sensibilização dos profissionais nesta área é essencial para prestar cuidados de qualidade e que promovam o crescimento e desenvolvimento infantil.

É premente que na formação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, se dê o devido enfoque à preparação para a gestão das questões da emocionalidade e do sofrimento extremo que a criança e família estão sujeitas em contexto de cuidados paliativos pediátricos. É ainda de ressaltar que o bem-estar emocional do enfermeiro torna-se vital na adequação da sua atuação e, como tal, há que privilegiar momentos de reflexão sobre a prática e sobre os sentimentos vividos, para que não sejam recalçados sentimentos, não sejam criadas falsas representações sobre a prática e não se incorra no *burnout*. É, também, da competência do enfermeiro especialista adequar, não só a sua atuação neste campo, mas também liderar a equipa de enfermagem no desenvolvimento das competências necessárias a essa mesma atuação. Foi neste sentido que foi desenvolvido este programa, como forma de dar resposta a uma problemática presente na minha prática diária de cuidados. A formação em serviço surge então como uma estratégia de atualização, de forma dinâmica, em contexto de trabalho abrangendo todos os intervenientes do processo (Dias, 2004). Deve ser desenvolvida de forma a ir ao encontro das necessidades dos formandos, dos objetivos da unidade/equipa de cuidados e também da instituição, potenciada pelos formandos no sentido de uma oportunidade de valorização pessoal e profissional de reflexão sobre o seu trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Dias, J. (2004). *Formadores: Que Desempenho?* Loures: Lusociência.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica. Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Lisboa: Lusociência.
- Lacerda, A. F., Pinto, C., Ferreira, F., Salazar, H., Mendes, J., Oliveira, J., et al. (2014). *Cuidados Paliativos Pediátricos - Relatório do Grupo de Trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde*. Acedido a 10-09.2016. Disponível em http://www.spp.pt/UserFiles/file/Comissoes_SPP/RelatOrio%20do%20GdT%20de%200CPP.pdf
- Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, D., & Major, F. (1994). *O pensamento do enfermeiro: concepções e estratégias*. Québec.
- Lei nº 119/2015 de 22 de Junho (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Diário da República 2a Série, No 119 (22-06-2015) 16660-16665.
- Ordem Dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

SESSÃO FORMATIVA 1 - Cuidados de Saúde Primários: Recurso Audiovisual



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

CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS



Elaborado por:
• Marta Neves

21 de Outubro de 2015

SUMÁRIO



1. CUIDADOS PALIATIVOS

2. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

3. TRABALHO EMOCIONAL NO CUIDAR

4. FILME

5. INFORMAÇÕES

2

OBJETIVOS



Apresentar a evidência científica mais atual sobre Cuidados Paliativos Pediátricos

Diferenciar Cuidados Paliativos de Adultos de Pediátricos

Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a crianças e famílias com necessidades paliativas

Evidenciar a importância do trabalho emocional para profissionais de saúde em Cuidados de Saúde Primários

3

1. CUIDADOS PALIATIVOS



Abordagem que visa **melhorar a qualidade de vida** dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença **incurável e/ou grave e com prognóstico limitado**, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos mas também psicossociais e espirituais.

Os Cuidados Paliativos são **cuidados intensivos de conforto**.

São prestados de forma multidimensional e sistemática por uma equipa **multidisciplinar**

(OMS cit DGS, 2010).

4

1. CUIDADOS PALIATIVOS



Os **Cuidados Paliativos destinam-se** essencialmente a doentes (e família) que, cumulativamente:

- a) Têm prognóstico de vida limitado;
- b) Têm intenso sofrimento;
- c) Têm problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar.

Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), de constituição autónoma sempre que as necessidades ou a densidade populacional o exijam, sendo nos outros casos operacionalizada através da **inclusão de profissionais com formação em Cuidados Paliativos** nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), localizadas nos ACES.

(DGS, 2010)

5

2. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS (CPP)



Adaptado de: Grupo de Apoio à Pediatria da ARCP & Grupo de Trabalho de Cuidados Continuados e Paliativos da SPP (2015). Cuidados Paliativos Pediátricos: Informação para cuidadores. Lisboa.

6

2.1 CPP: CONTEXTUALIZAÇÃO



- No contexto atual dos serviços de saúde, hospitalares e **na comunidade**, observa-se a crescente incidência de doenças de evolução prolongada e que conduzem à situação terminal de vida, em paralelo com a maior esperança de vida, que no seu conjunto **umentam em número significativo as crianças que necessitam de cuidados paliativos**.
- A **negação e dessocialização** da morte em pediatria, visíveis na sociedade em geral, e por vezes nos serviços de saúde, em particular, em que obstinadamente se investe com **objetivos curativos** e se dedica menos tempo, atenção e cuidados aos que caminham inexoravelmente para a morte, constituem evidências dessa mesma necessidade.

APCP (2006)

7

2.2 CPP: Definição e Princípios



Segundo a **OMS**, os **CPP** destinam-se a crianças com doenças ameaçadoras da vida, representando "... um campo especial, embora próximo dos cuidados paliativos de adultos ...". (OMS,1998).

Os seus **princípios**, que se aplicam a outras doenças crónicas, são os seguintes:

- são cuidados ativos totais para o corpo, mente e espírito da criança, e envolvem também o suporte à família;
- começam **quando a doença é diagnosticada** e continuam independentemente de a criança receber ou não tratamento dirigido à doença;
- os profissionais de saúde devem avaliar e aliviar o sofrimento físico, psicológico e social da criança;
- para serem eficazes é necessária uma abordagem ampla, **multidisciplinar** e interdisciplinar, que inclua a **família** e utilize os **recursos disponíveis na comunidade**;
- podem ser implementados mesmo quando os recursos são limitados;
- podem ser prestados em centros terciários, **nos CSP** ou no domicílio.

(OMS,1998)

8

2.2 CPP: Definição e Princípios



Os **Cuidados Paliativos Pediátricos** constituem:

(...) uma abordagem ativa e total (...), desde o diagnóstico ou reconhecimento da situação, durante toda a sua vida e para além da sua morte. Abrangem elementos físicos, **emocionais**, sociais e espirituais, focando-se na melhoria da qualidade de vida da criança/jovem e **suporte à sua família**. Incluem o controlo de sintomas, o proporcionar períodos de descanso aos cuidadores e acompanhamento na fase terminal e luto.

(ACT, 1997 cit Lacerda et al. 2013, p.2)

- Um **direito** humano básico para todas as crianças (recém-nascidos, crianças e jovens), em particular para as portadoras de **doenças crónicas complexas, limitantes ou ameaçadoras da vida** (qualidade e esperança), e suas famílias.

(Mendes, Silva & Santos, 2012)

9

2.2 CPP: ENQUADRAMENTO CONCRETUAL



- Os cuidados paliativos pediátricos são **uma extensão** da filosofia **dos cuidados paliativos de adultos** e têm como **centro a criança e a sua família** durante a **doença** com risco elevado de morrer antes de atingir a idade adulta, considerada **potencialmente fatal** (life threatening) ou **limitante** (life limiting).

(European Association for Palliative Care, 2007).

- Apesar da **similaridade de alguns** dos **princípios intrínsecos aos Cuidados Paliativos (CP)** direcionados para os **adultos**, é de realçar as **diferenças** entre estes e os **CPP**, uma vez que a criança, apresenta especificidades únicas relacionadas com o **desenvolvimento, maturidade biológica e emocional, e aspetos psico sociais**

(Mendes, Silva, & Santos, 2012, p. 218)

10

2.2 CPP: ENQUADRAMENTO CONCRETUAL



- A **doença limitadora da vida** pode ser definida como uma condição em que a morte prematura é frequente.
- A **doença que ameaça a vida** é aquela em que existe uma elevada probabilidade de morte prematura, devido a doença grave, podendo existir também a probabilidade de sobrevivência a longo prazo até à idade adulta.

(European Association for Palliative Care, 2007).

DOENÇAS CRÓNICAS COMPLEXAS

- São doenças graves, com uma duração prevista de pelo **menos 12 meses**. Precisam de cuidados de saúde diferenciados, sendo o diagnóstico e seguimento efetuados por um centro especializado.
- São **doenças limitantes ou ameaçadoras da vida**, e na grande maioria dos casos não há cura possível.

(Grupo de Trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde, 2014)

11

2.2 CPP: ENQUADRAMENTO CONCRETUAL



População alvo

Os **cuidados paliativos pediátricos** têm como **destinatários** crianças que se encontram numa grande variedade de condições (Himmelstein, 2006).

Não tem sido consensual a definição da população pediátrica com necessidades paliativas. De uma forma muito simples, recomenda-se que os profissionais coloquem a si mesmos a seguinte pergunta-surpresa: **"Ficaria surpreendido se esta criança não sobrevivesse até ao seu 18º aniversário?"** - se a resposta for **"não"**, estamos perante uma criança com necessidades paliativas.

(Harrop & Edwards, 2013)

Dependendo do tipo de necessidades apresentadas pela criança e pela família, a atenção paliativa deverá ser diferenciada e, ao atentar no que é proposto pela **European Association for Palliative Care (2007)**, verifica-se que as crianças que necessitam de cuidados paliativos podem ser consideradas **segundo quatro grupos**

(Imagem 1).

12

2.2 CPP: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL



TRAJETÓRIAS DE DOENÇAS QUE NECESSITAM DE CUIDADOS PALIATIVOS EM PEDIATRIA

GRUPO I

Doenças que são curáveis mas podem causar a morte.

GRUPO II

Doenças que causam uma morte precoce (antes da idade adulta) mas podem ter sobrevivências longas.

GRUPO III

Doenças de agravamento progressivo, sem cura possível.

GRUPO IV

Doenças irreversíveis não progressivas, com muitos agravamentos e complicações e com probabilidade de morte precoce.

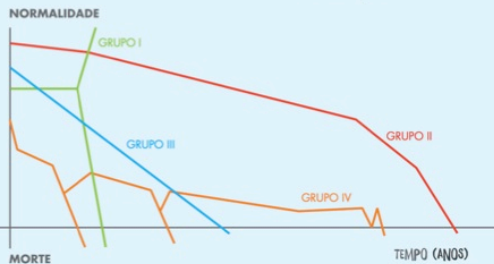


Imagem 1:
Adaptado de: Grupo de Apoio à Pediatria da APCP & Grupo de Trabalho de Cuidados Continuados e Paliativos da SPP (2015). *Cuidados Paliativos Pediátricos: Informação para cuidadores*. Lisboa. 13

2.2 CPP: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL



Categorias de doenças com necessidades paliativas em Pediatria

- Grupo I** Doenças que colocam a vida em risco, para as quais existem tratamentos curativos mas que podem não resultar. O acesso a cuidados paliativos pode ser necessário quando isso acontece ou quando ocorre uma crise, independentemente da sua duração. A seguir ao tratamento curativo bem sucedido ou a uma remissão de longa duração deixam de existir necessidades paliativas.
Exemplos: cancro, falência cardíaca, doenças agudas ou acidentais em cuidados intensivos, prematuridade extrema.
- Grupo II** Doenças em que a morte prematura é inevitável, mas em que podem existir longos períodos de tratamento intensivo cujo objetivo é prolongar a vida e permitir a participação em atividades normais.
Exemplos: fibrose quística, falência respiratória ou renal, doenças neuromusculares, intestino curto.
- Grupo III** Doenças progressivas sem opções terapêuticas curativas, sendo o tratamento exclusivamente paliativo e podendo estender-se ao longo de vários anos.
Exemplos: doenças metabólicas, cromossomopatias, osteogenesis imperfecta grave.
- Grupo IV** Doenças irreversíveis não progressivas, que causam incapacidades graves, levando a maior morbidade e probabilidade de morte prematura.
Exemplos: paralisia cerebral grave, lesões graves acidentais do sistema nervoso central ou da espinal medula, necessidades complexas de saúde com alto risco de episódios imprevisíveis potencialmente fatais, prematuridade com patologia residual, malformações cerebrais.

(Grupo de Trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde, 2011)

2.3 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS



- Aumento das **taxas de sobrevivência** das crianças portadoras de patologias graves e potencialmente letais (EAPC, 2009);
- Estimam-se **6000** crianças com **necessidades paliativas** em Portugal (Mendes, 2014); destas, cerca de 200 crianças morrem anualmente.
- “Portugal é o país da Europa Ocidental **mais atrasado** na provisão destes cuidados” (Knapp, 2011). **Até Fevereiro de 2013** era o único país **sem atividade reconhecida** (nível 1) pela International Children’s Palliative Care Network.
- Em **Março de 2013** passou ao **nível 2** (capacidade de iniciar atividade) (Lacerda, 2012).
- **2014** Criação do Grupo de Trabalho de Cuidados Paliativos Pediátricos na Direção-Geral da Saúde (despachos 8286-A/2014 e 8956/2014) e **2015** publicação do relatório, fornecendo orientações para a sua implementação em Portugal.

2.5 NECESSIDADES DA CRIANÇA E FAMÍLIA



A criança com doença que exige **atenção paliativa** apresenta, com frequência, condições clínicas, espirituais, emocionais e sociais complexas e multidimensionais.

(Alves, 2011)

3 Fases de prestação de CPP

Fase 1 – diagnóstico ou reconhecimento:

- objetivo 1: prognóstico e partilha de informações relevantes;
- objetivo 2: transferência e **articulação entre o hospital e a comunidade**;

Fase 2 – vivência:

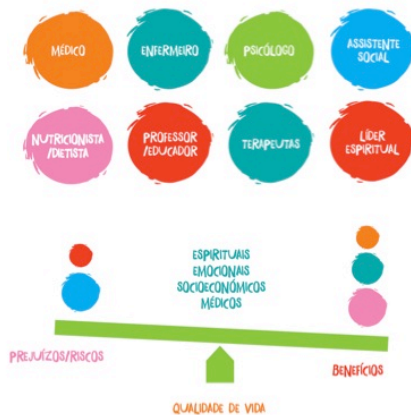
- objetivo 3: avaliação interdisciplinar;
- objetivo 4: estabelecimento de um **plano de cuidados**;

Fase 3 – cuidados de fim de vida:

- objetivo 5: estabelecimento de um plano de fim de vida;
- objetivo 6: suporte no luto.

(Grupo de Trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde, 2014) ¹⁶

2.6 EQUIPA MULTIDISCIPLINAR



Estes profissionais contribuem para:

Facilitar a comunicação, a tomada de decisão informada e esclarecida, a coordenação dos cuidados e a transição para cuidados no domicílio, cuidados de adultos ou de fim de vida;

Aliviar o sofrimento físico, psicológico, social e emocional;

Melhorar a qualidade de vida da criança e família.

Imagem 3 e 4. Adaptado de: Grupo de Apoio à Pediatria da APCP & Grupo de Trabalho de Cuidados Continuados e Paliativos da SPP (2015). "CPP – cuidar / proteger / partilhar: informação para cuidadores", 1ª ed. Lisboa. ¹⁷

6 PONTOS PARA A INTEGRAÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS

- AValiação DE NECESSIDADES**
 - Pela família e pelos profissionais envolvidos nos cuidados à criança e família.
- IDENTIFICAÇÃO DE COORDENADOR OU GESTOR DE CASO**
 - Um profissional da confiança da família, em princípio membro da equipa ou serviço que é o principal prestador de cuidados.
- EDUCAÇÃO DOS CUIDADORES**
 - Ensino e treino de todos os envolvidos nos cuidados à criança.
- ELABORAÇÃO DE PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS/INTERVENÇÃO**
 - Com a colaboração de todos os profissionais, após conversas com a família;
 - Cópias entregues a todos os serviços envolvidos e também à família;
 - Revisto periodicamente, sempre que as condições da criança/família se modificarem.
- PARTILHA E COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS**
 - Entre os hospitais, centros de saúde, outros serviços da comunidade e a escola;
 - De planos, registos, normas e recomendações de intervenção.
- PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**
 - No local escolhido e desejado pela família, desde que possível;
 - Com apoio permanente disponível, presencial ou telefónico.

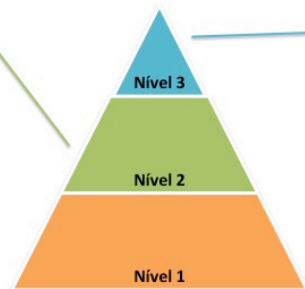
Imagem 2. Adaptado de: Grupo de Apoio à Pediatria da APCP & Grupo de Trabalho de Cuidados Continuados e Paliativos da SPP (2015). *Cuidados Paliativos Pediátricos: Informação para cuidadores*, 1ª ed. Lisboa. ¹⁸

2.7 ORGANIZAÇÃO DOS CPP



Intermédio ou generalista:

Profissionais com interesse especial em cuidados paliativos, que embora não se dediquem exclusivamente aos cuidados paliativos pediátricos, têm formação e experiência específicas. Profissionais em serviços que lidam frequentemente com situações de doença crónica complexa.



Avançado ou especializado:

Profissionais com formação avançada e trabalho exclusivo em cuidados paliativos pediátricos. Situações de elevada complexidade, devendo estes profissionais serem também responsáveis por formação e investigação.

Básico ou universal:

Os princípios dos cuidados paliativos devem ser aplicados de forma adequada por todos os profissionais de saúde que lidam com crianças.

(EAPC, 2013) 19

2.8 CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



Nas áreas em que a **prevalência** de casos não permita a constituição de respostas **exclusivamente pediátricas** no âmbito da RNCCI, admite-se a **coexistência** de prestação de cuidados a **adultos e crianças e jovens**.



Decorrente da mesma limitação, as equipas multidisciplinares nas unidades e equipas domiciliárias devem incluir **profissionais com formação e treino** em cuidados paliativos, como resposta transversal integrada.

20

2.8 CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



FUNCIONAMENTO DAS EQUIPAS DOMICILIÁRIAS PEDIÁTRICAS:

Prestam **cuidados centrados** na **reabilitação**, readaptação, manutenção e conforto, a crianças em situação de dependência, doença terminal, ou em processo de convalescença, cuja situação **não** requer **internamento**, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

A prestação de cuidados exige uma **avaliação multidisciplinar** das necessidades da criança realizada pelas equipas domiciliárias e implica a elaboração de um **plano individual de intervenção**.

São equipas da **RNCCI**, da responsabilidade dos **cuidados de saúde primários**, enquadradas no âmbito da prestação de cuidados dos **ACES**, integrados ou não em unidade local de saúde, E. P. E. (ULS) em articulação com as unidades e outras equipas da RNCCI.

21

2.8 CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – REFERENCIAÇÃO RNCCI



a) Dependência que os impossibilite de desenvolver as atividades instrumentais e básicas da vida diária, na sequência de episódios de doença aguda e ou com presença de necessidades complexas de saúde;

b) Doença crónica, com episódios frequentes de reagudização e ou que necessitem de seguimento e acompanhamento prolongados;

c) Doença grave, progressiva e incurável, sem possibilidades de resposta favorável a um tratamento específico, com sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e instáveis, com prognóstico de vida limitado e que provoca um grande impacto emocional ao doente e família;

d) Necessidade de continuidade de tratamentos que contribuam para a reabilitação na sequência de episódio de doença aguda ou manutenção preventiva de agudizações.

Artigo 19 do Decreto-Lei nº 199/2015, de 12 Outubro

Artigo 31 do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho

22

2.9. CARTA DA CRIANÇA COM NECESSIDADES PALIATIVAS



AS CRIANÇAS COM DOENÇAS CRÓNICAS COMPLEXAS, LIMITANTES OU AMEAÇADORAS DA VIDA, E AS SUAS FAMÍLIAS, DEVEM ESPERAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE...

- ... SEREM TRATADAS COM RESPEITO E DIGNIDADE.
- ... UMA COMUNICAÇÃO ABERTA E HONESTA.
- ... SEREM SEMPRE OUVIDAS E ENCORAJADAS A FALAR SOBRE OS SEUS DESEJOS, ESCOLHAS E PREFERÊNCIAS.
- ... QUE EM TODAS AS FASES DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS, DESDE O DIAGNÓSTICO ATÉ À MORTE E LUTO, SEJA FORNECIDA INFORMAÇÃO RELEVANTE E CLARA.
- ... A ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO, BASEADO NAS NECESSIDADES ÚNICAS DE CADA CASO.
- ... QUE A EQUIPA TRABALHE COM O OBJETIVO DE APOIAR A FAMÍLIA.
- ... QUE, SEMPRE QUE POSSÍVEL, PRESTEM CUIDADOS NO LOCAL PREFERIDO PELA FAMÍLIA – CASA, CENTRO DE SAÚDE, HOSPITAL OU OUTRA UNIDADE DE INTERNAMENTO.
- ... SUPORTE EMOCIONAL, PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL, SEMPRE QUE NECESSÁRIO E DESEJADO.
- ... A OPORTUNIDADE DE TER ACESSO A EDUCAÇÃO E EMPREGO ADEQUADOS.
- ... QUE OS DESEJOS, ESCOLHAS E PREFERÊNCIAS RELATIVOS AOS CUIDADOS DE FIM DE VIDA SEJAM DISCUTIDOS E PLANEADOS ATEMPERAMENTE.
- ... QUE O APOIO SE APLIQUE A TODOS OS QUE SE RELACIONAM HABITUALMENTE COM A CRIANÇA (FAMÍLIA, AMIGOS, COLEGAS DE ESCOLA, ETC.).

Tradução e adaptação de: A Family Compassion to the Beggar for Short-Lives Care: A Pathway for Children with Life-Threatening Conditions. © 2010, Beggar for Short-Lives, agosto 2014.

23

3. TRABALHO EMOCIONAL NO CUIDAR



Os profissionais de saúde também vivem **experiências emocionalmente intensas** na relação com o cliente. Ao adotarem os valores do holismo, parceria e proximidade, imprescindíveis em enfermagem pediátrica, os enfermeiros pretendem conhecer o cliente enquanto pessoa, mas experienciam as respostas emocionais do seu sofrimento, e têm que lidar com tais emoções como parte do seu trabalho, tornando-se então indispensável a **gestão das suas emoções para conseguirem cuidar** (Diogo, 2012).

Os enfermeiros procuram **evitar os momentos disruptivos** agindo antecipadamente, pois sabem precocemente quais as situações que têm um potencial elevado de conduzir a uma emocionalidade excessiva e, conseqüentemente, a um acréscimo de sofrimento (Diogo, 2015), sendo os **CPP** um exemplo disso.

Partilha de experiências emocionalmente intensas em equipa

Momentos Mensais de Convívio

Técnicas de relaxamento

24

5. INFORMAÇÕES



NOVIDADES



www.cuidandojuntos.org.pt

26

PARA MAIS INFORMAÇÃO

ACREDITAR - ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DAS CRIANÇAS COM CANCRO - www.acreditar.org.pt
ALIANÇA PORTUGUESA DE ASSOCIAÇÕES DAS DOENÇAS RARAS - www.aliancadoencasraras.org
APELO - ASSOCIAÇÃO DE APOIO À PESSOA EM LUTO - www.apelo.pt
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS - www.apcp.com.pt
BLOGUE A MÃE DA MARIA - www.amaedamaria.com
BLOGUE PAIS CUIDADORES - www.paiscuidadores.wordpress.com
CORAGEM - ASSOCIAÇÃO DE APOIO A CRIANÇAS COM DOENÇA CRÓNICA - www.associacaocoragem.webnode.pt
CUIDANDO JUNTOS (INFORMAÇÃO NACIONAL SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS) - www.cuidandojuntos.org.pt
FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES PORTUGUESAS DE PARALISIA CEREBRAL - www.fapcc.pt
FUNDAÇÃO DO GL - UNIDADES MÓVEIS DE APOIO DOMICILIAR
www.fundacaodogil.pt/index.php/projetos-sociais/apoio-ao-domicilio
LAÇOS ETERNOS (FAMÍLIAS ENLUTADAS) - www.lacoseternos.org
LIGA PORTUGUESA CONTRA O CANCRO - www.ligacontracancro.pt
PAIS EM REDE (JUNTOS POR PESSOAS ESPECIAIS) - www.paisemrede.pt
PERINATAL HOSPICE AND PALLIATIVE CARE - www.perinatalhospice.org
(em inglês, material para pais e profissionais)
PLATAFORMA PATIENT INNOVATION (PARTILHAR SOLUÇÕES, VIVER MELHOR) - www.patient-innovation.com
PROJETO ARTEMIS (APOIO EMOCIONAL E TÉCNICO NA ÁREA DA PERDA GESTACIONAL)
www.projectoartemis.blogs.sapo.pt
RARÍSSIMAS - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE DEFICIÊNCIAS MENTAIS E RARAS - www.rarissimas.pt
REDE INTERNACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS - INTERNACIONAL CHILDREN'S PALLIATIVE CARE NETWORK
www.icpcn.org (em inglês, algum material disponível em português)
SNPI - SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOZE NA INFÂNCIA
www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia.aspx
SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA - ESPAÇO CRIANÇA E FAMÍLIA - www.criancaefamilia.spp.pt
TOGETHER FOR SHORT LIVES - www.togetherforshortlives.org.uk
(em inglês, material para pais e profissionais)
XXS - ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO AO BEBÉ PREMATURO - www.xxs-prematurados.com



Imagem 5:
Adaptado de: Grupo de Apoio à
Pediatría da ACP & Grupo de
Trabalho de Cuidados Continuados e
Paliativos da SPP (2015). "COP -
cuidar / proteger / partilhar:
informação para cuidadores". 1ª ed. 27
Lobos.

27

CONCLUSÕES



- À diminuição do número de nascimentos tem-se sobreposto um aumento da sobrevivência de crianças com patologias que habitualmente causavam uma morte precoce – muitas chegam agora à idade adulta, exigindo uma transferência de cuidados para serviços que não estão familiarizados com os seus problemas.
- Assim, e também em função de um maior reconhecimento, a prevalência de crianças com necessidades paliativas, sendo baixa (32:10.000), tem aumentado.

28

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, S. (2011). *Parentalidade e Atenção Palliativa Pediátrica: necessidades e dificuldades emocionais dos pais e dos irmãos da criança doente*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de mestrado. Porto.
- Associação Portuguesa de Cuidados Palliativos (APCP) (2006). *Formação de Enfermeiros em Cuidados Palliativos: Recomendações da APCP*. Acedido a 10.03.2015. Disponível em http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes-Formacao_em_CP.pdf
- Association for children's palliative care (2009). *A guide to the development of children's palliative care services*. 3ª ed
- Diogo, P. (2012). O trabalho emocional em Enfermagem como foco de investigação e reflexão. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 4, p. 2-9.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica. Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Lisboa: Lusociência.
- Direção Geral de Saúde (2010). *Programa Nacional de Cuidados Palliativos*. Lisboa: DGS.
- Downing, J., Ling, J., Benini, F., Payne, S., Papadatou, D. (2013) *Core Competencies for Education in Paediatric Palliative Care*. European Association for Palliative Care. Acedido a 12.10.2015. Disponível em: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=6ekOJbZUAY%3D>
- European Association for Palliative Care. (2007). IMPaCCT: standards for pediatric palliative care in Europe. *European Journal of Palliative Care*, 14 (3), 109-114.
- EAPC- Grupo de Trabalho para Cuidados Palliativos Pediátricos (2009). *Factos- Cuidados Palliativos para recém-nascidos, crianças e jovens*. Roma.
- Garmston, R. (2002). *Cognitive Coaching: A Foundation for renaissance schools*. Reino Unido: Rowman & Littlefield.
- Grupo de Apoio à Pediatria da APCP & Grupo de Trabalho de Cuidados Continuados e Palliativos da SPP (2015). *CPP – cuidar / proteger / partilhar: informação para cuidadores*. 1ª ed. Lisboa.
- Grupo de Trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde (2014). *Relatório: Cuidados Palliativos Pediátricos*. Acedido a 05.10.2015. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/Relatorio-do-GGT-de-CPP.pdf>
- Harrop, E. & Edwards, C. (2013). How and when to refer a child for specialist paediatric palliative care. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*, 98(6), p. 202-208.
- Himelstein, B. P. (2006). Palliative care for infants, children, adolescents, and their families. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (1), 163-181.
- Himelstein, B. P., Hilden J. M., Boldt A. M., Weissman, D. (2004). Pediatric palliative care. *N Engl J Med*, 350, p. 1752-1762.
- IMPaCCT (2007). standards for pediatric palliative care in Europe. *Eur J Palliat Care*, 14(3), p. 109-114.

29

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- International Children's Palliative care Network – www.icpn.org.uk
- Initiative for Pediatric Palliative Care – www.ippcweb.org
- Knapp, C., Woodworth, L., Wright, M., et al (2011). Pediatric palliative care provision around the world: a systematic review. *Pediatric Blood Cancer*, 57, p. 361-368.
- Lacerda, A. (2012). A importância de cuidados palliativos em Pediatria. *Acta Ped Port*. 43(5), p.72-73.
- Lacerda, A. F., Pinto, C., Ferreira, F., Salazar, H., Mendes, J., Paiva, M. ... Nunes, T. (2013). Cuidados palliativos pediátricos – que futuro em Portugal? In Reunião Cuidados palliativos pediátricos: uma reflexão. Que futuro em Portugal?. Fundação Calouste Gulbenkian, 25 de Junho de 2013, Lisboa.
- Mendes, J., Silva, L. J., Santos, M. J. (2012). Cuidados Palliativos neonatais e pediátrico para Portugal – um desafio para o século XXI. *Acta Pedátrica Portuguesa*, 43(5), p.218-222.
- Mendes, J. (2014). Cuidados Palliativos Pediátricos In 2ª Encontro Interdisciplinar de Cuidados Palliativos SRS OE, *Detalhes em Cuidados Palliativos*.Lispolis, 20 de Junho de 2014, Lisboa.
- Ordem Dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Organização Mundial de Saúde (1998). *Definition of palliative care*. Acedido a 12.10.2015. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
www.cuidadojuntos.org.pt

30

AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA 1

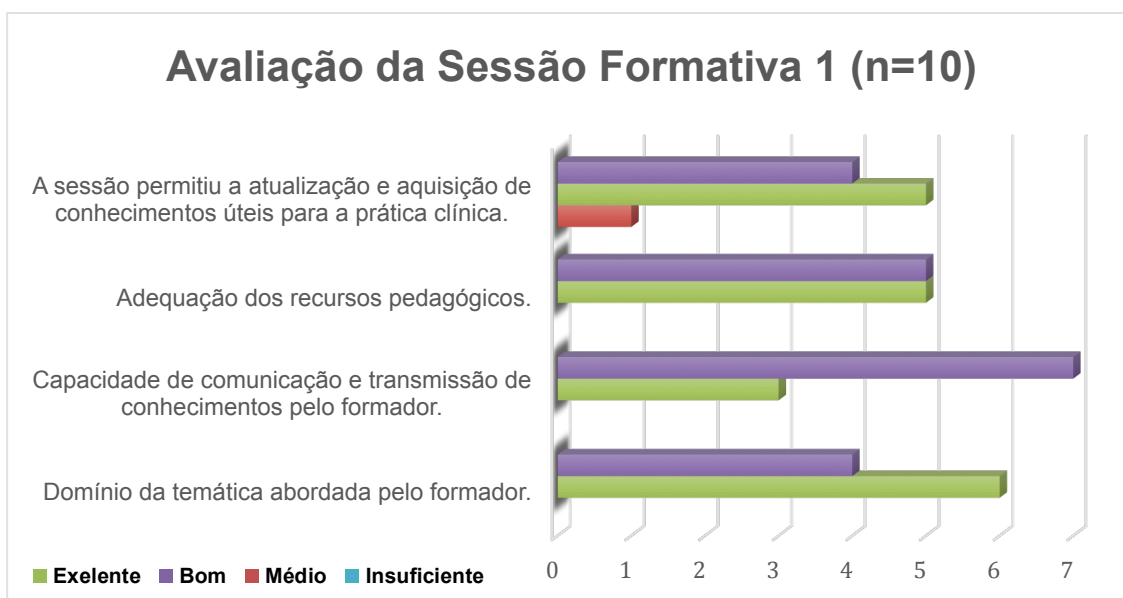
- Designação da ação: Cuidados Paliativos Pediátricos
- Contexto: Cuidados de Saúde Primários

Numa perspetiva de melhoria continua gostaria de conhecer a sua apreciação a respeito da sessão de formação, para o que solicito que responda às questões que se seguem, assinalando com uma cruz (X) a opção que mais corresponde à sua opinião.

1 Insuficiente	2 Médio	3 Bom	4 Excelente
-------------------	------------	----------	----------------

Itens avaliados	1	2	3	4
Domínio da temática abordada pelo formador.				
Capacidade de comunicação e transmissão de conhecimentos pelo formador.				
Adequação dos recursos pedagógicos.				
A sessão permitiu a atualização e aquisição de conhecimentos úteis para a prática clínica?				

Que aspetos, no âmbito dos Cuidados Paliativos Pediátricos, gostaria de aprofundar numa futura sessão de formação?



SESSÃO FORMATIVA 2 – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: Recurso Audiovisual

 6º Curso De Mestrado Em Enfermagem:
Área de Especialização Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular: Estágio Com Relatório

Orientação: Enf.º Nuno Ribeiro/ Prof.ª Dr.ª Paula Diogo

**CUIDADOS PALIATIVOS NEONATAIS E
PEDIÁTRICOS:
O ENFERMEIRO ENQUANTO GESTOR EMOCIONAL**



Discente:
Marta Neves nº 6085

21 de Janeiro de 2015

SUMÁRIO

1. Cuidados Paliativos Pediátricos

1.1 Cuidados Paliativos Neonatais

2 Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

3 Operacionalização das Práticas

3.1 Cartões de Esperança e Diário do Recém Nascido



OBJETIVOS

- Sistematizar a evidência científica mais atual sobre Cuidados Paliativos Neonatais e Pediátricos;
- Dinamizar o trabalho emocional no ato de cuidar em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal e Pediátrica;
- Promover a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados ao recém-nascido, à criança, ao jovem e à família;
- Favorecer a vinculação e a construção de memórias.



1. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS (CPP)

Contextualização

- No contexto atual dos serviços de saúde, hospitalares e na comunidade, observa-se a crescente **incidência de doenças de evolução prolongada** e que conduzem à situação terminal de vida, em paralelo com **a maior esperança de vida**, que no seu conjunto **aumentam em número significativo as crianças que necessitam de cuidados paliativos**.
- A **negação e dessocialização** da morte em pediatria, visíveis na sociedade em geral, e por vezes nos serviços de saúde, em particular, em que obstinadamente se investe com **objetivos curativos** e se dedica menos tempo, atenção e cuidados aos que caminham inexoravelmente para a morte, constituem evidências dessa mesma necessidade.

(APCP, 2006)



1. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS (CPP)

Os CPP constituem:

(...) uma abordagem ativa e total (...), desde o diagnóstico ou reconhecimento da situação, durante toda a sua vida e para além da sua morte. Abrangem elementos físicos, emocionais, sociais e espirituais, focando-se na **melhoria da qualidade de vida** da criança/jovem e suporte à sua família. Incluem o controlo de sintomas, o proporcionar períodos de descanso aos cuidadores e acompanhamento na fase terminal e luto.

(ACT, 1997 cit Lacerda et al. 2013, p.2)

- Um **direito humano básico** para todas as crianças (**recém-nascidos**, crianças e jovens), em particular para as **portadoras de doenças crónicas complexas, limitantes ou ameaçadoras da vida** (qualidade e esperança), e suas famílias.

(Mendes, Silva & Santos, 2012)



1. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS (CPP)

Enquadramento Concetual

- A **doença limitadora da vida** pode ser definida como uma condição em que a morte prematura é frequente.
- A **doença que ameaça a vida** é aquela em que existe uma elevada probabilidade de morte prematura, devido a doença grave, podendo existir também a probabilidade de sobrevivência a longo prazo até à idade adulta.

(European Association for Palliative Care, 2007).

DOENÇAS CRÓNICAS COMPLEXAS

- São doenças graves, com uma duração prevista de pelo **menos 12 meses**. Precisam de cuidados de saúde diferenciados, sendo o diagnóstico e seguimento efetuados por um centro especializado.
- São **doenças limitantes ou ameaçadoras da vida**, e na grande maioria dos casos não há cura possível.

(Grupo de Trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde, 2014)



1. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS (CPP)

População Alvo

Os **cuidados paliativos pediátricos** têm como **destinatários** crianças que se encontram numa grande variedade de condições (Himmelstein, 2006).

Não tem sido consensual a definição da população pediátrica com necessidades paliativas. De uma forma muito simples, recomenda-se que os profissionais coloquem a si mesmos a seguinte pergunta-surpresa: “**Ficaria surpreendido se esta criança não sobrevivesse até ao seu 18º aniversário?**” - se a resposta for “**não**”, estamos perante uma criança com necessidades paliativas.

(Harrop & Edwards, 2013)



1. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS (CPP)

População Alvo

TRAJETÓRIAS DE DOENÇAS QUE NECESSITAM DE CUIDADOS PALIATIVOS EM PEDIATRIA

GRUPO I

Doenças que são curáveis mas podem causar a morte.

GRUPO II

Doenças que causam uma morte precoce (antes da idade adulta) mas podem ter sobrevivências longas.

GRUPO III

Doenças de agravamento progressivo, sem cura possível.

GRUPO IV

Doenças irreversíveis não progressivas, com muitos agravamentos e complicações e com probabilidade de morte precoce.

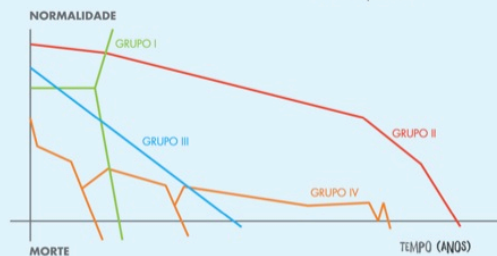


Imagem 1:
Adaptado de: Grupo de Apoio à Pediatria de ACP & Grupo de Trabalho de Cuidados Continuados e Paliativos da SPP (2015). **Cuidados Paliativos Pediátricos: Informação para cuidadores.** Lisboa.



1.1 CUIDADOS PALIATIVOS NEONATAIS (CPN)

A **implementação dos cuidados paliativos em Neonatologia** reveste-se de extrema relevância nos dias de hoje:

- Com o domínio da tecnologia nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCINs), o **limite de viabilidade** para os recém-nascidos de pré-termo **diminuiu** de forma drástica, particularmente para os de muito baixo peso e muito baixa idade gestacional, **aumentando proporcionalmente** a probabilidade de **sobrevivência** com incapacidade severa.

(Soares et al., 2013)

Estima-se que anualmente **19 milhões** de recém nascidos enfrentem situações potencialmente fatais e pelo menos **1,5 milhões** sobrevivam com sequelas a longo prazo.

(Connor & Bermedo, 2014)



1.1 CUIDADOS PALIATIVOS NEONATAIS (CPN)

Cuidados Paliativos Neonatais

São uma intervenção focada no **recém-nascido e na sua família**, baseada em cuidados holísticos prestados em situações nas quais a cura não é expectável. Centram-se na **prevenção e alívio do sofrimento**, a um nível físico, emocional, social e espiritual, podendo iniciar-se em combinação com os cuidados curativos e prolongar-se depois da morte com o processo de luto (Cullin & Carter, 2002).

Cuidados Paliativos Peri/Neonatais

Cuidados **holísticos, multiprofissionais, dinâmicos e integrativos**, centrados na **família** que vive com o diagnóstico de uma doença fetal com tempo de vida limitado ou potencialmente fatal, durante **a gravidez, nascimento, depois do nascimento e no luto**, homenageando com dignidade e respeito o feto/recém nascido e família (Bhatia, 2006).



1.1 CUIDADOS PALIATIVOS NEONATAIS (CPN)

Critérios para o início de CPN:

- Os cuidados paliativos neonatais visam a otimização da qualidade de vida do Recém Nascido (RN) e família, e a diminuição do seu sofrimento ao longo de uma doença grave, potencialmente fatal ou limitadora do tempo de vida.

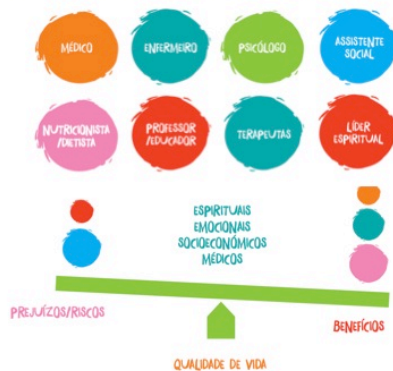
- RN com doenças progressivas, sem opção curativa, na qual o tratamento é paliativo desde o diagnóstico.
- RN em que o tratamento curativo não constitui solução para o problema ou em que a morte é previsível, mas que se mantém com internamentos longos e complexos
- RN com doenças irreversíveis não progressivas, acompanhadas de incapacidade grave

(Mendes & Silva, 2013)



1.1 CUIDADOS PALIATIVOS NEONATAIS (CPN)

Equipa Multidisciplinar



Estes profissionais contribuem para:

Facilitar a comunicação, a tomada de decisão informada e esclarecida, a coordenação dos cuidados e a transição para cuidados no domicílio, cuidados paliativos pediátricos ou de fim de vida;

Aliviar o sofrimento físico, psicológico, social e emocional;

Melhorar a qualidade de vida do RN, da criança e da família.



1.1 CUIDADOS PALIATIVOS NEONATAIS (CPN)

Local

- A filosofia dos cuidados é mais importante do que o local onde se exercem cuidados paliativos neonatais.
- A escolha do local deve estar relacionada com a proximidade do domicílio, os recursos comunitários e os desejos dos pais.
- A UCIN pode não ser o local mais adequado para prestar cuidados paliativos neonatais, mas dependendo da patologia, do estágio da doença e da necessidade de equipamento diferenciado, torna-se o local provável.

(Mendes & Silva, 2013)



1.1 CUIDADOS PALIATIVOS NEONATAIS (CPN)

Pais

- Elemento central: parceiros nos cuidados.
- Abordagem: bom senso, sensibilidade, respeito.
- Transmissão de más notícias: planeada, multiprofissional, validar a informação.
- Informação: precoce e coerente (pelo mesmo elemento da equipa).
- Devem ser envolvidos no processo de tomada de decisão.
- Necessidades dos pais: apoio psicológico, redes de apoio espiritual, ajuda mútua .

(Mendes & Silva, 2013)

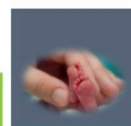


Imagem 2:
Adaptado de: Grupo de Apoio à Pediatria da APCP & Grupo de Trabalho de Cuidados Continuados e Paliativos da SPP (2015). *Cuidados Paliativos Pediátricos: Informação para cuidadores*. Lisboa.



2. TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM NEONATAL

- O **diagnóstico** de uma doença grave e de mau prognóstico em neonatologia é, sem dúvida, um dos **acontecimentos mais dramáticos** que uma família pode sofrer, mergulhando-a numa **crise emocional**, que afeta profundamente todos os seus elementos (Ramos, 2008).
- Numa relação terapêutica a gestão das emoções do enfermeiro é fundamental para que a comunicação eficaz, a vinculação e o desenvolvimento de competências parentais sejam potenciadas.
- A intensidade da experiência emocional é influenciada por alguns fatores e o cuidar de um RN prematuro e seus pais/família é considerado um fator que requer um envolvimento emocional marcante por parte de todos os intervenientes (Vieiras, 2014).



2. TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM NEONATAL

- **Cuidar em contexto de prematuridade**, tem vindo a ser um **desafio** para os enfermeiros que acompanham o RN e sua família neste caminho que pretende alcançar a autonomia e independência de máquinas, medicação e procedimentos.
- Os enfermeiros procuram evitar os **momentos disruptivos** agindo antecipadamente, pois sabem precocemente quais as situações que têm um potencial elevado de conduzir a uma emocionalidade excessiva e, conseqüentemente, a um acréscimo de sofrimento (Diogo, 2015), sendo os CPN um exemplo disso.
- Partilha de experiências emocionalmente intensas em equipa – ventilação de emoções
- Momentos mensais de convívio



3. OPERACIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS

- **Promover a esperança**

<p>Parabéns pelo Primeiro Kg!</p> <p>Nome: _____ Data: _____</p> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 100px; height: 100px; margin: 10px auto;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <p style="font-size: small;">"Não podemos olhar para o futuro, mas podemos criar as bases para algo futuro, podemos construir o futuro." Antoine de Saint-Exupéry</p>	<p>Bemvindo ao Berçário!</p> <p>Nome: _____ Data: _____</p> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 100px; height: 100px; margin: 10px auto;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <p style="font-size: small;">"A vida é como uma caminhada. Os primeiros passos delimitam o resto do caminho." Arthur Schopenhauer</p>
--	---



3. OPERACIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS

- Facilitar a criação de memórias



FILME



CONCLUSÃO

- Os cuidados paliativos não são cuidados terminais.
- Visam a otimização da qualidade de vida do recém-nascido e família e a diminuição do sofrimento ao longo de uma doença grave, potencialmente fatal ou limitadora do tempo de vida.
- Devem iniciar-se a par dos cuidados curativos e prolongar-se para além do óbito.
- Apesar dos números reduzidos e da tendência para o declínio da taxa de mortalidade, pensar os CPPN em Portugal deve ser uma prioridade já que esta faixa etária representa 29% das mortes pediátricas com necessidades paliativas.⁸



CONCLUSÃO

- Todos temos uma atitude paliativa individual mas os cuidados paliativos neonatais e pediátricos só serão eficazes quando forem prestados por uma equipa multidisciplinar devidamente qualificada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) (2006). Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos: Recomendações da APCP. Acedido a 10.03.2015. Disponível em http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes-Formacao_em_CP.pdf

Bhatia, J.(2006). Palliative care in the fetus and newborn. *J Perinatol*, 26, p 24–26.

Catlin, A. & Carter, B. (2002). Creation of a neonatal end-of-life palliative care protocol. *J Perinatol*, 22 p184–195.

Connor, S., Bermedo, M. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) & World Health Organization

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica. Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Lisboa: Lusociência.

European Association for Palliative Care. (2007). IMPaCCT: standards for pediatric palliative care in Europe. *European Journal of Palliative Care*, 14 (3), 109-114.

Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18(2), p.45- 60

Grupo de Apoio à Pediatria da APCP & Grupo de Trabalho de Cuidados Continuados e Paliativos da SPP (2015). *CPP – cuidar / proteger / partilhar: informação para cuidadores*. 1ª ed. Lisboa.

Grupo de Trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde (2014). *Relatório: Cuidados Paliativos Pediátricos*. Acedido a 05.10.2015. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/Relato-rio-do-GdT-de-CPP.pdf>

Harrop, E. & Edwards, C. (2013). How and when to refer a child for specialist paediatric palliative care. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*, 98(6), p. 202–208.

Himelstein, B. P. (2006). Palliative care for infants, children, adolescents, and their families. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (1), 163-181.

Lacerda, A. (2012). A importância de cuidados paliativos em Pediatria. *Acta Ped Port*, 43(5), p.72-73.

Lacerda, A. F., Pinto, C., Ferreira, F., Salazar, H., Mendes, J., Paiva, M. ... Nunes, T. (2013). Cuidados paliativos pediátricos – que futuro em Portugal? In Reunião Cuidados paliativos pediátricos: uma reflexão. Que futuro em Portugal?. Fundação Calouste Gulbenkian, 25 de Junho de 2013, Lisboa.

Mendes, J. & Silva, L. (2013). Consenso em Cuidados Paliativos Neonatais e em Fim de Vida. Acedido a 10.01.2015. Disponível em : <http://cuidandojuntos.org/wp-content/uploads/2015/09/Consenso-em-Cuidados-Paliativos-Neonatais-e-em-fim-de-vida.pdf>

Mendes, J., Silva, L. J., Santos, M. J. (2012). Cuidados Paliativos neonatais e pediátrico para Portugal – um desafio para o século XXI. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(5), p.218-222.

Ramos, S. (2008). Cuidados paliativos em pediatria. *Sinais Vitais*. Coimbra.78, p. 27-32

Soares, C., Rodrigues, M., Rocha, G., Martins, A. & Guimarães, H. (2013) Fim de Vida em Neonatologia: Integração dos Cuidados Paliativos. *Acta Med Port*, 26(4), p 318-326.

Watson, J. 2002. *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures, Lusociência.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA 2

- Designação da ação: Cuidados Paliativos Neonatais e Pediátricos

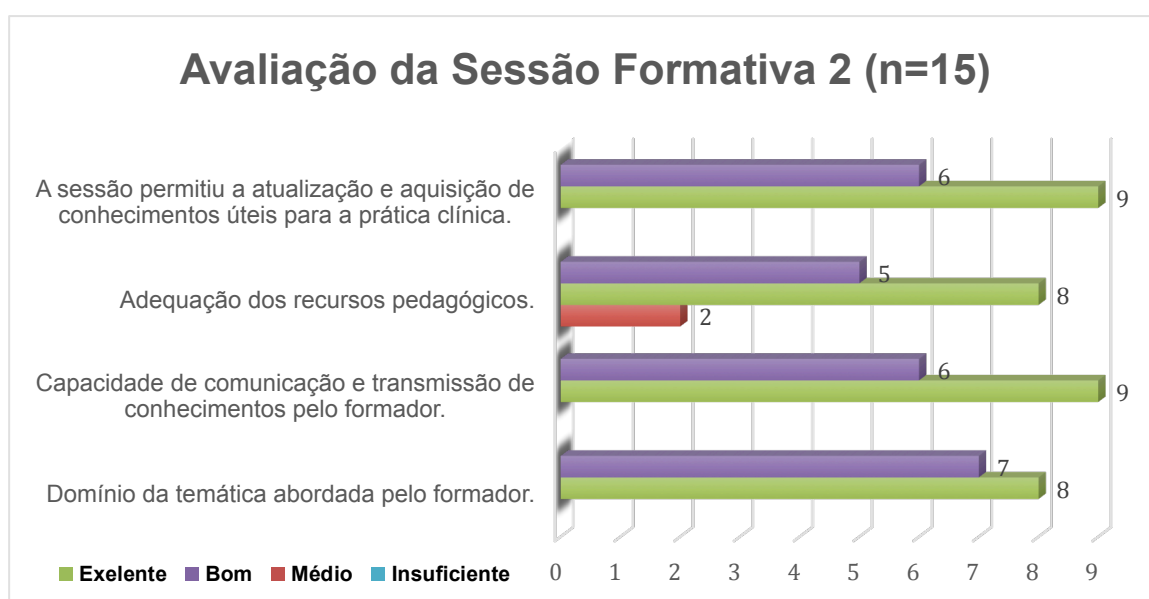
- Contexto: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

Numa perspetiva de melhoria continua gostaria de conhecer a sua apreciação a respeito da sessão de formação, para o que solicito que responda às questões que se seguem, assinalando com uma cruz (X) a opção que mais corresponde à sua opinião.

1 Insuficiente	2 Médio	3 Bom	4 Excelente
-------------------	------------	----------	----------------

Itens avaliados	1	2	3	4
Domínio da temática abordada pelo formador.				
Capacidade de comunicação e transmissão de conhecimentos pelo formador.				
Adequação dos recursos pedagógicos.				
A sessão permitiu a atualização e aquisição de conhecimentos úteis para a prática clínica?				

Que aspetos, no âmbito do Trabalho Emocional em Cuidados Paliativos Neonatais, gostaria de aprofundar numa futura sessão de formação?



SESSÃO FORMATIVA 3 - Urgência de Pediatria: Recurso Audiovisual

ESEL
6º Curso De Mestrado Em Enfermagem:
Área de Especialização Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular: Estágio Com Relatório

Orientação: Enf.º José Neutel / Prof.ª Dr.ª Paula Diogo

**ACOLHER SEM TRAUMA:
O ENFERMEIRO ENQUANTO GESTOR
EMOCIONAL EM CONTEXTO DE URGÊNCIA DE
PEDIATRIA**



20 de Novembro de 2015



Discente:
Marta Neves nº 6085

SUMÁRIO

1. Acolher na Urgência de Pediatria

2. Operacionalização das Práticas

2.1 Kit sem Trauma

2.2 “Trauma- Informed Pediatric Care” : Instrumento D-E-F

3. Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



OBJETIVOS

- Sistematizar princípios e estratégias a utilizar no acolhimento da criança, adolescente e família para minimizar o medo e potenciar a sensação de controlo da realidade;
- Promover a uniformização dos procedimentos de Enfermagem no acolhimento da criança, adolescente e família no serviço de Urgência de Pediatria;
- Dinamizar o trabalho emocional no ato de cuidar em contexto de Urgência de Pediatria
- Promover a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à criança / adolescente / família.



1. ACOLHER NA URGÊNCIA DE PEDIATRIA

ACOLHER:

- Ultrapassa a noção de recepção ou de primeiro contato, pelo que os espaços de acolhimento se deverão repetir com uma periodicidade regular, permitindo que a criança e família se sintam permanentemente informadas e envolvidas na equipa multidisciplinar.
- Todos estes momentos permitem o desenvolvimento de relações personalizadas e de confiança, diminuindo o medo e ansiedade (Brito, 2006).

Guia de Acolhimento da Criança e Família na Urgência de Pediatria



1. ACOLHER NA URGÊNCIA DE PEDIATRIA

- Uma das **mais traumáticas** experiências hospitalares para as crianças é a **hospitalização de urgência** (Diogo et al., 2015).
- O início abrupto da doença ou a ocorrência de um traumatismo deixa pouco tempo para que a criança possa ser preparada convenientemente (Diogo et al., 2015).
- A **doença e hospitalização** da criança e família são potenciadoras de ansiedade e exacerbadoras **de medos** e de ideias pré-concebidas, quer tratando-se da criança / adolescente, quer da sua família, podendo resultar numa **experiência traumática** para a criança, com efeitos psicológicos persistentes (Ordem dos Enfermeiros, 2011).
- Muitas vezes, a emoção **medo** está associada ao desconhecido, ao sofrimento e à dor, e às vivências inerentes ao estágio de desenvolvimento. É essencial **realizar a gestão do medo**, no sentido de promover a mobilização ou elaboração de mecanismos de confronto (coping) (Diogo et al., 2015).



1. ACOLHER NA URGÊNCIA DE PEDIATRIA

- No SU os enfermeiros confrontam-se e compreendem a **experiência de medo** das crianças, e procuram **desenvolver interações** que transformem a situação de doença e hospitalização numa **experiência positiva** (Fernandes, 2012), **não traumática**, e tanto quanto possível numa oportunidade de **desenvolvimento e aprendizagem** (Diogo et al., 2015).
- Os **stressores da hospitalização** podem originar nas crianças e jovens experiências negativas a curto e a médio prazo → Gestão emocional da criança e família desde a admissão (Hockenberry & Wilson, 2014).



1. ACOLHER NA URGÊNCIA DE PEDIATRIA

Stressores associados à hospitalização

- Separação
- Perda de controlo
- Lesão corporal
- Dor

As **respostas das crianças** a estas **experiências** são influenciadas pelo seu **estádio de desenvolvimento**, as suas **experiências prévias** com a doença, separação ou hospitalização, a sua **capacidade de confronto** inata e adquirida, a **gravidade do diagnóstico** e o sistema de **apoio** disponível.

(Hockenberry & Wilson, 2014).



1. ACOLHER NA URGÊNCIA DE PEDIATRIA

Medos

IDADE	MEDOS NORMAIS/ INATOS MAIS FREQUENTES
0 - 1 ano	Estímulos intensos e desconhecidos. Ruídos fortes. Pessoas estranhas. Animais. Máscaras. Tempestades.
2 - 4 anos	Escuro. Bruxas e fantasmas. Catástrofes. Separação dos pais.
4 - 6 anos	Dano corporal. Ridículo.
6 - 9 anos	Acidentes e doenças. Mau rendimento escolar. Conflito parental.
9 - 12 anos	Relações interpessoais. Perda de autoestima.
12 - 18 anos	Insetos e répteis. Alturas. Sangue. Espaços fechados. Tempestades.

(Ordem dos Enfermeiros, 2013)

O impacto da experiência desconhecida, que é a doença, pode originar sentimentos de **medo**, culpa, angústia, depressão e apatia tanto na **criança**, como nos seus **cuidadores**.



1. ACOLHER NA URGÊNCIA DE PEDIATRIA

Estratégias de Gestão Emocional do Cliente

- O enfermeiro deve recorrer a **estratégias de humanização e cuidados não traumáticos**, promovendo um **ambiente seguro e afetuoso**, gerindo as **emoções** e construindo uma **relação de ajuda, apoiante e securizante**.

(Diogo et al., 2015)

Nem sempre é suficiente!
O enfermeiro pode ajudar nesta gestão emocional desde a admissão.



1. ACOLHER NA URGÊNCIA DE PEDIATRIA

Estratégias de Gestão Emocional do Cliente

TRIAGEM

Primeira interação que os enfermeiros desenvolvem com a criança e família:

- Contato acolhedor, transmitindo confiança aos pais, fazendo-os sentir que são bem-vindos e que existe disponibilidade para responder às suas necessidades.
- **Informar** sobre o processo de **atendimento e a dinâmica** do serviço, caso os familiares não estejam familiarizados com a mesma.
- Reforçar a ideia de que a **prioridade é por gravidade** e não por ordem de chegada, e que a cor da pulseira atribuída não significa, necessariamente, ter de ficar o tempo de espera máximo referente a essa cor.
- Informar os cuidadores sobre **o tempo de espera** e clarificar o porquê do tempo de espera ser mais prolongado.

(Fernandes, 2012)



1. ACOLHER NA URGÊNCIA DE PEDIATRIA

Estratégias de Gestão Emocional do Cliente

SALA DE TRATAMENTOS E UICD

- Adequar e adaptar diferentes **estratégias de comunicação** mediante o tipo de criança e família, privilegiando uma comunicação mais próxima dos pais.
- Informar os cuidadores da criança sobre **os tempos de espera**, relativamente a resultados de exames.
- **Preparar** a criança, adolescente e família para os procedimentos invasivos (brinquedo terapêutico, estratégias de relaxamento), tornando o ambiente mais afetuoso e acolhedor.
- Incentivar a **participação** para a manutenção do sentimento de controlo (exceção: risco de vida).
- Garantir a **privacidade**, aceitar as respostas emocionais de dor e medo, preservar o contato entre a criança e os pais.

(Diogo et al., 2015)



1. ACOLHER NA URGÊNCIA DE PEDIATRIA

Cuidados não traumáticos

- Fornecimento de **cuidados terapêuticos**, por **profissionais**,
- através do uso de **intervenções**
- que eliminem ou minimizem o **desconforto psicológico e físico** experimentado pela criança e seus familiares ,
- em qualquer **local**, no sistema de cuidados de saúde.

(Hockenberry & Wilson, 2014)



1. ACOLHER NA URGÊNCIA DE PEDIATRIA

Cuidados não traumáticos

Interessam-se pelo

- Onde?
- Quem?
- Porquê?
- Como?

de qualquer procedimento realizado na criança com o propósito de prevenir ou minimizar o stress psicológico e físico.

(Hockenberry & Wilson, 2014)



1. ACOLHER NA URGÊNCIA DE PEDIATRIA

Prestação de Cuidados não traumáticos

Objetivo primordial:

NÃO CAUSAR DANO

- 1) Prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família;
- 2) Promover sensação de controlo;
- 3) Prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor.

(Hockenberry & Wilson, 2014)



2. OPERACIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS

- Lidar com a experiência de medo associada aos processos de saúde-doença nem sempre é fácil, pelo que o **enfermeiro** enquanto gestor emocional dos medos tem a **oportunidade de capacitar emocionalmente a criança** (Diogo et al., 2015).
- A **preparação** da criança / adolescente / família para **procedimentos dolorosos** é uma **intervenção autónoma de Enfermagem**, inserida num contexto de atuação multiprofissional, em que o enfermeiro assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação de um conjunto de técnicas organizadas com o intuito de **minimizar o medo e a ansiedade** da criança / adolescente / família (OE, 2011).



2.1 KIT SEM TRAUMA

A **atividade lúdica** no ambiente hospitalar é um **fator atenuante** das possíveis vivências negativas, pois permite “a expressão de medos, liberta energias e envolve os outros (...) [para além de] restabelecer uma conexão com o ambiente e a sua vida antes da lesão [hospitalização].”

(Zengerle-Levy, 2004, p.1267).

A **brincadeira terapêutica** “centra-se no que a criança se encontra a viver ou experimentou anteriormente e serve-se da brincadeira para partilhar informação em ambos os sentidos: do enfermeiro para a criança e da criança para o enfermeiro».

(OE, 2013)



2.1 KIT SEM TRAUMA

Material



2.1 KIT SEM TRAUMA

Intencionalidade Terapêutica

Intervenções Cognitivas

Distração:

Todas as Idades – Leitura, músicas, vídeos, exercícios de respiração (bolas de sabão 2-5 anos).

Lactentes e crianças pequenas – linguagem teatral e brinquedo colorido que emita som; fantoches; pintar; brinquedo favorito;

Adolescentes – Conversas temáticas.

Reforço positivo – Autocolantes

Simulação ou modelação – Instrumentos médicos reais ou de brincar

Intervenções Comportamentais

Relaxamento Simples (exercícios de respiração diafragmática: bolas de sabão, apitos, moinho de vento)

Método Físico

Calor e frio - Bonecos térmicos nas zonas dolorosas/inflamadas

(OE, 2013)



2.2 TRAUMA-INFORMED PEDIATRIC CARE

O Que é o Stress Traumático?

É uma constelação de reações que podem ocorrer após eventos extremamente difíceis ou assustadores.

Estas reações incluem:

- ter pensamentos indesejados e intrusivos sobre o que aconteceu,
- evitar fortemente aspetos que são lembranças do evento, e
- ter problemas em dormir, comer ou concentrar-se.

(National Child Traumatic Stress Network, 2004)



2.2 TRAUMA-INFORMED PEDIATRIC CARE

Reações de stress traumático

Fatores de risco para reações de **stress traumático persistente** incluem:

- experiências traumáticas anteriores ou problemas de comportamento,
- dor mais intensa ou exposição a imagens e sons assustadores aquando da hospitalização de urgência,
- sentido subjetivo de ameaça à vida e gravidade de traumatismo/ lesão/ doença e
- reações de stress traumático iniciais mais graves.

(National Child Traumatic Stress Network, 2004)



2.2 TRAUMA-INFORMED PEDIATRIC CARE

As crianças são especialmente vulneráveis à perda de segurança que um evento traumático pode trazer:

- Procuram nos adultos informação e conforto durante o evento traumático.
- Para avaliar o perigo, procuram pistas nos adultos e no ambiente. Podem interpretá-las erradamente (ex: sangue, sirenes, preocupação visível dos pais) e sobrestimar a perigo e ameaça à vida.
- As crianças mais jovens não são capazes de entender muitos aspetos dos acontecimentos, e podem expressar medo e *distress* através de comportamento, em vez de palavras.

(National Child Traumatic Stress Network, 2004)



2.2 TRAUMA-INFORMED PEDIATRIC CARE

Stress traumático em contextos de saúde

- *Distress* inicial em crianças e famílias em contextos médicos é comum, esperado e compreensível.
- Muitas famílias lidam bem, com apoio e com o tempo.
- No entanto, alguns podem desenvolver reações persistentes de stress traumático, que podem prejudicar o funcionamento psicossocial e saúde.

(National Child Traumatic Stress Network, 2004)



2.2 TRAUMA-INFORMED PEDIATRIC CARE

Stress traumático em contextos de saúde

Eventos e contextos médicos podem ser traumáticos especialmente quando as crianças e famílias têm de enfrentar:

- Doença ou lesão súbita ou grave
- Procedimentos dolorosos ou assustadores
- Imagens, sons ou experiências no hospital ou serviço de urgência que são novos ou assustadores.

(National Child Traumatic Stress Network, 2004)



2.2 TRAUMA-INFORMED PEDIATRIC CARE

Stress traumático em contextos de saúde

Incorporando uma consciência do stress traumático no atendimento à criança e família, os profissionais de saúde podem:

1. Minimizar aspetos potencialmente traumáticos dos cuidados de saúde
2. Identificar crianças e famílias com elevado risco de *distress* persistente
3. Prevenir reações de stress traumático de longa duração

(National Child Traumatic Stress Network, 2004)



2.2 TRAUMA-INFORMED PEDIATRIC CARE

Os enfermeiros pediátricos desempenham um papel fundamental na **prevenção** da perturbação de **stress pós traumático** relacionado com o acidente/lesão/doença grave, através de **trauma-informed care** que inclui:

- reconhecer o trauma pré-existente
- abordar as reações de stress traumático agudo associadas ao evento emocionalmente intenso
- minimizar os aspetos potencialmente traumáticos dos cuidados
- identificar crianças que precisam de acompanhamento adicional ou referência para suporte diferenciado

(National Child Traumatic Stress Network, 2004)



2.2 PROTOCOLO D-E-F

Depois de atender ao básico da saúde física da criança (o A-B-C), o enfermeiro pode focalizar a sua intervenção nas próximas etapas – “D-E-F”:

- Reduzir o **DISTRESS**
- Promover **SUPORTE EMOCIONAL**
- Recordar e envolver a **FAMÍLIA**

(National Child Traumatic Stress Network, 2004)



2.2 INSTRUMENTO D-E-F

O que podem fazer os profissionais de saúde?

1. Minimizar os aspetos traumáticos dos cuidados de saúde:

- Identificar a experiência anterior da criança e da família, relativa aos cuidados de saúde
- Reduzir aspetos assustadores ou dolorosos

(National Child Traumatic Stress Network, 2004)



2.2 INSTRUMENTO D-E-F

No Hospital: Ajudar o Adolescente a Enfrentar a Situação

Informação para Pais

Os sintomas de stress traumático são comuns após uma doença grave, acidente ou hospitalização. Apesar de ser a sua filha quem está doente no hospital, todos os pais têm um stress. No início, é possível que não se sintam preparados, como cuidar, para cuidar a sua filha e a necessidade de estar com ela é grande.

Os sintomas de stress traumático podem incluir:

- ✓ Ser facilmente chateado ou com raiva
- ✓ Sentir-se ansioso, irritado ou confuso
- ✓ Não virada a não esquecer
- ✓ Sentir-se exausto e isolado

Após de hospital que podem ser traumático para os adolescentes:

- ✓ Incurável doença de que poderá curar
- ✓ Sentir-se no quarto procedimentos médicos
- ✓ Ter uma ferida visível ou ficar com uma cicatriz permanente
- ✓ Medo de que os outros possam pensar se sabem que está doente no hospital
- ✓ Medo de morrer



O hospital também pode ser traumático para os pais:

Ter um filho doente, ferido ou hospitalizado resulta em sentimentos de frustração, stress, preocupação ou desespero.

É um momento stressante quando as mães com as profissões de saúde geram preocupação porque estas mães têm filhos dependentes, que ficam temporariamente dependentes.

Desafio as crianças mais novas das pais sobre a separação dos filhos.



Informações Especiais para Pais e Cuidadores:

- Existem profissionais no hospital com experiência em ajudar outros pais e cuidadores na sua situação.
- No caso contrário, os seus direitos sobre como cuidar a sua criança no seu quarto privado de cuidados pode ajudar os pais hospital (já está disponível em recursos humanos para a saúde).
- Respeite a sua filha e converse com ela.
- Muitos pais e cuidadores não se sentem preparados para conversar com a sua filha adolescente que está doente no hospital sobre as emoções, medos e dúvidas.

Adaptado: World Health Organization

No Hospital: Ajudar o Adolescente a Enfrentar a Doença

Informação para Pais e Cuidadores

Quando o adolescente é hospitalizado, está a enfrentar frequentemente doenças, limitações ou outras emoções intensas. Apesar de ser a sua filha quem está doente, todos os pais e família pode sentir-se sobrecarregado ao ser o responsável por lidar com a situação. Com tempo, compreensão e apoio, a maioria dos adolescentes e famílias aprendem a lidar com a doença e a lidar adequadamente com a experiência de hospitalização.

Situações que podem desenvolver **dúvidas** ou ser traumáticas no hospital:

- ✓ Desconhecimento sobre o que se vai acontecer a seguir
- ✓ Alterações de imagem corporal - queda de cabelo, perda ou aumento de peso, feridas cirúrgicas ou traumáticas
- ✓ Dúvidas ou confusão sobre as complicações do tratamento
- ✓ Preocupação com o estado
- ✓ Medo de morte
- ✓ Dúvidas de sofrer cirurgias e outros procedimentos
- ✓ Contato com outros adolescentes doentes ou conhecimento de outros doentes que faleceram no hospital
- ✓ Experiência de dar ou receber a proximidade de cuidados

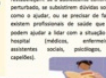
Alterações comuns no adolescente quando hospitalizado ou com **dúvidas**:

- ✓ Incurável doença, mais sintomas, doenças discutidas
- ✓ Sentir-se isolado e "formoso"
- ✓ Alterações na alimentação, sono (insuficiente)
- ✓ Tentativa de estar sozinho ou acompanhado permanentemente
- ✓ Sentir-se parte e não separado da família
- ✓ Preocupação com a opinião dos outros e sentir-se diferente



Informação Especial para Pais e Cuidadores de Adolescentes:

É frequente que o adolescente e os pais se sintam sobrecarregados no hospital com a doença no contexto de hospitalização, em particular. Pais e outros alguns momentos em que estão medos de morrer, se o adolescente continuar doente, se o adolescente doente como a saúde, ou se precisar de sair, outros profissionais de saúde que os podem ajudar a lidar com a situação no hospital (médicos, enfermeiros, psicólogos, e outros).



Os Pais e Cuidadores também podem apresentar **dúvidas**:

- Ficam perturbados ao perceberem a dor do adolescente e podem sentir-se impotentes ou frustrados
- Não sabem o que fazer de parte do adolescente e ficam em dúvida permanente
- Ficam impacientes, apresentam problemas alimentares e de sono e sentem-se sobrecarregados devido à necessidade constante de cuidados com o adolescente doente
- Não sabem partilhar as preocupações relativas ao adolescente com ninguém
- Muitos pais e cuidadores não discutem sobre como conversar com o adolescente doente (ou com a família) sobre as suas emoções, medos e dúvidas.



2.2 INSTRUMENTO D-E-F

O que podem fazer os profissionais de saúde?

3. Autoconsciência emocional

- Desafio emocional de cuidar de crianças e adolescentes doentes, feridos ou hospitalizados em contexto de urgência
- Promover autocuidados adequados (sono, alimentação)



3. TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

- No cuidar da criança, o enfermeiro experiencia as respostas de sofrimento e as emoções da criança, daí a importância de fazer a regulação das suas próprias emoções para prover cuidados (Diogo, 2015).
- Momentos formais ou informais de "ventilação" de emoções em equipa.



CONCLUSÃO

- A gestão dos medos da criança está intrínseca na intervenção terapêutica de enfermagem.
- É essencial mobilizar estratégias que contribuam para reduzir o medo e aumentem a segurança e o controlo sobre a situação, e assim ajudem a criança/família no confronto de situações emocionalmente intensas.
- Apesar de atualmente se valorizar uma prestação de cuidados de enfermagem à criança e família o menos traumática possível muitos dos cuidados que se prestam são traumáticos, dolorosos, desagradáveis e ameaçadores.
- O enfermeiro deverá dirigir a sua atenção para **intervenções** que sejam **seguras, eficazes e úteis, o mais atraumáticas possíveis**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica. Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Lisboa: Lusociência.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (13), p. 43-51.
- Fernandes, D. (2012). O atendimento à criança na urgência pediátrica. Obtido em 2015, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20atendimento%20C3%A0%20crian%C3%A7a%20na%20Urg%C3%Aancia%20Pedi%C3%A1trica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESIP.pdf>
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- National Child Traumatic Network (2004). *Pediatric Medical Traumatic Stress: A Comprehensive Guide*. Acedido a 20-10-2015. Disponível em http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/pediatric_toolkit_for_health_care_providers.pdf
- Smith, P. (2012). *The emotional labour of nursing revisited: Can nurses still care?* (2ª ed.). Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Watson, J. 2002. *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures, Lusociência.
- Zengerle-Levy, K. (2004). Practices that facilitate critically burned children's holistic healing. *Qualitative Health Research*, 14(9), 1255-1275

AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA 3

- Designação da ação: Acolher sem Trauma: O Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional

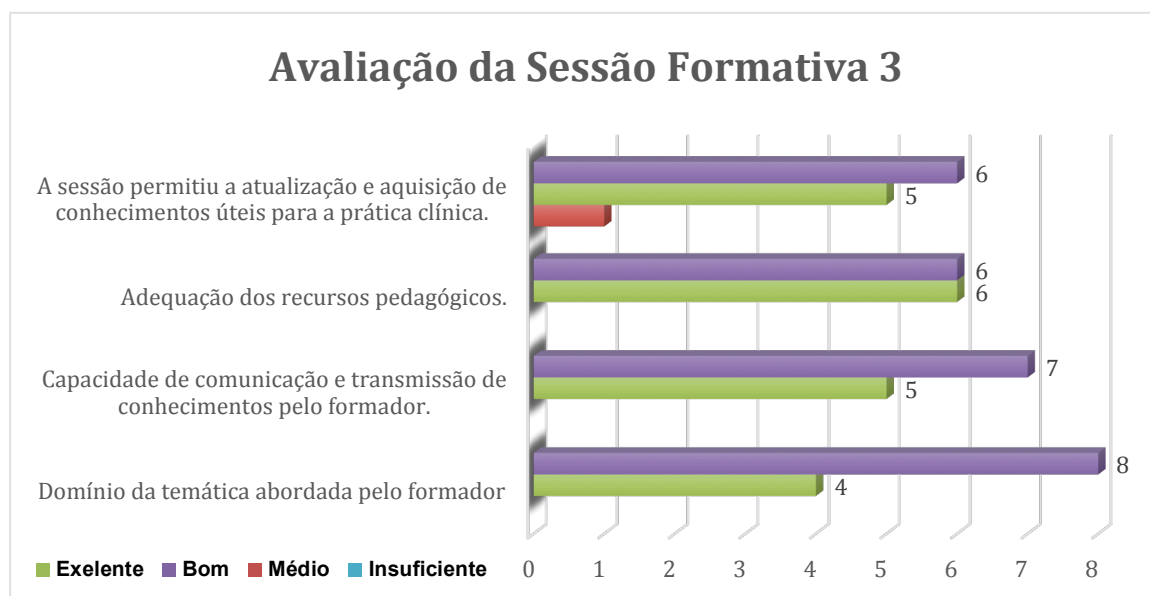
-Contexto: Urgência de Pediatria

Numa perspetiva de melhoria continua gostaria de conhecer a sua apreciação a respeito da sessão de formação, para o que solicito que responda às questões que se seguem, assinalando com uma cruz (X) a opção que mais corresponde à sua opinião.

1 Insuficiente	2 Médio	3 Bom	4 Excelente
-------------------	------------	----------	----------------

Itens avaliados	1	2	3	4
Domínio da temática abordada pelo formador.				
Capacidade de comunicação e transmissão de conhecimentos pelo formador.				
Adequação dos recursos pedagógicos.				
A sessão permitiu a atualização e aquisição de conhecimentos úteis para a prática clínica?				

Que aspetos, no âmbito do Trabalho Emocional em Cuidados Paliativos Pediátricos, gostaria de aprofundar numa futura sessão de formação?



SESSÃO FORMATIVA 4 - Internamento de Pediatria: Recurso Audiovisual

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

6º Curso De Mestrado Em Enfermagem:
Área de Especialização Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular: Estágio Com Relatório

Orientação: Prof.ª Doutora Paula Diogo

**CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS:
O ENFERMEIRO ENQUANTO GESTOR EMOCIONAL**



Discente:
Marta Neves nº 6085

2016

SUMÁRIO

1. Projeto de Estágio

2 Cuidados Paliativos Pediátricos

3 Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

4. Operacionalização das Práticas

OBJETIVOS

- Apresentar o Projeto de Estágio;
- Sistematizar a evidência científica mais atual sobre Cuidados Paliativos Pediátricos;
- Dinamizar o trabalho emocional no ato de cuidar em contexto de Unidade de Internamento de Pediatria;
- Promover a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à criança, ao jovem e à família;
- Implementar o brinquedo terapêutico na sala de tratamentos.

1. PROJETO DE ESTÁGIO

TEMÁTICA

- Dimensão emocional em Cuidados Paliativos Pediátricos

PROBLEMA

- A emocionalidade vivenciada pelos Enfermeiros que cuidam de crianças e famílias com necessidades paliativas

OBJETO DE ESTUDO

- O trabalho emocional no cuidar em enfermagem pediátrica

2. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS (CPP)

Contextualização

- No contexto atual dos serviços de saúde, hospitalares e na comunidade, observa-se a crescente **incidência de doenças de evolução prolongada** e que conduzem à situação terminal de vida, em paralelo com **a maior esperança de vida**, que no seu conjunto **aumentam em número significativo as crianças que necessitam de cuidados paliativos**.
- A **negação e dessocialização** da morte em pediatria, visíveis na sociedade em geral, e por vezes nos serviços de saúde, em particular, em que obstinadamente se investe com **objetivos curativos** e se dedica menos tempo, atenção e cuidados aos que caminham inexoravelmente para a morte, constituem evidências dessa mesma necessidade.

(APCP, 2006)

2. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS (CPP)

Os CPP constituem:

(...) uma abordagem ativa e total (...), desde o diagnóstico ou reconhecimento da situação, durante toda a sua vida e para além da sua morte. Abrangem elementos físicos, emocionais, sociais e espirituais, focando-se na **melhoria da qualidade de vida** da criança/jovem e suporte à sua família. Incluem o controlo de sintomas, o proporcionar períodos de descanso aos cuidadores e acompanhamento na fase terminal e luto.

(ACT, 1997 cit Lacerda et al. 2013, p.2)

- Um **direito humano básico** para todas as crianças (**recém-nascidos**, crianças e jovens), em particular para as **portadoras de doenças crónicas complexas, limitantes ou ameaçadoras da vida** (qualidade e esperança), e suas famílias.

(Mendes, Silva & Santos, 2012)

2. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS (CPP)

Enquadramento Concetual

- A **doença limitadora da vida** pode ser definida como uma condição em que a morte prematura é frequente.
- A **doença que ameaça a vida** é aquela em que existe uma elevada probabilidade de morte prematura, devido a doença grave, podendo existir também a probabilidade de sobrevivência a longo prazo até à idade adulta.

(European Association for Palliative Care, 2007).

DOENÇAS CRÓNICAS COMPLEXAS

- São doenças graves, com uma duração prevista de pelo **menos 12 meses**. Precisam de cuidados de saúde diferenciados, sendo o diagnóstico e seguimento efetuados por um centro especializado.
- São **doenças limitantes ou ameaçadoras da vida**, e na grande maioria dos casos não há cura possível.

(Grupo de Trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde, 2014)

2. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS (CPP)

População Alvo

Os **cuidados paliativos pediátricos** têm como **destinatários** crianças que se encontram numa grande variedade de condições (Himmelstein, 2006).

Não tem sido consensual a definição da população pediátrica com necessidades paliativas. De uma forma muito simples, recomenda-se que os profissionais coloquem a si mesmos a seguinte pergunta-surpresa: **“Ficaria surpreendido se esta criança não sobrevivesse até ao seu 18º aniversário?”** - se a resposta for **“não”**, estamos perante uma criança com necessidades paliativas.

(Harrop & Edwards, 2013)

2. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS (CPP)

População Alvo

TRAJETÓRIAS DE DOENÇAS QUE NECESSITAM DE CUIDADOS PALIATIVOS EM PEDIATRIA

GRUPO I

Doenças que são curáveis mas podem causar a morte.

GRUPO II

Doenças que causam uma morte precoce (antes da idade adulta) mas podem ter sobrevivências longas.

GRUPO III

Doenças de agravamento progressivo, sem cura possível.

GRUPO IV

Doenças irreversíveis não progressivas, com muitos agravamentos e complicações e com probabilidade de morte precoce.

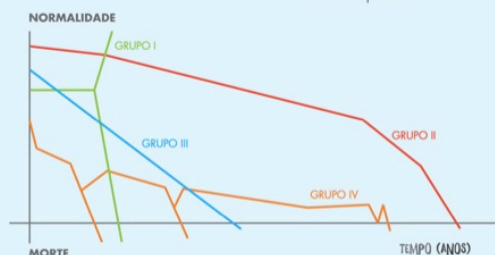


Imagem 1:
Adaptado de: Grupo de Apoio à Pediatria da APCP & Grupo de Trabalho de Cuidados Continuados e Paliativos da SPP (2015). *Cuidados Paliativos Pediátricos: Informação para cuidadores*. Lisboa.

2. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS (CPP)

Equipa Multidisciplinar



Estes profissionais contribuem para:

Facilitar a comunicação, a tomada de decisão informada e esclarecida, a coordenação dos cuidados e a transição para cuidados no domicílio, cuidados paliativos pediátricos ou de fim de vida;

Aliviar o sofrimento físico, psicológico, social e emocional;

Melhorar a qualidade de vida do RN, da criança e da família.

Imagem 3 e 4. Adaptado de: Grupo de Apoio à Pediatria da ACP & Grupo de Trabalho de Cuidados Continuados e Paliativos da SPP (2015). "CPP - cuidar / proteger / partilhar: Informação para cuidadores". 1ª ed. Lisboa.

3. TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA



(Diogo, 2015)

3. TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Promover um ambiente seguro e afetivo

Intervenções:

- Acolher
- Cumprimentar
- Preservar a segurança
- Expressar afeto
- Sintonia com o mundo infantil

Exemplo:

- Utilização de fardas coloridas e com bonecos

(Diogo, 2015)

3. TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Nutrir os cuidados com afeto

Dádiva de afeto:

- Sorriso
- Voz embalada e suave
- Olhar meigo
- Falar animado
- Carinho
- Colo

Espontânea ou planeada:

- Alivia o sofrimento e constitui uma forma de ajuda e apoio;
- Colaboração facilitada dos clientes nos cuidados

(Diogo, 2015)

3. TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Gerir as emoções dos clientes

Gestão emocional de antecipação:

- Postura calma e carinhosa
- Mostrar disponibilidade
- Preparação para procedimentos Explicações/ informação
- Expressão de sentimentos
- Reforço positivo
- Distração

Gestão das emoções reativas:

- Participação da família
- Explicar e esclarecer dúvidas
- Fazer pausas
- Fomentar a esperança
- Colocar-se ao lado
- Diferenciar os momentos
- Desviar o foco de atenção

(Diogo, 2015)

3. TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Construir a estabilidade na relação

Envolvimento emocional:

- Ligação afetiva
- Proximidade
- Confiança na construção da relação
- Conhecimento mútuo

Gestão de episódios conflituosos:

- Abordagem calma e de controlo;
- Dar espaço para a expressão de emoções
- Desmontar o problema
- Não fazer juízos de valor negativos
- Reconciliação

Equilíbrio de poderes

- Tomada de decisão partilhada
- Espaço à função parental
- Partilha de informação
- Colaboração mútua

(Diogo, 2015)

3. TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

- Ação transformadora da experiência emocional nas interações com os clientes (Diogo, 2015).
- Em enfermagem pediátrica, a intervenção do enfermeiro incide numa **ajuda emocional** à criança e família através de práticas terapêuticas (Diogo, 2015).
- Ao regular as suas próprias emoções, o enfermeiro espera **atenuar as emoções** de quem cuida, ou não as exacerbar.

3. TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

- Os enfermeiros procuram evitar os **momentos disruptivos** agindo antecipadamente, pois sabem precocemente quais as situações que têm um potencial elevado de conduzir a uma emocionalidade excessiva e, conseqüentemente, a um acréscimo de sofrimento (Diogo, 2015), sendo os CPP um exemplo disso.
- Partilha de experiências emocionalmente intensas em equipa – ventilação de emoções
- Momentos mensais de convívio

4. OPERACIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS

- **Promover o Brinquedo Terapêutico**
- O **brinquedo terapêutico** apresenta-se como um instrumento fundamental na prática diária do cuidar em pediatria, pois é um excelente meio de expressão de sentimentos, auxiliando na comunicação e estabelecimento de uma **relação terapêutica** entre enfermeiro-criança

4. BRINQUEDO TERAPÉUTICO



CONCLUSÃO

- Os cuidados paliativos não são cuidados terminais.
- Visam a otimização da qualidade de vida da criança e família e a diminuição do sofrimento ao longo de uma doença grave, potencialmente fatal ou limitadora do tempo de vida.
- Devem iniciar-se a par dos cuidados curativos e prolongar-se para além do óbito.
- Todos temos uma atitude paliativa individual mas os cuidados paliativos pediátricos só serão eficazes quando forem prestados por uma equipa multidisciplinar devidamente qualificada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) (2006). Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos: Recomendações da APCP. Acessado a 10.03.2015. Disponível em http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes-Formacao_em_CP.pdf.
- Bhatia, J.(2006). Palliative care in the fetus and newborn. *J Perinatol*, 26, p.24–26.
- Catlin, A. & Carter, B. (2002). Creation of a neonatal end-of-life palliative care protocol. *J Perinatol*, 22 p184–195.
- Connor, S., Bermedo, M. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) & World Health Organization
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica. Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Lisboa: Lusociência.
- European Association for Palliative Care. (2007). IMPaCCT: standards for paediatric palliative care in Europe. *European Journal of Palliative Care* , 14 (3), 109-114.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18(2), p.45- 60
- Grupo de Apoio à Pediatria da APCP & Grupo de Trabalho de Cuidados Continuados e Paliativos da SPP (2015). *CPP – cuidar / proteger / partilhar: informação para cuidadores*. 1ª ed. Lisboa.
- Grupo de Trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde (2014). *Relatório: Cuidados Paliativos Pediátricos*. Acessado a 05.10.2015. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/Relatorio-do-GdT-de-CPP.pdf>.
- Harrop, E. & Edwards, C. (2013). How and when to refer a child for specialist paediatric palliative care. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* , 98(6), p. 202–208.
- Himmelstein, B. P. (2006). Palliative care for infants, children, adolescents, and their families. *Journal of Palliative Medicine* , 9 (1), 163-181.
- Lacerda, A. (2012). A importância de cuidados paliativos em Pediatria. *Acta Ped Port*. 43(5), p.72-73.
- Lacerda, A. F., Pinto, C., Ferreira, F., Salazar, H., Mendes, J., Paiva, M. ... Nunes, T. (2013). Cuidados paliativos pediátricos – que futuro em Portugal? In *Reunião Cuidados paliativos pediátricos: uma reflexão. Que futuro em Portugal?*. Fundação Calouste Gulbenkian, 25 de Junho de 2013, Lisboa.
- Mendes, J. & Silva, L. (2013). *Consenso em Cuidados Paliativos Neonatais e em Fim de Vida*. Acessado a 10.01.2015. Disponível em : <http://www.dedeas.net.org/ativp-consentopaliativos2013/09/Consenso-em-Cuidados-Paliativos-Neonatais-e-em-Fim-de-vida.pdf>
- Mendes, J., Silva, L. J., Santos, M. J. (2012). Cuidados Paliativos neonatais e pediátrico para Portugal – um desafio para o século XXI. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(5), p.218-222.
- Ramos, S. (2008). Cuidados paliativos em pediatria. *Sinais Vitais*. Coimbra.78, p. 27-32
- Watson, J. 2002. *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures, Lusociência.

Apêndice VI - Guia de Acolhimento da Criança e Família:
Urgência de Pediatria

Centro Hospitalar

**Guia de Acolhimento da Criança e Família:
Urgência de Pediatria**

Departamento Materno-Infantil
Serviço de Urgência de Pediatria



Novembro de 2015



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

6º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

**Acolher Sem Trauma: O Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional em
Contexto de Urgência de Pediatria**

Trabalho realizado por:

Marta André das Neves nº 6085

Docente Orientadora: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Enfº Orientador: Enf.º José Neutel

Novembro de 2015

LISTA DE SIGLAS

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém Nascido

SU – Serviço de Urgência

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	8
1.1 Cuidar Na Urgência De Pediatria	8
1.2. Acolher em Enfermagem Pediátrica	9
1.2.1. O ambiente pediátrico como elemento facilitador da gestão do estado emocional da criança doente e/ou hospitalizada	12
1.2.2. Gestão de experiências emocionais intensas na criança e família em situação de doença, traumatismo ou hospitalização	24
1.2.3. A emocionalidade no ato de cuidar crianças e respectivas famílias: uma competência do enfermeiro	34
CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

ANEXOS

Anexo I - Ensinar Sobre Técnica de Relaxamento Simples

Anexo II - Ensinar o Adolescente Sobre o Autocontrolo da Dor

APÊNDICES

Apêndice I - Kit Sem Trauma

Apêndice II - Guia de Implementação do Protocolo D-E-F

Apêndice III - Protocolo D-E-F: Cartões e Folhetos Informativos

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Medos Normais	14
Quadro 2. Estratégias de luta contra o Medo	15

INTRODUÇÃO

Na era da prática baseada na evidência e de cuidados de saúde conduzidos pelo conhecimento científico, os enfermeiros são constantemente desafiados a descobrir novas e melhores formas de prestar cuidados, baseados em conhecimento novo e evidências, obtidos através da investigação.

É na procura permanente pela excelência, encarando a teoria como forma de sustentação da prática e tendo como finalidade a promoção da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à criança, ao adolescente e à família, com enfoque na componente emocional, que se enquadra o presente documento. Como objetivos destacam-se: compreender a importância do acolhimento na diminuição do impacto potencialmente traumático da crise que a doença, lesão ou hospitalização representam para a criança, adolescente e família; sistematizar alguns princípios e estratégias a utilizar na preparação da criança, adolescente e família para procedimentos dolorosos, com o objetivo de minimizar o medo e ajudar a experimentar uma sensação de controlo da realidade; promover a uniformização dos procedimentos de Enfermagem no acolhimento da criança, do adolescente e da família na urgência de pediatria

As problemáticas que emergem da prática de cuidados e que justificam o desenvolvimento do presente documento são:

- A situação vivida pelos clientes, associada aos fenómenos de saúde-doença em contexto de urgência de pediatria, que se expressa através de emoções com as quais os enfermeiros têm que lidar no decorrer dos cuidados e em cada interação;
- A emocionalidade associada às experiências de saúde-doença que acrescente sofrimento à vivência dos clientes;
- A experiência emocional intensa de cuidar vivida pelos enfermeiros.

Sabe-se que cuidar de uma criança e da sua família constitui, não só um compromisso, mas um verdadeiro desafio para o enfermeiro. Para além da preparação técnico-científica e da habilidade em estabelecer uma relação terapêutica com a criança, torna-se necessário algo mais, não podendo a sua atuação restringir-se ao simples elo que se estabelece com a criança. Os enfermeiros precisam igualmente de direcionar o seu foco de atenção para as necessidades da família, enquadrando a criança nesse mesmo ambiente familiar e ampliando o seu olhar para a comunidade na qual esse sistema familiar se encontra inserido (Hockenberry & Wilson, 2014). A criança é um membro essencial da unidade familiar e os cuidados de enfermagem são mais eficazes quando prestados com a convicção de que a família é parte integrante do cliente, pelo que, no decorrer do texto foi utilizado o termo cliente para designar a pessoa beneficiária dos cuidados de enfermagem em pediatria.

Sempre que apareça o conceito “criança” refere-se a qualquer pessoa com menos de 18 anos de idade.

É de salientar que os processos saúde-doença vividos na infância caracterizam-se inevitavelmente por experiências de medo. Muitas vezes, a emoção medo está associada ao desconhecido, ao sofrimento e à dor, e às vivências inerentes ao estágio de desenvolvimento. Outras vezes é uma expressão de perturbação emocional de ansiedade ou fobias, podendo evoluir para psicopatologia (Diogo et al.,2015). No entanto, são diversas as estratégias de conforto e gestão emocional do medo utilizadas pelos enfermeiros durante os procedimentos dolorosos inerentes aos cuidados à criança. Tendo como princípio que os pais são os melhores cuidadores, o enfermeiro deve incentivar a sua permanência junto do filho; fortalecer o papel parental durante a hospitalização e o enfoque na importância do afeto e do conforto como regulador emocional; escutar e estar com a família no sentido de compreender as suas preocupações, desmistificar medos e ansiedades, e responder a questões. Assim, o enfermeiro deve recorrer a estratégias de humanização e cuidados não traumáticos, promovendo um ambiente seguro e afetuoso, gerindo as emoções e construindo uma relação de ajuda, apoiante e securizante (Diogo et al., 2015).

Desta forma, a prática de enfermagem, com as suas vertentes humanista e holística, exige a conjugação de saberes teóricos e formais, e ainda de competências afetivas, por isso perspetiva-se o Cuidar como um processo relacional que obriga à percepção da experiência humana no processo saúde-doença (Diogo, 2015). Por essa razão, Watson (2005) acredita que a Ciência do Cuidar não pode ser indiferente às emoções humanas, pois o cuidado constitui um meio de comunicação e expressão de sentimentos humanos, que tem o objetivo de promover um equilíbrio entre a dimensão relacional e a dimensão emocional nas intervenções de enfermagem.

O documento encontra-se estruturado em forma de introdução, desenvolvimento onde é realizada uma alusão a temáticas como: ambiente pediátrico, gestão de situações emocionalmente intensas em contexto de urgência de pediatria, trabalho emocional em crianças com doença aguda e crónica e conclusão.

A metodologia adotada incidiu numa aprofundada pesquisa bibliográfica em bases de dados electrónicas sobre o acolher em enfermagem pediátrica, na análise de bibliografia de referência e sobretudo na reflexão fundamentada na e sobre a prática de cuidados. As citações e referências bibliográficas apresentadas no documento estão de acordo com as normas da APA.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Cuidar na Urgência de Pediatria

A evolução da disciplina de enfermagem durante os últimos anos, fez com que o cuidar fosse entendido e reconhecido como a essência da profissão. Os cuidados de enfermagem em pediatria sofreram um grande progresso, sendo que inicialmente eram perspetivados exclusivamente em torno do corpo da criança doente e dos respetivos sistemas fisiologicamente afetados, e posteriormente foram-se desenvolvendo até atingirem a atual concepção de Cuidados Centrados na Família e onde a dimensão emocional do cuidar começa a assumir particular atenção por parte dos enfermeiros. Segundo Watson (2005), a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente às emoções humanas. Nesta lógica, se o cuidado tem subjacente uma relação interpessoal e intersubjetiva, e se nesta relação está omnipresente a experiência das emoções, logo o cuidado é também um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos. Efetivamente, já não se defende uma neutralidade emocional na prática de cuidados de Enfermagem (Diogo, 2012). Por um lado, Morse, Solberg, Neander, Bottorff e Johnson (1990) enaltecem o Cuidar como um afeto e por outro lado Swanson (1993), defende que Cuidar é estar com, é estar emocionalmente aberto para o Outro. Atualmente, em enfermagem, já não se pode falar em cuidar sem se falar de emoções, visto serem concepções intrinsecamente relacionadas.

Em Pediatria, a enfermagem focaliza o seu cuidado não apenas na criança, mas também no seu núcleo de suporte, a família, pois o cuidado de enfermagem à criança está estreitamente relacionado com o cuidado à criança e sua família (Hockenberry, 2014). Assim, a estrutura e dinâmica familiares podem influenciar a criança de uma forma duradoura, afetando a sua saúde e bem-estar, o que conseqüentemente determina a necessidade do enfermeiro possuir conhecimentos relativos às funções, tipos e estruturas familiares, bem como às teorias que proporcionam uma base para a compreensão das mudanças que ocorrem dentro da família e orientam a intervenção (Ibidem).

É de ressaltar que as situações emocionalmente intensas e perturbadoras acrescentam sofrimento à experiência de doença e hospitalização, pelo que uma das principais finalidades da Enfermagem é prevenir, atenuar ou aliviar o sofrimento do cliente (Diogo, 2015). Assim, as intervenções terapêuticas, nas quais o trabalho emocional se enquadra, surgem como uma ferramenta indispensável no cuidado à criança e sua família, procurando transformar as experiências emocionalmente negativas ou intensas em vivências positivas e gratificantes para ambos os intervenientes. É fundamental que a visão holística dos cuidados englobe um conhecimento sólido das características do crescimento e desenvolvimento da criança, bem como promova atividades e estratégias que favoreçam

não só o desenvolvimento harmonioso, mas sobretudo o bem-estar emocional da díade criança-família.

O estudo de Diogo (2015) sugere que os enfermeiros, além da regulação da sua disposição emocional para cuidar, promovem um ambiente seguro e afetuoso, nutrem os cuidados com afeto, gerem as emoções dos clientes e constroem a estabilidade na relação, pelo que os subcapítulos seguintes pretendem refletir essa evidência e sistematizar estratégias/intervenções de enfermagem para um acolhimento da criança e família sem trauma.

1.2. Acolher em Enfermagem Pediátrica

Uma das mais traumáticas experiências hospitalares para as crianças é a hospitalização de urgência. O início abrupto da doença ou a ocorrência de um traumatismo deixa pouco tempo para que a criança possa ser preparada convenientemente (Diogo et al., 2015).

As respostas que os pais apresentam aquando da admissão da criança podem ser mudadas ou minimizadas pelo estabelecimento de uma relação terapêutica entre eles, a criança e a equipa de saúde, a partir desse momento. Nesse contexto, o enfermeiro deve adotar posturas e conhecer os comportamentos que podem surgir na criança, bem como na família, sendo, desta forma, o acolhimento um passo importante na hospitalização, proporcionando à família e à criança conforto e confiança (Fernandes, 1988). Assim, acolher convenientemente a criança e a família em situação de doença, “é importante na sua unicidade, já que este é um dos cuidados atraumáticos que o enfermeiro pode prestar visando o bem-estar da criança e da sua família” (Tavares, 2011, p.8).

“O acolhimento dos pais no momento da admissão condiciona de forma importante a sua atitude face à equipa e ao hospital” (Fernandes, 1988, p.124), ou seja, o acolhimento é uma atitude que vai promover a confiança dos pais na equipa e o estabelecimento de uma relação de abertura que irá conduzir à colaboração mútua.

O acolhimento, para Ferreira e Valério (2003), tem como finalidades apoiar a criança e família a diminuir quaisquer sentimentos negativos que possam surgir, bem como dar oportunidade ao enfermeiro de desmistificar as questões que assolem a criança/família sobre aspetos do funcionamento do serviço, com vista a transmitir segurança a quem é acolhido. Cabe também ao enfermeiro procurar ultrapassar obstáculos que possam interferir no bom acolhimento, para que este, nas suas etapas, decorra da melhor forma possível (Ferreira & Valério, 2003).

Como etapas podem delinear-se **três momentos**: o da receção, o da informação e o da integração:

- **A recepção** é feita à criança e aos pais, e é o momento em que se criam as primeiras impressões sobre o serviço e sobre quem os recebe, devendo mostrar-se simpatia e compreensão para com a criança e seus pais (Doca & Costa Júnior, 2007). É importante que os pais percebam que irão encontrar apoio adequado, dedicação, segurança, competência e a informação necessária, na condução do processo da sua criança.

- O momento da **informação** é essencial e complexo, pelo que a informação deve ser uniforme quando fornecida, já que os pais necessitam de informações claras e concisas para efetuarem as suas escolhas atempadamente. O momento da sua transmissão dá alguma tranquilidade aos pais e à criança, enaltecendo a comunicação, onde o conhecimento e a informação devem ser compartilhados entre profissionais, de modo a que a diáde seja incluída no planeamento e na tomada de decisões.

- O momento de **integração** da criança e dos pais no serviço de urgência, apresentando o ambiente físico (enfatizando as ilustrações das portas, os desenhos das fardas, as televisões com bonecos e a existência de brinquedos) e os profissionais envolvidos, contribuem para desmistificar medos e humanizar os cuidados

Os pais que chegam ao hospital com um filho doente, apresentam um elevado grau de ansiedade e desenvolvem uma série de sentimentos face a essa situação. Com o intuito de atender às necessidades físicas e psicológicas da criança e família, é essencial que o enfermeiro os acolha para que se sintam integrados na equipa, e que os prepare para os atos terapêuticos necessários, o que irá influenciar a postura da família face à equipa de saúde e ao desenrolar da hospitalização e da doença (Venâncio & Pereira, 2002).

Se as crianças e os pais se sentirem realmente acolhidos, irão sentir-se mais à vontade para colocar as suas dúvidas relativamente à doença, ao serviço, aos procedimentos, e assim sentir-se-ão mais calmos e colaborantes em relação aos cuidados prestados, às restrições impostas, entre outros aspetos (Brito, 2006). Se existirem atitudes de rejeição e insatisfação por parte dos pais em relação à equipa, esta poderá responder com hostilidade, dando origem a comportamentos de agressividade e falta de confiança por parte dos pais, sendo a principal prejudicada a criança. Para que a criança e família se adaptem à hospitalização e a aceitem, deve realizar-se um acolhimento eficaz, que lhes incuta confiança, de forma a obter-se a colaboração necessária (Tavares, 2011).

O modo como a família se adapta à situação de ter uma criança doente e hospitalizada, depende dos seus recursos intrínsecos, bem como de suportes familiares e sociais disponíveis. A atenção a dar pela equipa de saúde, passa por conhecer os medos, dificuldades, sentimentos e necessidades da família respeitando o seu conhecimento sobre a criança e o seu direito em participar na tomada de decisões e no processo de prestação de cuidados (Reis, 2007).

A doença, independentemente da gravidade, e consequente hospitalização da criança, afiguram-se como uma situação de crise na vida desta, por vezes a primeira com a qual se depara, difícil de ser vivenciada devido, entre outros fatores, aos limitados mecanismos de defesa que a criança apresenta (Algren, 2006; Barros, 2003; Jorge, 2004; Barrera & Hockenberry, 2014).

O hospital, para as crianças, é encarado como um lugar misterioso e, por isso, como fonte de stress, e seja qual for o motivo da hospitalização, esta exige da criança o estabelecimento de novas relações com os outros e consigo mesma, bem como constantes adaptações (Pedro et al., 2007). Neste sentido, a hospitalização constitui uma situação geradora de ansiedade e exacerbadora de medos e ideias pré-concebidas, quer para a criança quer para a sua família, podendo resultar numa experiência traumática, com efeitos psicológicos persistentes. Uma admissão urgente é por si só geradora de demasiada ansiedade, quer para a criança, quer para a família que a acompanha.

Especialmente nos primeiros anos de vida, as crianças são muito vulneráveis ao desenvolvimento de determinadas patologias e à consequente experiência de hospitalização. Para as crianças este é um período de elevado stress e intensa ansiedade durante o qual experienciam medos, pois está perante um ambiente que desconhece e em contacto com procedimentos e equipamentos que lhe causam desconforto e dor (Diogo et al., 2015). Algren (2006, p.638) corrobora esta ideia ao enunciar “a separação, a perda de controle, as lesões corporais e a dor” como os fatores precipitantes de stress aquando da hospitalização infantil. Acrescenta ainda que a forma como cada criança reage à doença e hospitalização difere entre elas e depende, em parte, do seu estágio de desenvolvimento, das experiências anteriores vivenciadas e dos mecanismos de coping adquiridos.

Desta forma, e face à hospitalização, a criança apresenta um número limitado de mecanismos de coping para lidar com os stressores, e por isso necessita por vezes de apoio externo para ultrapassar esta crise (Hockenberry & Wilson, 2014). À hospitalização associa-se imediatamente um sentimento de separação lato, pois, mesmo que esta não ocorra fisicamente ela processa-se em relação ao ambiente familiar físico e afetivo, que conduz a um processo de vinculação alterado. As crianças assumem a hospitalização como uma separação brusca, acrescentando ainda a imposição de restrições (sejam alimentares ou de imobilização; sujeitas a máquinas e instrumentos desconhecidos) e das quais os cuidadores familiares não as defendem (Jorge, 2004).

É de salientar que existem medos considerados normais em cada faixa etária e medos e reações que variam de criança para criança, mas há fatores geradores de stress comuns a todas elas. Desta forma, compete ao enfermeiro, durante toda a presença da criança e família no serviço de urgência, acolhe-los num contínuo, identificando as suas

características, necessidades e expectativas, no sentido do estabelecimento de um plano de cuidados personalizado e relação de efetiva parceria. O acolhimento é, então, utilizado como um pilar de um cuidar com qualidade e ultrapassa a noção de recepção ou de primeiro contacto, pelo que os espaços de acolhimento se deverão repetir com uma periodicidade regular, permitindo que os pais se sintam permanentemente informados e envolvidos na equipa multidisciplinar. Todos estes momentos permitem a formação de relações de ajuda, personalizadas e de confiança (Brito, 2006).

1.2.1 O ambiente pediátrico como elemento facilitador da gestão do estado emocional da criança hospitalizada

O ambiente hospitalar é muitas vezes perspetivado pela criança e família como estranho e stressante, pelo que a notícia de hospitalização é habitualmente perturbadora e constitui uma situação de crise para a díade, influenciando assim as reações emocionais perante os pedidos requeridos pelos enfermeiros (Hockenberry & Wilson, 2014). Por um lado, as crianças compreendem “a hospitalização como uma experiência misteriosa e aterrorizante e percebem o hospital como um local estranho associando-o com facilidade ao flagelo do seu corpo” (Pettengill, Ribeiro e Borba, 2008, p.39). Por outro lado, os familiares, na medida em que passam por uma situação abrupta de desequilíbrio emocional, acabam também por viver um estado de tensão, onde o medo, a culpa e ansiedade são uma constante (Jorge, 2004). No entanto, o ambiente hospitalar pode proporcionar às crianças novas experiências de socialização podendo estas ampliar as suas relações interpessoais. Os benefícios psicológicos devem ser considerados e as estratégias de enfermagem implementadas, para que esta experiência seja uma oportunidade de desenvolvimento (Hockenberry & Wilson, 2014).

Compete ao enfermeiro avaliar e proporcionar, se for essa a conclusão, o desenvolvimento de competências no cliente para lidar com as mudanças normativas ou situações adversas que daí possam surgir. Porém, o grande desafio consiste em apoiar aqueles que se encontram em transição, compreender os seus processos e desenvolver intervenções apropriadas às suas necessidades e ao seu estado de saúde (Schumacher & Meleis, 1994). Assim, importa que o enfermeiro nas suas interações promova um ambiente seguro e afetuoso, nutra os cuidados com afeto e atue na gestão emocional, por forma a atenuar/evitar a vivência de uma emocionalidade excessiva associada à doença ou hospitalização (Diogo, 2015). Desta forma, as emoções assumem um papel preponderante na vida de qualquer indivíduo, daí que seja essencial para a criança/família uma adequada gestão das mesmas, no sentido de mobilizar e/ou desenvolver mecanismos de coping face à situação de hospitalização que estão a vivenciar. O conceito de trabalho emocional encontra

então sentido nos cuidados prestados, direcionado para facilitar a “gestão das emoções dos clientes (...) [o que] implica a consideração sobre o modo dos enfermeiros gerirem as suas emoções e as dos clientes” (Ibidem).

Como elemento harmonizador do processo de hospitalização e segundo Diogo (2015, p.178), é imperativo que o enfermeiro promova “um ambiente seguro e afetuoso através de um ambiente hospitalar humano associado ao ambiente físico, pois ambos têm uma influência muito grande entre si e na transformação da emocionalidade vivida pelos clientes”. Assim, na prática diária de cuidados é importante mobilizar ações/interações como: acolher, cumprimentar, expressar afecto, preservar a segurança, sintonia com o mundo fantástico da criança, e gerir o ambiente familiar de forma adequada, para que a experiência de hospitalização se torne o mais positiva possível. Na urgência de pediatria, existe um espaço próprio onde tendencialmente são realizados procedimentos dolorosos – sala de tratamentos-, para que a criança possa sentir-se segura noutros espaços, como na sala de aerossóis ou na sala de triagem. Segundo Diogo (2015), em contexto pediátrico, a utilização pelos enfermeiros de fardas coloridas e ornamentadas com bonecos e pins, revela uma demonstração clara de sintonia com o ambiente físico. Efetivamente, os enfermeiros pretendem atenuar o “efeito das batas brancas” quando associadas, principalmente pelas crianças mais pequenas, a procedimentos dolorosos anteriores.

Os medos são considerados um sistema de alarme que protege as crianças (e qualquer pessoa) de situações perigosas. A maturidade emocional e as aprendizagens que se vão fazendo ao longo do desenvolvimento contribuem para o desaparecimento gradual dos medos. Se ocorre uma admissão de urgência em determinada idade, os medos normais (Quadro 1.) que preponderam nesse estágio de desenvolvimento podem ficar exacerbados, o que requer uma atenção particular por parte dos profissionais.

IDADE	MEDOS NORMAIS/ INATOS MAIS FREQUENTES
0 - 1 ano	Estímulos intensos e desconhecidos. Ruídos fortes. Pessoas estranhas. Animais. Máscaras. Tempestades.
2 - 4 anos	Escuro. Bruxas e fantasmas. Catástrofes. Separação dos pais.
4 - 6 anos	Dano corporal. Ridículo.
6 - 9 anos	Acidentes e doenças. Mau rendimento escolar. Conflito parental.
9 - 12 anos	Relações interpessoais. Perda de autoestima.
12 - 18 anos	Insetos e répteis. Alturas. Sangue. Espaços fechados. Tempestades. (Ordem dos Enfermeiros, 2013)

Quadro 1.

O medo da morte no Serviço de Urgência (SU) surge como presença generalizada nas crianças. O pensamento de morte acompanha o processo de sofrimento, e das experiências na situação de doença. A percepção de estar abandonado a si mesmo potencia o medo de morte. No SU os enfermeiros confrontam-se e compreendem a experiência de medo das crianças, e procuram desenvolver interações que transformem a situação de doença e hospitalização numa experiência positiva (Fernandes, 2012). É uma realidade atual, a existência de serviços de pediatria humanizados e adaptados às necessidades das crianças e família. Neste contexto, o medo é considerado como preponderante na experiência da criança e daí decorre que seja essencial realizar a gestão da mesma, no sentido de promover a mobilização ou elaboração de mecanismos de confronto (coping) (Diogo et al., 2015).

Efetivamente, lidar com a experiência de medo associada aos processos de saúde-doença nem sempre é fácil, pelo que o enfermeiro enquanto gestor emocional dos medos tem a oportunidade de capacitar emocionalmente a criança (Diogo et al., 2015). A preparação da criança, do adolescente e da família para procedimentos dolorosos é uma intervenção autónoma de Enfermagem, inserida num contexto de atuação multiprofissional, em que o enfermeiro assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação de um conjunto de técnicas organizadas com o intuito de minimizar o medo e a ansiedade da criança / adolescente / família (OE,2011).

Para poder colmatar os sentimentos negativos (incluindo o medo) vividos pelas crianças no momento da hospitalização, seria importante que as mesmas pudessem ser preparadas para tal, isto é, fornecer explicações sobre a necessidade de hospitalização, as pessoas presentes e envolvidas, os procedimentos e a forma das crianças ajudarem e colaborarem, procurando que estas não percam o controlo da situação.

Na preparação da criança/família para a hospitalização e procedimentos invasivos cabe ao enfermeiro utilizar estratégias de preparação (Quadro 2.) atendendo à idade, nível de desenvolvimento cognitivo da criança, estilo de confronto, experiências hospitalares vivenciadas anteriormente, tipo de doença (aguda ou crónica) e o período certo para ser realizada (OE,2011).

Quadro 2.

Idade / Características do Desenvolvimento / Reações ao stress (medo / ansiedade)	Estratégias de luta contra o Medo	
	Gerais	Específicas
<p>0 a 1 ano - Desenvolvimento da Confiança e Pensamento Sensorio-motor.</p> <p>0-6 meses</p> <p>Pais – Medo e ansiedade máximos.</p> <p>Lactente – O medo e a ansiedade da separação são mínimos: não existe uma diferenciação corporal entre a mãe e o lactente, não se verifica o medo de estranhos nem a recordação de experiências desagradáveis.</p> <p>O lactente distingue o que é agradável do que é desagradável e reage com todo o corpo: chora, movimenta os braços e pernas em simultâneo. Dar resposta às necessidades deste permite-lhe desenvolver um sentimento de confiança em si e nos outros.</p> <p>Interessa-se pelas pessoas e pelos objetos do seu ambiente.</p>	<p>Dotar os pais de informações sobre o que vai acontecer, o que o lactente pode experimentar e as sensações e reações que o lactente pode apresentar.</p> <p>- Esclarecer dúvidas dos pais.</p> <p>- Incentivar a presença dos pais / pessoa significativa.</p> <p>- Manter os pais na linha de visão do lactente.</p> <p>- Tocar e dar afetos.</p> <p>- Usar objetos que tranquilizem e transmitam segurança à criança (chucha, fraldinha de pano, caixinha de música...).</p> <p>- Manter as rotinas diárias do lactente.</p> <p>- Simular os procedimentos nos pais / pessoa significativa e permitir que o lactente contate com o material potencialmente assustador. Exemplo: colocar o garrote, o desinfetante e a compressa no familiar/brinquedo e permitir que a criança a visualize e lhe toque para não quebrar a relação de confiança e permitir sensações positivas.</p>	<p>- Envolver os pais / pessoa significativa nos cuidados, respeitando o seu ritmo.</p> <p>- Os pais são os parceiros de eleição na brincadeira com o bebé, inculcando-lhe a noção de prazer com os objetos.</p> <p>- Usar medidas de conforto: mimos e colo.</p> <p>- Proporcionar o relaxamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O olhar, o sorriso, as expressões faciais transmitem confiança e reduzem o medo e a ansiedade; • Sucção não-nutritiva na chucha ou dedo proporciona sensação de prazer e ajuda no controlo do medo; • Falar ou cantar suavemente; • Embalar a criança suavemente em arco; • Sensações corporais de conforto, segurança e contenção dos movimentos de agitação no sentido de dar limite ao corpo, proporcionadas pela mãe;

<p>6 meses a 1 ano</p> <p>O medo e a ansiedade da separação são máximos. O lactente, através das sensações do corpo, integra progressivamente os respectivos limites e compreende que é um ser individual.</p> <p>O início da locomoção permite à criança afastar-se da mãe para explorar o mundo exterior. Há uma diferenciação corporal. Reconhece as pessoas do seu meio e afeiçoa-se de modo particular à mãe.</p> <p>A atenção do bebé dirige-se para objetos que se mexam, com sons e que brilhem.</p> <p>A criança reage a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Separação: protesto (choro, agarra - se aos pais), desespero (desinteressada pelo ambiente, inactiva) e negação (maior interesse pelo ambiente). - Lesão corporal e dor: choro, rigidez ou agitação. - Perda de controlo: desconfiança e diminuição do controlo. Alteração das expressões emocionais (choro e sorriso). 		<ul style="list-style-type: none"> • Toque terapêutico antes dos procedimentos invasivos: massagem. - Usar a distração: brinquedos com cores vivas, com contrastes e que produzam sons. Por exemplo, bolas coloridas, livros com música e texturas em relevo, roca... - Utilizar a música: CDs de música para bebés.
<p>1 aos 3 anos – Desenvolvimento da autonomia e pensamento pré-operacional.</p> <p>Pais – medo e ansiedade máximos à separação.</p> <p>Criança – medo e ansiedade máximos à separação.</p> <p>Capacidade para recordar mas não compreende as experiências hospitalares prévias.</p> <p>Relação de apego bem</p>	<p>Manter as estratégias anteriores.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dotar os pais de informações sobre o que vai acontecer, o que a criança pode experimentar e as sensações e reações que pode apresentar. - Esclarecer dúvidas dos pais. - Manter a presença dos pais / pessoa significativa. - Encorajar a participação destes nos cuidados. - Contenção dos movimentos de 	<p>Envolver os pais / pessoa significativa nos cuidados, respeitando o seu ritmo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Envolver a criança, abraçando-a. - Proporcionar a brincadeira lúdica durante 5 a 10 minutos. • Modelagem (boneco significativo). • Contar a história: «A Martine está doente». • Distração – histórias, canções

<p>desenvolvida; não tem a noção do tempo, da distância; fraca capacidade em suportar a frustração; reduzida capacidade para se expressar verbalmente.</p> <p>Início do pensamento mágico e simbólico. Egocêntrico, não tem a capacidade de estabelecer relações entre as coisas. É capaz de fazer associações simples de ideias.</p> <p>Tem a capacidade de controlar o corpo e o ambiente. Tem prazer em imitar e em repetir as experiências. Repete o jogo com prazer. Aperfeiçoa a relação causa-efeito com os objetos e as pessoas.</p> <p>A criança reage:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Separação: protesto (chora e grita intensamente, podendo cessar com a exaustão); agressão verbal a pessoas estranhas. - Perda de controlo: regressão. - Lesão corporal e dor: choro alto, reação física e localizada, expressão facial de dor e / ou raiva; crises de birras, resistência física, acessos de raiva, agressão física, não cooperação. 	<p>agitação no sentido de dar limite ao corpo e proporcionar conforto e segurança à criança.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desencorajar a regressão. - Enfatizar a cooperação da criança: ordens simples e individuais. - Estimular a autonomia nos cuidados corporais. - Manter ou estabelecer as rotinas diárias nas atividades de vida. - Ajudar a criar consciência de si. Procurar incluí-la nas conversas. - Manter os objetos ameaçadores fora do campo de visão. - Explicar os procedimentos aos pais e à criança, utilizando uma linguagem adequada à compreensão destes.. - Permitir o manuseamento do <i>kit</i> de material lúdico-pedagógico. - Estimular a participação nos procedimentos. - Avisar quando termina o procedimento. 	<p>de embalar, canções infantis, jogos de encaixe.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar técnicas de relaxamento: • Respiração diafragmática. Exemplo: bolas de sabão; apitos coloridos tipo «língua da sogra», moinhos de vento;
<p>4 aos 6 anos – Pensamento pré-operacional e intuitivo. Desenvolvimento da iniciativa.</p> <p>Medo e ansiedade causam sentimentos de culpa; tolera mais facilmente a separação; percebe os procedimentos invasivos como uma punição, fantasiando medos irreais; preocupa-se com a integridade física.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar / informar os pais e a criança separadamente, quando possível. Utilizar uma linguagem com termos que não sejam susceptíveis de levar a criança a interpretações erradas; - Manter a presença dos pais ou pessoa significativa. - Permitir o manuseamento do <i>kit</i> com material lúdico-terapêutico, esclarecendo 	<p>Proporcionar o brincar terapêutico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar a história «Martine está doente». • Modelagem ou dramatização iniciada cerca de 5 minutos antes do procedimento, com a duração de 10 minutos na sua execução– uso de fantoches, bonecos, playmobil do hospital, kit sem trauma de preparação para procedimentos dolorosos.

<p>Orientado para os rótulos de bom e mau.</p> <p>A criança reage:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Separação: protesto; transferência de sentimentos; desespero, agressão física e verbal, negação. - Perda de controlo: regressão. - Lesão corporal e dor: culpabilização; choro alto, gritos, verbalizações «ai», «dói», agarra - se aos pais / pessoa significativa, enfermeira, solicita suporte emocional (abraço, mimos). 	<p>dúvidas e receios.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar palavras neutras para descrever os procedimentos. - Estimular a verbalização de ideias e emoções. - Afirmar diretamente que os procedimentos nunca são uma forma de punição. - Encorajar a participação na tomada de decisões. - Esclarecer o porquê dos procedimentos. - Questionar o que pensa sobre o motivo da realização do procedimento. - Elogiar a ajuda e a cooperação (nunca envergonhá - la pela falta de cooperação). - Manter os objetos ameaçadores fora do campo de visão, excepto quando mostrados ou usados nela. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenho da silhueta corporal ou recurso ao livro “O corpo humano” para identificar o local do procedimento. - Ensinar técnicas de relaxamento: • Respiração abdominal ou diafragmática (usar apitos tipo «língua da sogra»); • Contração e descontração muscular progressiva dos membros com recurso a bolas anti-stress; • Posicionamento de conforto. - Usar técnicas de distração: histórias, canções e rimas infantis; visualização de vídeos lúdicos; jogos, «puzzles». - Ensinar estratégias de confronto: auto - instrução e pensamento positivo, associadas a técnicas de relaxamento. - Contrato comportamental: informal ou formal, recompensa e elogio.
<p>7 aos 11 anos – Pensamento concreto. Desenvolvimento da sensação de atividade.</p> <p>Facilidade em expressar os medos; tolera bem a separação; compreende bem as regras.</p> <p>Tem o conceito de permanência. É capaz de lidar com vários aspectos da mesma situação; de solucionar problemas. Tem um raciocínio indutivo.</p> <p>A criança reage:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Separação: pais e pares-protesto; medo de não serem capazes de competir com os pares nas atividades 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar os procedimentos, usando terminologia científica. - Explicar os motivos para o procedimento. - Explicar, em termos concretos, a função e o funcionamento do equipamento. - Permitir o manuseamento do equipamento. - Esclarecer dúvidas e questões. - Proporcionar privacidade. - Solicitar a cooperação da criança. - Comunicar à criança o que se espera dela. 	<p>Utilizar a brincadeira terapêutica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar o livro do «Corpo Humano»; • Usar diagramas simples de anatomia e fisiologia; • Dramatização antes dos procedimentos. - Ensinar técnicas de relaxamento: • respiração lenta ou profunda; • respiração diafragmática; • ciclo respiratório; • contração e descontração progressiva dos membros: bolas

<p>escolares.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perda de controlo: dependência; solidão; isolamento; apatia; depressão, raiva; hostilidade, frustração, sono excessivo, hábitos televisivos excessivos. - Lesão corporal e dor: medo da incapacidade e morte; medo de procedimentos na área genital (mutilação); aceitação passiva da dor; comunicação acerca da dor; tentativa de adiar; rigidez; procura informação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir a responsabilidade de executar tarefas simples (segurar o adesivo). - Envolver na tomada de decisão. - Incentivar a participação ativa nos cuidados. - Permitir que colabore com o enfermeiro nos cuidados de crianças mais pequenas, exemplo: dar a fralda, ajudar a estimular o sorriso. - Reforçar a auto-estima. - Ajudar a criar uma imagem positiva de si própria. - Estimular a realização de atividades lúdicas da sua preferência e que lhe proporcione prazer. 	<p>coloridas anti - stress;</p> <ul style="list-style-type: none"> • posicionamento para conforto; • utilização de métodos físicos: calor ou frio. - Usar técnicas de distração: histórias; visualização de vídeos lúdicos; imaginação guiada combinada com relaxamento; jogos: «puzzles», «sudoku»; música da preferência da criança. - Ensinar estratégias de confronto: auto-instrução («vai correr bem; estou quase a ir para casa» e pensamento positivo «eu consigo controlar-me, sou capaz») associadas a técnicas de relaxamento. - Contrato comportamental: informal ou formal (escrito). Definir o comportamento de cooperação a efetuar num determinado tempo e definir as regalias a que ganha direito, recompensa e elogio. - Aplicar técnicas de estimulação cutânea: fricção simples e ritmada de uma parte do corpo, uso de pressão, de massagem; aplicação de calor ou frio, por exemplo um cubo de gelo na área oposta à realização do procedimento.
<p>12 aos 18 anos – Desenvolvimento da identidade. Pensamento e raciocínio abstrato e formal.</p> <p>Medo da alteração da imagem corporal, de perder o controlo, da morte e da incapacidade.</p> <p>Pensamento operacional formal. É capaz de utilizar símbolos abstratos, formular hipóteses e testá-las.</p> <p>Esforço pela independência e identidade de grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir a privacidade. - Ser tratado como um ser separado dos pais. - Envolver na tomada de decisões. - Minimizar as restrições. - Encorajar a expressão de emoções e ideias. - Explicar os procedimentos e as razões pelas quais os procedimentos são necessários ou benéficos. - Explicar as consequências dos 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar técnicas de relaxamento: • respiração lenta ou profunda; • respiração diafragmática; • ciclo respiratório; • contração e descontração progressiva dos membros: bolas coloridas anti-stress; • posicionamento para conforto; - Usar técnicas de distração: livros, visualização de vídeos lúdicos; imaginação guiada combinada com relaxamento;

<p>Necessidade de informação, de conformidade, de dignidade, de privacidade e de espaços adequados ao respetivo estágio de desenvolvimento. Desenvolvimento da sexualidade.</p> <p>O adolescente reage:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Separação: pares – depressão, solidão e tédio. - Perda de controlo: rejeição, coloca em questão a adequação dos cuidados, pode demonstrar uma atitude de confiança excessiva. - Lesão corporal e dor: autocontrolo, autoafirmação; coopera nos procedimentos, descreve as experiências de dor e é capaz de usar os instrumentos de autoavaliação da dor, relutantes em verbalizar espontaneamente a dor, apresentando uma pseudo-tranquilidade ou irritabilidade. Tensão muscular e controlo corporal aumentados. 	<p>procedimentos a longo prazo ou que afetem a aparência.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimular o questionamento em relação a medos (morte, incapacidade), opções e alternativas. - Discutir as implicações na imagem corporal. - Aceitar as regressões. - Permitir a relação entre pares que foram submetidos ao mesmo procedimento. - Compreender o medo da morte e da incapacidade. - Sugerir métodos de manutenção do controlo. 	<p>jogos, «puzzles», «sudoku».</p>
---	--	------------------------------------

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boas práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. 2 (3), Anexo 2, p.53.

No seguimento deste raciocínio, os cuidados atraumáticos fazem sentido em enfermagem pediátrica, na medida em que “dizem respeito ao fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, no sistema de cuidados de saúde” (Barrera & Hockenberry, 2014, p. 11). Os cuidados atraumáticos começam logo no acolhimento e na comunicação com a criança e pressupõem que exista uma promoção do desenvolvimento e do bem-estar da criança. Remetem para a importância de um ambiente agradável, acolhedor e confortável, fundamental em contexto pediátrico para a minimização do impacto emocional da hospitalização, sendo um cartão de boas-vindas, que tem influência desde o acolhimento e deve persistir ao longo da hospitalização. Diogo (2015) enfatiza esta ideia ao referir que quando se fala em ambiente, fala-se não só de todo um contexto físico, englobando recursos materiais e atividades realizadas, como também, dos aspectos sociais, relacionais e emocionais que envolvem a hospitalização da criança e jovem.

Segundo o Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança (2013), a dor na criança apresenta uma enorme variabilidade na forma como se expressa, devido às especificidades de cada grupo etário. À experiência de dor nas crianças estão frequentemente associados o medo e a ansiedade, fatores que dificultam não só a avaliação da dor mas também a tomada de decisão dos profissionais de saúde quanto à intervenção. É fundamental que o enfermeiro, em parceria com os pais, saiba avaliar e interpretar o estado emocional da criança, de forma a intervir corretamente.

As medidas não farmacológicas são geralmente intervenções de carácter psicológico, descritas como eficazes em situação de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou complemento dos analgésicos, uma vez que potenciam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança e da família. A sua seleção deve ter em conta o desenvolvimento cognitivo da criança, as suas preferências, bem como o contexto envolvente e a situação específica (OE, 2013).

Intervenções não farmacológicas no controlo da dor aguda em recém-nascidos (OE, 2013):

- Redução da incidência de luzes sobre o recém-nascido (RN);
- Redução do ruído ambiente (silêncio, diminuição dos alarmes sonoros dos monitores);
- Preservação dos períodos mais prolongados de sono e repouso - concentração de manipulações;
- Posicionamento adequado do RN (contenção em "ninhos", embalo)
- A sucção não nutritiva- o uso da chupeta inibe a hiperatividade e modula o desconforto do recém-nascido. A solução adocicada (Sacarose a 24%) diminui o tempo de choro e atenua a mímica facial de dor, através da libertação de endorfinas endógenas.
- O método canguru
- Contato físico dos pais com o RN

Intervenções não farmacológicas no controlo da dor nas crianças/adolescentes (OE,2013):

- Fornecimento de orientações antecipatórias: a informação sobre os procedimentos a realizar é um dever dos enfermeiros e um dos direitos da criança. A informação deve ser adequada à idade da criança, coincidindo com o momento em que é realizado o procedimento, uma vez que crianças com idade inferior a seis ou sete anos não

retêm informação por mais de uma hora. Esta informação implica explicar à criança as etapas do procedimento e/ou sensações por ele provocadas (informações simples, claras, honestas), através de desenhos, vídeos ou manipulação do equipamento, de forma a reduzir a ansiedade e medo e aumentar o autocontrolo da criança.

- Distração – técnica que direciona a atenção para situações não relacionadas com o procedimento doloroso (leitura, vídeos, brinquedos sonoros, fantoches, exercícios de respiração), sendo útil aquando de procedimentos dolorosos de curta duração.
- Utiliza-se a leitura, o contar histórias, jogos simples, bolas de sabão, moinhos de vento, para crianças dos dois aos cinco ou seis anos. A partir dos seis anos, as crianças podem ser distraídas com jogos, música, televisão e contos.
- Nos adolescentes pode recorrer-se à comunicação sobre acontecimentos anteriores, presentes ou futuros e estratégias de relaxamento, o que contribuirá para descentrar o seu pensamento do procedimento (Anexo 1 e 2).
- O envolvimento ativo da criança no procedimento doloroso pode facilitar o seu comportamento como, por exemplo, falar sobre as suas preferências, dentro de alternativas possíveis e com aprendizagem de autocontrolo na situação (falar, respirar profundamente, escolher autocolantes).
- Reforço positivo: técnica que envolve o elogio da criança ou recompensa após procedimentos dolorosos.
- Simulação ou modelação: demonstração e/ou simulação do procedimento por outra criança ou adulto, demonstrando comportamentos de confronto positivo da situação. Possibilita à criança realizar procedimentos, recorrendo a instrumentos reais ou de brincar, à medida que treina estratégias de confronto da dor como, por exemplo, o teatro, com antecipação da situação real.
- Exercícios de relaxamento muscular: Os exercícios de respiração diafragmática são de fácil compreensão e colocados em prática num curto espaço de tempo, a partir dos dois anos.
- Aplicação de calor na zona dolorosa através de compressas ou bolsas térmicas, promove a circulação sanguínea e produz efeitos analgésicos locais devido à ativação do sistema supressor da dor e ao relaxamento muscular.
- Posicionamentos

O **Kit Sem Trauma** surge como um instrumento que permite operacionalizar as estratégias supracitadas, através do brincar com intencionalidade terapêutica, e é sustentado pelo guia orientador de boas práticas da Ordem dos Enfermeiros (2011, 2013).

É de salientar que outra das importantes perdas decorrentes da hospitalização da criança é a separação da do seu mundo mágico da brincadeira. Brincar é a atividade mais

importante da vida da criança e é essencial para o seu desenvolvimento físico, emocional, mental e social. A mobilização das atividades de brincar nos cuidados de enfermagem implica a necessidade de considerar a disponibilidade da criança atendendo à sua vontade e interesse na decisão de qual o momento, espaço e forma da atividade a realizar, agindo sempre em negociação com a mesma, tal como vem preconizado na Carta da Criança Hospitalizada (2000) e nos documentos reguladores da prática de cuidados de enfermagem. As atividades de brincar permitem, igualmente, a desmistificação de medos na criança face às diferentes situações decorrentes da hospitalização, nomeadamente, quanto aos procedimentos. Segundo Pereira, Nunes, Teixeira e Diogo (2010), esta atividade de brincar é operacionalizada através de um conjunto variado de estratégias: promover o confronto/coping, favorecer o relaxamento durante os procedimentos, incrementar o sentimento de controlo, promover o sentimento de segurança, facilitar a aproximação, promover a expressão emocional, minimizar o sentimento de solidão, promover a distração durante os procedimentos e desmistificar os medos. Estas estratégias atuam diretamente no estado emocional das crianças gerando bem-estar e segurança e, ainda, aprendizagem e crescimento.

A brincadeira “centra-se no que a criança se encontra a viver ou experimentou anteriormente e serve-se da brincadeira para partilhar informação em ambos os sentidos: do enfermeiro para a criança e da criança para o enfermeiro” (OE, 2013) e é muito útil no momento da admissão ao hospital e na preparação para procedimentos.

Para estabelecer a brincadeira lúdica e terapêutica é necessário utilizar como recurso o brinquedo terapêutico, considerando que é um brinquedo estruturado para facilitar a expressão de sentimentos, suavizar o impacto de experiências desconhecidas e stressantes, permitir assimilar novas situações e compreender a necessidade dos procedimentos a realizar durante a hospitalização. Desta forma, uma das finalidades do brinquedo terapêutico é a preparação da criança para os procedimentos invasivos, possibilitando o manuseamento dos materiais que irão ser usados e dando primazia à comunicação entre a criança e o enfermeiro (Ibidem)

O brinquedo terapêutico apresenta-se como um instrumento fundamental na prática diária do cuidar em pediatria, pois é um excelente meio de expressão de emoções, auxiliando na comunicação e estabelecimento de uma relação terapêutica entre enfermeiro-criança. Constitui ainda uma ajuda preciosa na preparação para a realização de procedimentos, promovendo desta forma uma outra visão em relação ao hospital e à hospitalização, tal como menciona Martins et al (2001). Barros (2003) sublinha que “(...) uma experiência hospitalar positiva é a melhor preparação para experiências posteriores do mesmo tipo.” (p. 75). A estabilidade emocional que a criança manifesta durante e após as

atividades de brincar incorporadas na interação de cuidados, que potencia a adaptação à situação, conduz a uma experiência de hospitalização positiva. Em suma, o desafio da enfermagem pediátrica é então compreender os fatores potenciais geradores de stress de cada grupo etário de crianças, aceitar as reações comportamentais e prestar o apoio e a assistência necessários para que a crise seja enfrentada com sucesso. É neste sentido, de uma enfermagem avançada, que foi desenvolvida uma abordagem centrada na brincadeira lúdica e terapêutica na sala de tratamentos, através da implementação de um Kit sem Trauma com artigos alusivo ao brincar terapêutico (Apêndice 1.).

1.2.2 Gestão de experiências emocionais intensas na criança e família em situação de doença, traumatismo ou hospitalização

Independentemente do ambiente em que a criança se encontra, o cuidar da criança foi-se modificando ao longo dos tempos, sendo a parceria de cuidados fruto dessa evolução, sugerindo uma filosofia de cuidar em enfermagem pediátrica assente no pressuposto de que a família é o “alvo de cuidados” e que os cuidados devem ser organizados e centrados nas necessidades familiares. Se ao profissional de enfermagem este modelo permite desenvolver a capacidade de escuta, comunicação e relação terapêutica, à família dá a possibilidade de autonomia e expressão de sentimentos/preocupações, principalmente quando a mesma se depara com os obstáculos característicos do diagnóstico de uma doença crónica nos filhos. É então condição indispensável capacitar a família, para que esta esteja dotada de suporte físico, emocional e de capacidades técnicas e cognitivas de forma a desempenhar adequadamente o seu papel nos cuidados prestados. Assim, em Pediatria, já não faz sentido que a prática de enfermagem não tenha por base os cuidados centrados na família, nem a promoção da parceria de cuidados, tal como o Regulamento no 123/2011 prevê: que por um lado, o Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do jovem “utilize um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” e por outro que “trabalhe em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, para promover o mais elevado estado de saúde possível”.

Segundo Diogo et al. (2015), os enfermeiros, desenvolvendo uma intervenção no sentido de oferecer à criança e à família um cuidado humanizado, reconhecem e identificam os principais comportamentos esperados quando a criança vive uma experiência de crise, e as respostas, comportamentos e estratégias de confronto que diferem consoante o estágio de desenvolvimento da criança.

No seguimento desta raciocínio, a presença da família, geralmente promove e mantém a inter-relação criança/família/equipa, minimizando os efeitos negativos decorrentes da

separação, maximizando a sua adaptação à situação de doença e hospitalização; facilita a aceitação dos procedimentos e ameniza os fatores stressantes da doença, dos procedimentos e da hospitalização.

A criança interpreta as experiências de doença, hospitalização e procedimentos dolorosos, atribuindo causas e antecipando consequências, de acordo com as suas competências e o seu nível de desenvolvimento sociocognitivo e emocional. Por um lado, as crianças mais pequenas tendem a não antecipar tanto o sofrimento, mas em contrapartida podem reagir violentamente, de forma disruptiva, à aproximação dos enfermeiros ou quando é necessário realizar um procedimento (Diogo, 2015). Barros (2003) reforça esta ideia ao referir que as crianças quando não compreendem podem interpretar inadequadamente os acontecimentos e as explicações, e ficarem ansiosas e pouco colaborantes. Por outro lado, as crianças mais velhas e jovens antecipam o sofrimento mas possuem estratégias mais elaboradas para lidar com os eventos. Porém, no fim da infância estes comportamentos diminuem de intensidade (Hockenberry & Wilson, 2014).

A capacidade de coping (de lidar com as emoções) resulta da fase de desenvolvimento da criança, do seu temperamento, do contexto em que está inserida e das oportunidades disponíveis, nomeadamente das expectativas positivas que os pais e outros educadores tiverem relativamente a ela, dos modelos disponíveis, mas também das experiências prévias positivas ou negativas, bem ou mal resolvidas. A maioria das crianças aceita as novas experiências e adapta-se com facilidade às mudanças de rotinas. No entanto, existem outras que são mais lentas a fazê-lo ou, mesmo, que lhes respondem negativamente (Ibidem). As crianças, com menos de seis anos, são mais vulneráveis à crise acima descrita, pois esta envolve a saída do seu ambiente familiar para outro desconhecido e assustador, a alteração de rotinas, a separação de familiares e amigos que lhe são queridos, o enfrentamento de pessoas estranhas que lhe infligem procedimentos dolorosos e ameaçadores e a incerteza relacionada com a anestesia, a cirurgia e os resultados do procedimento.

Na **idade pré-escolar**, as crianças apresentam uma maior segurança, tolerando por isso pequenos períodos de afastamento dos pais, substituindo esta presença por outro elemento adulto. Porém, o stress da doença geralmente torna os pré-escolares menos capacitados para lidar com a separação, manifestando por isso muitos comportamentos de ansiedade, sendo um pouco mais subtis e ténues comparativamente à idade anterior. Assim, os pré-escolares podem recusar alimentar-se e dormir, partir brinquedos, agredir outras crianças e perguntam frequentemente pelos pais quando estes se ausentam.

Nesta faixa etária, as crianças apresentam ainda o mesmo stressor de perda de controlo, manifestada pelo não cumprimento das suas rotinas diárias, no entanto

acrescentam às manifestações dos toddlers o seu pensamento mágico que limita as suas capacidades de compreender as experiências a partir das suas próprias experiências egocêntricas. Se não existir uma preparação prévia para os procedimentos, e para a própria hospitalização, as justificações que os pré-escolares encontram são sempre mais bizarras, exageradas e assustadoras do que os factos em si. Uma das justificações bastante presentes é que estão no hospital porque fizeram alguma coisa errada e por isso estão de castigo, havendo como resposta a esta justificação por parte da criança o sentimento de medo, a vergonha e a culpa (Hockenberry & Wilson, 2014). O seu pensamento pré-operacional só os deixa entender as explicações reais, sendo que a verbalização se torna insuficiente, pois as crianças são incapazes de se abstrair e sintetizar para além do que o que os seus sentimentos lhes dizem. É nesta fase que o medo da bata branca está mais presente devido ao pensamento transdutivo, pois se um enfermeiro está associado a procedimentos dolorosos, então todos os enfermeiros e todos os que usem farda branca causam dor.

Os **escolares** procuram a independência e a produtividade, e por isso são extremamente sensíveis aos eventos que lhes diminuam o poder e o controlo. Particularmente, como stressores temos as funções familiares alteradas, a incapacidade física, o medo da morte, abandono ou lesão permanente, afastamento dos amigos, falta de produtividade, não conseguir lidar com as situações de crise. Para os escolares a higiene no leito, o transporte em cadeira de rodas, a restrição de levante são experiências que os podem chocar pela falta de privacidade e controlo, pois eles querem 'ser e portar-se como os adultos'. Uma das estratégias a utilizar com estas crianças é torna-los ativos, tanto quanto possível, deixando-os muitas vezes fazer a sua cama, auxiliar na sua higiene, escolher a refeição e outras atividades (Hockenberry & Wilson, 2014).

Nas crianças em **idade escolar e nos adolescentes**, destaca-se os medos relacionados com a separação da família e dos amigos, os ambientes desconhecidos, os procedimentos, e por último a perda da sua autodeterminação e de controlo sobre a sua vida (Hockenberry & Wilson, 2014). As crianças em idade escolar que recentemente se desligaram do foco da vida familiar, iniciando a sua vida escolar, estão ainda a atravessar uma fase de crise, reajuste e transição, o que constitui um fator que influencia a hospitalização.

A constante luta dos **adolescentes** para adquirir independência, autoafirmação e liberdade, centralizam-se na busca de identificação pessoal. Todos os fatores que interferirem com estas questões vão resultar em um sentimento de perda de controlo. A doença que limita a sua capacidade física e a hospitalização que o separa dos seus sistemas de apoio habitual constituem as principais crises emocionais no adolescente. A

condição de cliente de cuidados num serviço hospitalar de urgência promove a dependência e a despersonalização, podendo os adolescentes reagir com rejeição, falta de cooperação, isolamento, raiva e frustração. Os pais podem não ser uma fonte de ajuda, pois estamos a retirar ainda mais a capacidade do adolescente ser autónomo, e mesmo com a visita dos amigos esta pode não ser suficiente para lhe oferecer o apoio e orientação necessários. Assim, os adolescentes podem sentir que ficam sem nenhum apoio. Como estratégia o enfermeiro adequa a sua linguagem à do adolescente e dialoga frente a frente, explicando o que vai acontecer e como este pode ajudar e cooperar na situação, assumindo por isso o controlo da mesma (Hockenberry & Wilson, 2014).

Em suma, os stressores da hospitalização podem originar nas crianças e jovens experiências negativas a curto e a médio prazo, sendo que as repercussões adversas podem estar relacionadas com o tempo de permanência no serviço de urgência, com os múltiplos procedimentos invasivos e com a ansiedade dos cuidadores familiares. Os efeitos mais sentidos são a regressão, ansiedade, medo, apatia e distúrbios do sono. Se a hospitalização for vivida pela criança e jovem de forma positiva, para além de a mesma recuperar da doença, poderá ainda sentir-se capaz (promove a autoestima) por ter ultrapassado esta situação de crise, sabendo reagir aos fatores de stress que daqui surgiram (Diogo et al., 2015).

Deste modo, o enfermeiro enquanto gestor de experiências emocionais intensas da criança e da família, pode promover a expressão de emoções negativas e perturbadoras; a capacidade de organização de experiências emocionais permite que a criança desenvolva uma identidade adaptativa que vai revelar-se essencial na sua vida (Diogo, 2015). Para que esta gestão emocional caracterize os cuidados de saúde, torna-se essencial que os enfermeiros adotem estratégias específicas com centralidade no próprio e no outro – o desempenho do trabalho emocional (Smith, 2012). O impacto da experiência desconhecida, que é a doença, pode originar sentimentos de medo, culpa, angústia, depressão e apatia tanto na criança, como nos seus cuidadores, conduzindo a que os pais sintam necessidade de recorrer ao serviço de urgência de pediatria.

A triagem constitui a primeira interação que os enfermeiros desenvolvem com a criança e com os seus pais, onde é possível iniciar um contacto acolhedor, transmitindo confiança aos pais, fazendo-os sentir que são bem-vindos e que existe disponibilidade para responder às suas necessidades. Este é apenas o primeiro passo para incutir na criança e nos seus cuidadores um sentimento de confiança e empatia com a equipa multidisciplinar, que irá influenciar positivamente toda a relação terapêutica e a prestação de cuidados (Fernandes, 2012). É na área da **triagem** que os pais podem ser informados sobre:

- O processo de atendimento e a dinâmica do serviço, caso estes ainda não estejam familiarizados com a mesma.
- É também muito importante a informação aos cuidadores que a prioridade do atendimento é por gravidade e não por ordem de chegada, e que a cor da pulseira atribuída não significa necessariamente ter de ficar o tempo de espera máximo referente a essa cor. Este aspeto assume extrema relevância pela possibilidade de observar nos contextos como a cor da pulseira se pode tornar um fator bastante influente na ansiedade dos pais, o que conduz frequentemente a questões sobre o porquê dos seus filhos não serem mais prioritários que outras crianças.
- Adequar e adaptar diferentes estratégias de comunicação mediante o tipo de criança e família, privilegiando uma comunicação mais próxima dos pais, evitando assim possíveis situações de tensão, geralmente causadas pela ansiedade e falta de respostas verbalizadas ou manifestadas pelos pais (Fernandes, 2012).

Relativamente à **Sala de Tratamentos e Unidade de Internamento de Curta Duração** (UICD), o enfermeiro pode ter uma intervenção fundamental na redução da experiência traumática da criança, do jovem e da família:

- Na especificidade do contexto de urgência, existem situações em que o tempo de atendimento poderá ser mais prolongado, pelo que os enfermeiros têm sensibilidade face à ansiedade e medo que tal poderá representar para a criança e para os seus pais, procurando tranquilizar e informar o porquê dessa demora. São frequentemente situações como estas que podem originar tensão entre o sistema familiar e a equipa de saúde e até comprometer toda a relação terapêutica construída até ao momento.
- Informar os cuidadores da criança sobre os tempos de espera, relativamente a resultados de exames por exemplo, para que estes possam estar preparados e consigam gerir as suas atividades de forma mais atempada (Fernandes, 2012).
- Incentivar a participação para a manutenção do sentimento de controlo (exceção: risco de vida). Contudo, por vezes e devido à agitação inerente aos serviços de urgência, a prestação de cuidados é realizada de forma acelerada sem que haja espaço para esta participação. No entanto, é necessário algum tempo de investimento na interação, antecipadamente, para permitir que as crianças colaborem no procedimento e nos que se seguem, reduzindo tempo posteriormente na tentativa de as acalmar e na gestão emocional, minimizando assim o seu sofrimento.
- Garantir a privacidade, aceitar as respostas emocionais de dor e medo, preservar o contacto entre a criança e os pais, explicar os efeitos antes, durante e após os procedimentos, e o próprio enfermeiro transmitir uma atitude calma e responsável.

Este trabalho emocional (Diogo, 2015) envolve ainda avaliar o que a criança pensa e sente na experiência de hospitalização e procedimentos realizados.

Quando a família se encontra vulnerável, necessita de alguém que a faça sentir-se segura, de alguém em quem confie, que a compreenda, que mostre que a entende e que revela empatia e proximidade para com a experiência de saúde-doença. Na relação de cuidados, é fulcral que o enfermeiro transmita calma e tranquilidade, mantendo-se atento e focado na gestão da doença e na recuperação do bem-estar da criança, valorizando a criança e contribuindo para que se sinta segura e especial, e valorizando ainda as competências dos pais no cuidado à criança, considerando-os como peritos e parceiros na tomada de decisões relativamente ao processo de cuidados (Hockenberry & Wilson, 2014).

Segundo Ball, Bindler e Cowen (2014), uma comunicação adequada é uma das estratégias que o enfermeiro pode utilizar para acolher sem trauma:

No recém-nascido, lactente e família:

- Incentivar a presença dos pais no ângulo de visão da criança durante os cuidados e procedimentos;
- Evitar retirar a criança do colo dos pais;
- Falar com tom de voz suave;
- Estabelecer contacto visual com a criança mas quando ela o evita, ser sensível à necessidade de um período de relaxamento da criança;
- Evitar a inclinação sobre a face da criança e o falar num tom enérgico e forte;
- Usar o afeto (abraço e embalo) para acalmar a criança quando chora;
- Comunicar através do brincar (brincar terapêutico);
- Compreender que a ansiedade face a estranhos pode ocorrer entre os 6 e os 12 meses.

No Toddler ou Pré-escolar:

- Reconhecer a criança mas interagir com os pais antes de comunicar com ela, o que permite que a criança se adapte à presença da(o) enfermeira(o);
- Comunicar com a criança ao nível dos seus olhos;
- Utilizar linguagem simples e frases curtas;
- Ser honesta(o) nas respostas fornecidas à criança;
- Evitar discutir assuntos ameaçadores na frente da criança;
- Incentivar a criança a envolver-se no jogo imaginativo com bonecos, desenhos ou fantoches para expressar emoções e pensamentos;
- Encorajar o jogo paralelo nos toddlers e o associativo e dramático nos pré-escolares;
- Dar oportunidade para que a criança coloque questões;

- Fornecer tempo adicional para que a criança expresse pensamentos sem interrupções;
- Oferecer ao toddler escolhas sempre que possível.

No Escolar:

- Explicar todos os procedimentos, técnicas e acontecimentos;
- Falar diretamente com a criança;
- Ser honesta(o) nas respostas à criança;
- Encorajar a criança a expressar sentimentos e pensamentos através do desenho, escrita, pintura;
- Utilizar a técnica da terceira pessoa (ex. “Algumas vezes as crianças costumam dizer-me que têm medo da cirurgia”) para encorajar a criança a admitir medos ou aprender sobre a situação perguntando sobre as outras crianças.

No Adolescente:

- Usar uma abordagem direta e explicar o propósito da interação
- Encorajar a participação do adolescente recorrendo a um tópico não relacionado com a saúde;
- Tranquilizar o(a) adolescente, ao afirmar que não terá de falar sobre nada enquanto não se sentir preparado;
- Evitar expressões ou comentários que manifestem desaprovação ou surpresa;
- Ter presente legislação e limites da confidencialidade. Informar o(a) adolescente que algo que afete a sua segurança imediata deverá ter de ser comunicado aos pais (ex. ideação suicida);
- Dar ao adolescente a possibilidade de falar em privado com o enfermeiro sem a presença dos pais.

Por outro lado e de acordo com Diogo et al. (2015), as **estratégias de gestão emocional** (trabalho emocional com centralidade na criança/família) que o enfermeiro pode recorrer são:

- A preparação para os procedimentos, fornecer explicações/informações, favorecer espaços de expressão de sentimentos, dar reforço positivo, designadas de estratégias de antecipação contrapondo com as reativas (Diogo, 2015);
- Distração e recreação, nas suas diferentes formas é um recurso intrínseco e constitui uma necessidade do adolescente que contribui para acalmar ou evadir de pensamentos e sentimentos que o perturba, pelo que falar com o adolescente sobre temas do seu agrado como a escola, amigos, família, atividades de tempos livres, e incentivar a escrita ou a música (Zengerle-Levy, 2004). A música, como redutora do stress e estímulo imunitário pode ser uma terapia adjuvante das medidas farmacológicas. Esta é também

um veículo de comunicação e enriquecedor do ambiente, potenciando a recuperação/equilíbrio – healing – e o bem-estar (Zengerle- Levy, 2004).

- Utilizar o humor pode ser também uma forma de quebrar o gelo (Diogo, 2015);
- O contato com o exterior também deve ser estimulado, especialmente com o grupo de amigos (Hockenberry & Wilson, 2014), que poderão ser um suporte essencial numa situação de doença e hospitalização.
- A atividade lúdica no ambiente hospitalar é também um fator atenuante das possíveis vivências negativas, permitindo “a expressão de medos, liberta energias e envolve os outros (...) [para além de] restabelecer uma conexão com o ambiente e a sua vida antes da lesão [hospitalização].” (Zengerle-Levy, 2004, p.1267).

Relativamente às respostas emocionais das crianças aos procedimentos dolorosos, estas podem ser intensas, prolongadas e causadoras de danos, pelo que os cuidados de enfermagem devem também ter como foco as experiências emocionais, as estratégias de confronto e os modos de ajuda na gestão do estado emocional da criança e da família. Alguns procedimentos de enfermagem têm o potencial de constituir momentos emocionalmente intensos e por isso stressantes para a criança, não só por estarem associados à dor mas também pelo desconhecimento, daí que se revele necessário favorecer o relaxamento da criança através do desenvolvimento de acções/interacções que visem a diminuição da sua ansiedade. Dar à criança a possibilidade de escolher algo no procedimento é, segundo Brennan (1994), importante para que esta se sinta implicada e que tem algum controlo sobre a situação, e que funciona como uma estratégia de antecipação. O local da punção, o autocolante e o ritmo da administração de terapêutica podem ser influenciados pela criança, o que parece ter efeitos positivos no seu comportamento, acalmando-a.

No entanto, existem interações emocionalmente mais intensas, principalmente nas **crianças com doença crónica** em que as hospitalizações são repetidas e os procedimentos dolorosos mais frequentes. Nesta situação, a promoção da expressão emocional torna-se ainda mais relevante. Porém, esta gestão emocional nem sempre é um processo simples para a criança, tendo os enfermeiros especial importância na sua capacitação e na promoção de estratégias de coping emocional. Se por vezes e de acordo com Soveral (2009), as crianças com cancro (doença crónica) sujeitas a frequentes e/ou longos internamentos e a múltiplos procedimentos dolorosos parecem apresentar maturidade/habituação ao sofrimento, traduzindo-se numa menor reatividade negativa aos procedimentos dolorosos e ao internamento, e carecendo apenas do tipo de gestão emocional de antecipação (Diogo, 2015), verifica-se que o inverso também acontece,

existindo clientes que dificilmente se adaptam à situação por possuírem experiências traumáticas anteriores ou por se encontrarem a vivenciar um retrocesso ou ausência de melhoria da doença, sendo o tipo de gestão das emoções reativas o predominante (Ibidem).

É de ressaltar que “esta emocionalidade excessiva pode contribuir para o agravamento da doença ou inibição da recuperação” (Joyce-Moniz & Barros, 2005, p. 21). Diogo (2015), no seu estudo, refere que as crianças que revelam melhor autocontrolo, isto é, que conseguem atenuar a emocionalidade excessiva, conseguindo manter-se calmas e adaptar-se à situação de doença e hospitalização, sofrem menos e recuperam mais facilmente, justificando-se assim a importância do trabalho emocional. A vivência de hospitalização da criança, caracterizada por uma emocionalidade negativa intensa, pode levar a problemas futuros em situações em que esta tenha de lidar novamente com stressores relacionados com cuidados de saúde, e pode também ter repercussões no seu desenvolvimento com sequelas psicopatológicas durante a adolescência (Barros, 2003).

Hockenberry e Wilson (2014) salientam que perante um filho doente, a mãe, o pai ou outro familiar têm significações de uma doença que não é sua, o que é acompanhado de uma emocionalidade excessiva associado à possibilidade de perda. A antecipação do pior e do sofrimento do seu filho é grandemente responsável por estas vivências emocionais que constituem o próprio sofrimento dos pais. Já a criança e o jovem possuem significações negativas associadas, predominantemente, aos procedimentos dolorosos que ficam na memória mesmo das crianças muito pequenas, porém não antecipam tanto o sofrimento como os seus pais (Ibidem). Assim é importante que os enfermeiros compreendam estes fatores para que com recurso ao trabalho emocional tornem a experiência de doença/hospitalização menos perturbadora.

O reajuste de papéis e da estrutura familiar, o tipo de problemas a resolver e as estratégias de coping a utilizar, podem ser as mesmas quer numa situação de hospitalização por doença aguda, como numa de doença crónica. Contudo, é importante relevar que nas doenças de início súbito, as mudanças comportamentais e afetivas requerem dos pais uma rápida mobilização das suas competências para lidar com a situação de crise, enquanto nas doenças de aparecimento prolongado (crónicas) o período de adaptação é, ou pode ser, maior (Jorge, 2004). Porém, a hospitalização e a necessidade de intervenção cirúrgica funcionam sempre como grandes factores de stress emocional quer para a criança quer para a sua família, como é exemplo o diagnóstico de uma apendicite aguda a uma criança. Por outro lado, a doença crónica embora permita à família adaptar-se calmamente, exige uma maior mobilização, a longo prazo, de recursos familiares (Alarcão, 2006), e por isso de uma intervenção continuada por parte dos enfermeiros, por forma que, as significações de doença crónica sejam “atenuadas”, passando a ter uma intensidade

menor à medida que o controlo sobre a situação aumenta, assim como a adaptação à hospitalização e doença.

Perante uma situação de crise como é a doença crónica, criança e família vêm-se confrontados com o surgimento de múltiplas necessidades, que requerem um constante processo de ajustamento à sua nova condição de vida, e conseqüente alteração do seu estilo de vida e afastamento dos que lhe são próximos e importantes para o seu desenvolvimento. Assim, as conseqüências da doença crónica vão depender da forma como a criança e a família, em parceria com os profissionais de saúde, vão ser capazes de compreender, interpretar, avaliar e confrontar a situação de doença e as experiências de sofrimento e limitação física que dela decorrem (Barros, 2003). As respostas de adaptação da criança à doença crónica são muito variáveis e não homogêneas, dependendo de diversos fatores, tais como: complexidade da doença (limitações), apoio familiar e social, características individuais, acesso aos recursos de saúde e suporte da equipa de saúde (Anders & Lima, 2004).

No contexto de urgência de pediatria, são várias as crianças admitidas com doença crónica e conseqüentemente submetidas a procedimentos dolorosos, o que tem levado a equipa de saúde e, mais concretamente os enfermeiros, a desenvolver estratégias de *empowerment* da criança/família na adaptação a essas novas exigências. Perante a criança com doença crónica, a atuação do enfermeiro deve centrar-se na procura das melhores soluções, dadas as alterações físicas, emocionais e sociais que na maioria das vezes se verificam, tendo em vista a adaptação à nova situação. A posição que os profissionais de Enfermagem ocupam na equipa de saúde pode considerar-se privilegiada e única, pois possibilita, por um lado, o primeiro contacto com as preocupações e necessidades da díade, que estão a passar por momentos de transição, permitindo estabelecer uma relação de ajuda suficiente para providenciar o suporte informativo, emocional e instrumental necessário. Por outro lado, facilita o planeamento, em parceria, de intervenções que contribuam para o desenvolvimento de competências que permitam um processo adaptativo ajustado à situação de doença crónica de cada um, promovam a esperança e a motivação, e diminuam o sofrimento.

O empowerment à família através da partilha de conhecimentos e informações é então a chave de uma relação de parceria (Smith, 1995) e por sua vez de cuidados de excelência em pediatria. Neste sentido, a participação dos pais como parceiros no cuidar, desde que devidamente negociada, pode ser positiva na diminuição dos medos e receios da criança, seja através da preparação antecipatória da criança para o que irá decorrer, seja colaborando com os profissionais no controlo emocional da mesma. Deste modo, torna-se imperioso que no contexto de cuidados à criança e família seja perspectivada a dimensão

emocional do cuidar, com recurso ao protocolo D-E-F (Apêndice 2). O instrumento DEF proporciona um método simples e eficaz para a identificação, prevenção e tratamento das respostas de stress traumático no momento da necessidade e dentro do escopo da prática. Assim, após atender aos princípios da saúde física da criança (A-B-C), os profissionais de saúde podem promover cuidados mais humanizados, prestando atenção às etapas seguintes - "D-E-F": reduzir o **D**istress; promover suporte **E**mocional e recordar (e envolver) a **F**amília (Apêndice 3).

1.2.3 A emocionalidade no ato de cuidar crianças e respetivas famílias: uma competência do enfermeiro

O Enfermeiro é um profissional, no entanto, não se pode deixar de mencionar que é também uma pessoa, caracterizada pela sua individualidade e unicidade. Numa atividade profissional, em que a relação interpessoal é uma componente imprescindível para a qualidade dos cuidados e que envolve sentimentos e emoções, o contato com o sofrimento das crianças, pais e seus familiares é por vezes, para o enfermeiro, fonte de sofrimento.

Cuidar de crianças, especialmente quando elas estão a sofrer, é suscetível de envolver uma significativa quantidade de trabalho emocional (Smith, 2012). Os enfermeiros são frequentemente incentivados a regular as suas próprias emoções para conseguirem compreender eficientemente as emoções negativas das pessoas que cuidam, capacitando-os para o autoconhecimento e auto monitorização das suas próprias emoções (Vilelas, 2013).

Em enfermagem pediátrica, a intervenção do enfermeiro incide numa ajuda emocional à criança e família através de práticas terapêuticas (Diogo, 2015). Assim, a evidência científica e a conceptualização atual sobre Enfermagem demonstram a competência primordial dos enfermeiros na gestão da experiência emocional da criança e família – o enfermeiro como gestor emocional. As emoções são simultaneamente a mensagem, o meio e a finalidade na intervenção terapêutica.

No seguimento deste raciocínio, os enfermeiros mobilizam estratégias que permitem regular a sua disposição emocional para cuidar, encontrando um equilíbrio entre a capacidade de presença, proximidade e envolvimento emocional e a capacidade de evitarem ficar emocionalmente esgotados (Diogo, 2015). Deste modo, e em concordância com a perspetiva do trabalho emocional em enfermagem, constata-se uma dupla centralidade do trabalho com as emoções, pois o enfermeiro não trabalha emocionalmente apenas para o cliente mas também para si próprio (Smith, 2012). Isto significa que os enfermeiros possuem competências de gestão do seu mundo interno e dos relacionamentos, mas também de um cuidar afetivo e de uma prática cuidadora guiada pelos aspetos emocionais e compreensão da experiência humana de sentir (Diogo, 2006).

Mas, o que os achados de Diogo (2015) acrescentam é a sua simultaneidade, isto é, os enfermeiros centram-se nas emoções do cliente e também nas suas, procurando geri-las concomitantemente.

Na prática de enfermagem em contexto pediátrico, as emoções dão sentido ao agir dos enfermeiros e dão sentido ao próprio cuidar, preenchendo o vazio dos “cuidados técnicos”, orientando o relacionamento entre a pessoa cuidada e a pessoa que cuida (Diogo, 2006).

O trabalho emocional é então um processo pelo qual os enfermeiros conseguem regular as suas emoções, gerindo-as de uma forma saudável para cuidar da pessoa holisticamente. Assim como cuidar constitui o núcleo holístico do trabalho de enfermagem (Watson, 2005), o trabalho emocional reconhece a humanidade dos enfermeiros e o profissionalismo. Desta forma, **as instituições de saúde** deverão planear e implementar sessões de formação sobre o trabalho emocional, capacitando os enfermeiros, pois é essencial aprender a perceber emoções e sentimentos, tanto dos prestadores de cuidados como das pessoas cuidadas (Collière, 2003). Os enfermeiros precisam ter tempo e um ambiente propício para compreender, discutir e refletir sobre a prática (Henderson, 2001) aumentando desta forma o seu bem-estar e a qualidade dos cuidados de enfermagem, através de momentos formais/informais de “ventilação” de emoções a realizar mensalmente sobre temáticas previamente definidas, como o fim de vida.

CONCLUSÃO

O impacto da doença, traumatismo ou hospitalização afeta qualquer uma das esferas: financeira, social, somática, comportamental, vida mental consciente e inconsciente (Jorge, 2004). Importa, por isso, recorrer ao trabalho emocional na prática de cuidados de enfermagem, para se obter resultados terapêuticos como a transformação positiva da experiência emocional e a adaptação à situação de doença e hospitalização, o que advém da possibilidade de promover o bem-estar e o alívio do sofrimento (Diogo, 2015). Na prática de enfermagem contacta-se muitas vezes com emoções negativas relacionadas com o sofrimento da criança, sendo que é necessário que o enfermeiro as consiga utilizar conscientemente para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, isto é, fazer um trabalho de dimensão emocional com centralidade não só em si mas também no cliente (Smith, 2012).

Os serviços pediátricos de prestação de cuidados em situação de urgência caracterizam-se por um setting terapêutico emocionalmente intenso, onde se exige a perícia e o rigor científico, e por isso os profissionais que o enformam tendem a desenvolver a sua prática num sentido cada vez mais holístico, espelhando as diversas dimensões do cuidar nas interações com as crianças e famílias. A dupla centralidade do trabalho emocional é enfatizada por Diogo (2015) tendo em conta que os enfermeiros além de fazerem a regulação da sua disposição emocional (gestão das suas próprias emoções) para cuidar, procuram capacitar os clientes na gestão da sua emocionalidade, promovendo um ambiente seguro e afetuoso, nutrindo os cuidados com afeto, promovendo a gestão das emoções dos clientes e construindo a estabilidade na relação terapêutica. Assim, os enfermeiros atuam no cenário emocional de regulação das emoções, desenvolvendo interações direcionadas para a gestão das emoções e dos medos da criança/família, o que se revela de extrema importância na transformação positiva da experiência emocional de medo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anders, J. & Lima, R. (2004). Crescer como transplantado de medula óssea: repercussões na qualidade de vida de crianças e adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(6), p. 866-874.
- Algren, C. (2006). Cuidado Centrado da Família da Criança Durante a Doença e a Hospitalização. In Hockenberry, M., Wilson, D. & Wilkelstein, M., *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7a ed.) (p. 637-705). Rio de Janeiro: Mosby Elsevier.
- Ball, J., Bindler, R. & Cowen, K. (2014). *Child health nursing. Partnering with children and families* (2ª ed). Harlow:Pearson.
- Barrera, P. & Hockenberry, M. J. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica, 1. In Hockenberry, M. J & Wilson D. (Eds). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente* (9a ed.) (Vol 1, pp 1-20). Loures: Lusociência.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica* (2ª ed). Lisboa: Climepsi.
- Brennan, A. (1994). Caring for children during procedures: a review of literature. *Paediatric Nursing*, 20(5), p. 451-456.
- Brito, I. (2006). *O acolhimento e a hospitalização da criança pequena*. Lisboa: Instituto de apoio à Criança (IAC).
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2012). O trabalho emocional em Enfermagem como foco de investigação e reflexão. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 4, p. 2-9.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (13), p. 43-51.
- Doca, F. & Costa Júnior, A. (2007). *Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão*. Acedido 20.11.2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n37/a02v17n37.pdf>
- Fernandes, A. (1988). A equipa de enfermagem face à criança hospitalizada. *Revista Saúde Infantil*, 2 (10), p. 117-127.
- Fernandes, D. (2012). *O atendimento à criança na urgência pediátrica*. Acedido a 20.11.2015, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfer>

[meiros/O%20atendimento%20à%20criança%20na%20Urgência%20Pediátrica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESIP.pdf](#)

- Ferreira, C. e Valério, A. (2003). Acolhimento do doente num serviço de internamento. *Informar*, 30, p. 10-13.
- Henderson, A. (2001). Emotional labor and nursing: an underappreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry*, 8(2), p.130- 138.
- Hockenberry, M. (2014). A influência da família na promoção da saúde da criança, 3. In Hockenberry, M. J & Wilson D. (Eds). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*. (9a ed.) (Vol 1, pp 49-71). Loures: Lusociência
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente* (9a ed.). Loures: Lusociência.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança – (Re) Pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Joyce-Moniz, L & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde:desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições ASA.
- Martins, M., Ribeiro, C., Borba, R. & Silva, C. (2001). Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com a utilização do brinquedo terapêutico. *Rev Lat-am Enf.*, 9 (2), p. 76-85.
- Morse, J., Solberg, S., Neander, W., Bottorff, J. & Johnson, J. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Science*, 13(1), p.1-14.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. 2(3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*, 1(6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pedro, I., Nascimento, L., Poleti, L., Lime, R., Mello, D. & Luiz, F. (2007). O brincar em sala de espera de um ambulatório infantil na perspectiva de crianças e seus acompanhantes. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 15 (2). Acedido a 20.11.2015. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a15.pdf
- Pettengill, M. A., Borba, R. I. & Ribeiro, C. A. (2008). A Enfermagem e a Família da Criança Hospitalizada. In Almeida, F. A.; Sabatés, A. L. *Enfermagem Pediátrica – A criança, o adolescente e sua família no hospital* (pp 99-108). Brasil: Editora Manole Ltda.
- Reis, G. M. R. (2007). *Expectativas dos pais durante a hospitalização da criança*. Acedido a 22.11.2015. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7262/2/Microsoft%20Word%20%20Tese%20Expectativa%20dos%20pais%20durante%20a%20hospi.pdf>

- Regulamento n.º 123/2011 de 20 de Novembro de 2010. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República II série, N.º 35 (18 de Fevereiro de 2011) 8653-8655*
- Shumacher, K., Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), p.119-127.
- Smith, F. (1995). *Children's nursing in practice: The Nottingham model*. Oxford: Blackwell Science.
- Smith, P. (2012). *The emotional Labour of nursing revisited. Can nurses still care?* Hampshire, England: Palgrave Macmillan.
- Soveral, M. (2009). *Escrita e Formação: Pensamento e linguagem do enfermeiro*. Dissertação apresentada para obtenção de grau de Doutor em Ciências Educação, Educação e Desenvolvimento, à Faculdade de Ciências e Tecnologia/Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Swanson, K. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), p.352-357.
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Venâncio, L. & Pereira, S. (2002). Humanização do atendimento da criança no serviço de urgência. *Informar*, 29, p. 30-33.
- Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: Uma revisão do conceito. *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa*, 7(3), p. 41-50.
- Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia, United States of America: F. A. Davis Company.
- Zengerle-Levy, K. (2004). Practices that facilitate critically burned children's holistic healing. *Qualitative Health Research*, 14(9), 1255-1275

ANEXOS

Anexo I - Ensinar Sobre Técnica de Relaxamento Simples

ENSINAR SOBRE TÉCNICA DE RELAXAMENTO SIMPLES

(Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança, I (6), p.62)

1) TÉCNICAS CALMANTES

- Segurar a criança numa posição confortável, verticalmente contra o tórax e ombro;
- Embalar num movimento amplo e ritmado;
- Repetir uma ou duas palavras calmantes, como «a mamã está aqui».

2) TERAPIA PELO JOGO/RELAXAMENTO CRIATIVO

- Bater palmas;
- Jogo da mão morta;
- Fazer de robot e depois boneca de trapos;
- Exercício de saltar à corda;
- Exercício de «não me importa»;
- Exercício de «subir a escada»;
- Exercício de «fantoche com molas nos pés».

3) TÉCNICAS DE RESPIRAÇÃO ABDOMINAL/DIAFRAGMÁTICA

Crianças pequenas: fazer bolas de sabão, soprar, apitar, cheirar uma flor, soprar uma vela.

4) TÉCNICAS DE RESPIRAÇÃO ABDOMINAL/DIAFRAGMÁTICA

Crianças em idade escolar e adolescentes:

- Pedir para descontrair o queixo e os ombros;
- Respirar lentamente e de forma ritmada;
- Fazer uma expiração forçada, expelindo o ar com força;
- Inspirar pelo nariz e expirar pela boca, dilatando o abdómen enquanto inspira;
- Erguer a caixa torácica para deixar entrar mais ar, enchendo os pulmões ao máximo;
- Sustentar a respiração durante três ou mais segundos, expirar lentamente pela boca para que o estômago e a caixa torácica relaxem, e esvaziar completamente os pulmões.

Anexo II -Ensinar o Adolescente Sobre o Autocontrolo da Dor

ENSINAR O ADOLESCENTE SOBRE AUTOCONTROLO: DOR

(Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança, I (6), p.61)

- 1) Informar o adolescente que tem competências para controlar a sensação de dor em si próprio;
- 2) Apoiar o adolescente a falar consigo próprio sobre a sensação (descrever, identificar e caracterizar);
- 3) Facilitar o contato com outros adolescentes com autocontrolo: dor eficaz;
- 4) Informar o adolescente sobre estratégias que podem aliviar a dor:
 - Usar objetos que confortam (camisola favorita, amuletos, fotos);
 - Ouvir música;
 - Ver televisão;
 - Usar o computador;
 - Facultar o telefone;
 - Incentivar o registo de dor num diário de dor;
 - Evocar imagens e momentos confortantes;
 - Identificar posturas e movimentos que diminuem a sensação de dor.

APÉNDICES

Apêndice I- Kit Sem Trauma

Kit Sem Trauma

De acordo com o Guia orientador de Boas Práticas – Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança (2013) , foi construído um kit que é constituído por uma variedade de materiais didáticos e lúdicos, nomeadamente compressas, pensos, adesivo, ligadura, soro fisiológico, máscara, luvas, seringas, brinquedo com textura, cor e som; CD de música para criança , livros, canetas para pintar, fantoches de dedo, bolas de sabão, apitos tipo “língua da sogra”, bola antistress e jogo. Destinam-se, por um lado, à aprendizagem de estratégias para diminuir o medo, ansiedade da criança/adolescente e dos pais, associados à hospitalização e por outro lado contribuem para diminuir a percepção de dor nos procedimentos de diagnóstico e/ou terapêuticos. A utilização dos materiais do kit permite o desenvolvimento de estratégias cognitivas, comportamentais e favorece o controlo da dor associada aos procedimentos e estimula a cooperação e a criatividade dos diversos intervenientes, através do ato de brincar.

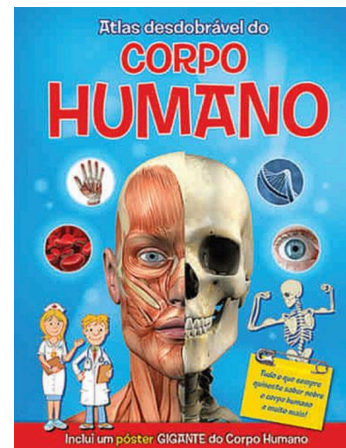
O quadro seguinte representa um guia de utilização do brinquedo/jogo/material didático associado às estratégias a usar na preparação da criança para a hospitalização e procedimentos invasivos, de acordo com a idade/ estágio de desenvolvimento, e teve como referência o Guia Orientador de Boa Prática-Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança (OE, 2013).

Idade	Brinquedo terapêutico e lúdico Material didático e terapêutico	Estratégia não farmacológica
0-12 meses	CD de música para bebés Brinquedo com cor viva que produza som: roca Máscara, pensos, seringa Livro com música e texturas em relevo; Boneco térmico	- Ambiente calmo através de música relaxante; -Exploração de objetos que proporcionem sensações de movimento, auditivas, visuais e táteis; - Simulação e desmistificação de procedimentos invasivos no brinquedo ou pessoa significativa da criança (seringa, penso, termómetro) - Incentivar o lactente a manusear o material - Método físico de controlo da dor.

<p>1-3 anos</p>	<p>Boneco para servir de modelo. Material didático como compressas, pensos, adesivo, ligadura. Livro de história relacionada com a saúde: “ A Martine está doente” Fantoches de dedo Canetas e Papel para desenhos Bolas de sabão Apitos coloridos tipo “língua da sogra” Autocolantes para decorar penso de cateter Garrote decorado com bonecos Boneco térmico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Simulação de procedimentos efetuados pela criança através da imitação sobre o que vai acontecer e experimentar («faz-de-conta»); - Distração através da perceção visual, auditiva e tátil; Contar histórias que permitem a identificação da criança com as situações vividas ou a experimentar; - Arteterapia através do desenho e da pintura; - Relaxamento através de exercícios respiratórios. - Aumento da sensação de controlo através da escolha do autocolante antes do procedimento invasivo. - Método físico de controlo da dor.
<p>4-6 anos</p>	<p>Boneco para servir de modelo; Livro “ O Corpo Humano” Material didático, como compressas, pensos, adesivo, ligaduras, seringas Fantoches Jogos, como um Puzzle pequeno Livro de histórias, anedotas e adivinhas Canetas e Papel para desenhos Apitos coloridos tipo “língua da sogra” Bolas de sabão ou moinhos de vento Autocolantes para decorar penso de cateter Garrote ilustrado com bonecos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dramatização de situações já vividas ou que irá experimentar, representando situações a partir de informações dadas sobre a hospitalização, doença, lesão e procedimentos a realizar; - Distração através da perceção visual, auditiva e tátil; - Distração proporcionada pela concentração em jogos de construção ; - Arteterapia através do desenho e da pintura; - Humor; - Relaxamento através dos exercícios respiratórios e contração e descontração muscular

	Boneco térmico	<p>progressivos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorização das atitudes de cooperação e controlo da situação – reforço positivo; - Método físico de controlo da dor.
7-11 anos	<p>Livro «O Corpo Humano»;</p> <p>Material didático, como compressas, pensos, adesivos, ligaduras, seringas;</p> <p>Jogos com enigmas</p> <p>Bola anti stress</p> <p>Moinho de vento</p> <p>Boneco térmico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explicação e demonstração dos procedimentos; - Manipulação do material didático - terapêutico; - Visualização das áreas do corpo envolvidas nos procedimentos; - Leitura; - Distração; - Humor; - Relaxamento através dos exercícios respiratórios e contração e descontração muscular progressivos; - Método físico de controlo da dor.
12-18 anos	<p>Póster corpo humano;</p> <p>Bola anti-stress;</p> <p>Música;</p> <p>Jogo: “quebra cabeças”;</p> <p>Boneco térmico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explicação e demonstração dos procedimentos; - Visualização das áreas do corpo envolvidas nos procedimentos; -Relaxamento através de exercícios respiratórios e contração e descontração muscular progressivos; -Método físico de controlo da dor.

MATERIAL DO BRINCAR TERAPÊUTICO



Apêndice II- Guia de Implementação do Protocolo D-E-F

Para Profissionais de Saúde

**ACOLHER SEM TRAUMA:
O Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional na Urgência de Pediatria**



“Trauma-Informed Pediatric Care”

Guia do Protocolo D-E-F

Novembro de 2015



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

6º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

Trauma-Informed Pediatric Care:

Guia do Protocolo D-E-F

Trabalho realizado por:

Marta André das Neves nº 6085

Docente Orientadora: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Enf.º Orientador: Enf.º José Neutel

Novembro de 2015

LISTA DE SIGLAS

CCF – Cuidados Centrados na Família

NCTSN – National Child Traumatic Stress Network

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
1. ENQUADRAMENTO	9
2. MODELO DE PREVENÇÃO	12
3. AVALIAÇÃO E CONTROLO DO STRESS TRAUMÁTICO	13
4. CUIDAR DA CRIANÇA COM LESÃO TRAUMÁTICA E RESPETIVA FAMÍLIA	17
5. CUIDAR DA CRIANÇA E FAMÍLIA COM NECESSIDADES PALIATIVAS	20
CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Abordagem do Stress Traumático no Ambiente de Cuidados de Saúde Pediátricos	12
Figura 2. Cuidados Centrados na Família e <i>Trauma Informed-Care</i>	14

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Reações de Stress Traumático	9
Quadro 2. Protocolo DEF	16
Quadro 3. Intervenções de Enfermagem	23

INTRODUÇÃO

O presente documento foi traduzido e adaptado (sem permissão) do manual produzido pelo grupo de trabalho do stress traumático da National Child Traumatic Stress Network (NCTSN, 2004), com o intuito de:

- Sensibilizar os profissionais de saúde sobre as repercussões do stress traumático associado aos cuidados de saúde pediátricos no desenvolvimento e crescimento da criança
- Promover a “prática trauma-informada” na urgência de pediatria, com o objetivo de minimizar as experiências emocionais intensas da criança e família.

A pertinência deste instrumento resulta do seu caráter de rápida consulta, específico para as respostas emocionais que poderão estar inerentes à experiência do cliente em situação de doença e hospitalização, conferindo suporte na intervenção tendo como orientação um guia de avaliação. Possibilita também uma intervenção de enfermagem sustentada em evidência científica, esquematizada e de utilização simples, contribuindo para atenuar e facilitar a gestão das vivências emocionalmente intensas e de tonalidade negativa da criança e família. A sua finalidade é contribuir para a qualidade dos cuidados prestados à criança, ao adolescente e à família.

A investigação em enfermagem (Smith, 2012; Diogo, 2015) revela que o trabalho emocional é uma dimensão (emocional) do cuidar tão importante como outras dimensões (técnica, ética, cultural, espiritual), e a sua clarificação e expressão é fundamental na humanização dos cuidados. O conceito de trabalho emocional encontra então sentido nos cuidados prestados, direcionado para facilitar a “gestão das emoções dos clientes (...) [o que] implica a consideração sobre o modo dos enfermeiros gerirem as suas emoções e as dos clientes” (Diogo, 2012). Estes pressupostos revelaram-se decisivos na mobilização e adaptação de um protocolo que procurasse responder às exigências emocionais da prática dos enfermeiros quanto à dimensão emocional dos cuidados, visando as necessidades emocionais da criança e família aquando da doença, traumatismo ou hospitalização.

A criança é um membro essencial da unidade familiar e os cuidados de enfermagem são mais eficazes quando prestados com a convicção de que a família é parte integrante do cliente, pelo que, no decorrer do texto foi utilizado o termo cliente para designar a pessoa beneficiária dos cuidados de enfermagem em pediatria. Sempre que apareça o conceito “criança” refere-se a qualquer pessoa com menos de 18 anos de idade.

O guia encontra-se estruturado em: enquadramento; Informação e ferramentas para prestadores de cuidados; e folhetos informativos direcionados aos pais com estratégias de

coping, baseados em evidência científica;

1. ENQUADRAMENTO

Quadro 1

Reações de Stress Traumático:

Experiências anteriores (Reviver)

- Pensa demasiado (pensamentos indesejados e retrospectivos sobre a doença, lesão ou procedimento)
- Apresenta *distress* ao recordar o acontecimento;
- Tem pesadelos

Evitamento

- Evita pensar ou falar sobre a doença, lesão ou hospitalização
- Demonstra menos interesse nas atividades habituais
- Sente-se apático e afasta-se dos outros

Estimulação Excessiva

- Aumento da irritabilidade
- Dificuldade de concentração e em adormecer
- Resposta exagerada ao susto
- Alerta permanente – considera que o perigo está iminente

Outras reações

- Novos medos relacionados com o evento traumático
- Novas queixas somáticas (cefaleias) não associadas à condição atual de saúde
- Sente-se distante



O que é o Stress Traumático?

As crianças e famílias podem apresentar comportamentos de stress traumático perante a dor, lesão, doença grave e, procedimentos invasivos ou assustadores. Essas reações incluem frequentemente sintomas psicológicos e físicos (quadro 1), que ao se tornarem persistentes e provocarem *distress* contribuem para o desenvolvimento de patologias como o stress pós-traumático.

No entanto, as crianças podem ter outro tipo de reações à doença/lesão, como alterações de comportamento, ansiedade ou depressão. Assim, sempre que o cuidador ou a família denote comprometimento na capacidade da criança enfrentar a situação (potencialmente) traumática ou esta apresente alterações comportamentais/emocionais, é fundamental que seja submetida a uma avaliação por um profissional de saúde (NCTSN, 2004).

1. ENQUADRAMENTO

Doença, Lesão e Stress Traumático

De acordo com a National Child Traumatic Stress Network (NCTSN, 2004), as crianças e famílias apresentam *distress* devido a:

- Doença/ Lesão súbita ou ameaçadora de vida
- Procedimentos dolorosos ou assustadores
- Exposição ao ambiente hospitalar

A maioria das crianças e respetivas famílias apresentam mecanismos de coping eficazes, aquando dos momentos de *distress* supracitados, se lhes for providenciado suporte adicional e tempo. Porém, existem outras crianças e famílias que apresentam reações persistentes de stress traumático (Stress Pós-Traumático).



As reações persistentes de stress traumático podem:

- Prejudicar o normal funcionamento do dia-a-dia;
- Afetar a adesão terapêutica
- Impedir a recuperação

O profissional de saúde ao consciencializar-se da importância do stress traumático no contato com a criança e família pode:

- Minimizar os eventos potencialmente traumáticos dos cuidados de saúde
- Identificar as crianças e famílias com (ou em maior risco de) *distress* persistente
- Fornecer orientação antecipatória para prevenir o stress traumático de longa duração.

(Traduzido e adaptado (sem permissão) de National Child Traumatic Network, 2004)

1. ENQUADRAMENTO

Reações de Stress Traumático Persistentes

As reações de stress traumático a eventos médicos são comuns e nem sempre problemáticas. Nas primeiras semanas após um procedimento doloroso ou assustador, é frequente que a criança apresente pensamentos indesejados, relacionados com o acontecimento, o que contribui para enfrentar adequadamente a experiência emocional intensa. Porém, estas reações quando persistentes, podem tornar-se extremamente angustiantes para algumas crianças, prejudicando o normal funcionamento de vida da díade criança/família.

Quem apresenta risco elevado de desenvolver stress traumático?

A evidência científica tem demonstrado que o surgimento de stress traumático está estreitamente relacionado com a experiência pessoal anterior e não com a gravidade do acontecimento. No entanto, existem fatores de risco para reações de stress traumático de longa duração, como: vulnerabilidades pré-existentes; preocupações comportamentais ou emocionais prévias; aspetos traumáticos do procedimento/tratamento; e comportamento inicial da criança e família perante esses acontecimentos.

Uma criança doente ou ferida pode apresentar maior risco de manifestar reações persistentes de stress traumático se:

- Teve anteriormente reações de stress traumático;
- Tem experienciado níveis intensos de dor
- Está exposta a equipamentos e sons assustadores
- Está separada dos pais ou pessoa significativa
- Teve experiências traumáticas anteriores
- Apresentou problemas de comportamento ou emocionais prévios

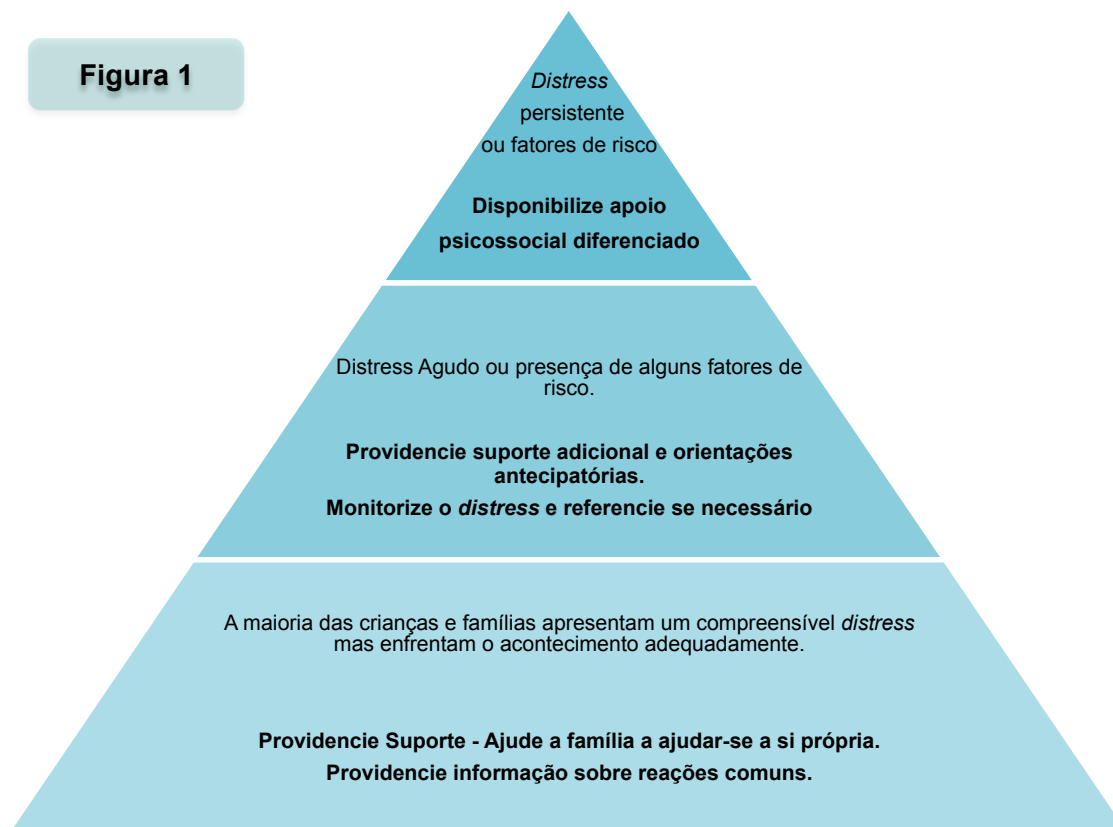
Um familiar pode apresentar maior risco de manifestar reações persistentes de stress traumático, relacionadas com a doença ou lesão do filho, se:

- Teve reações exacerbadas de stress traumático anteriores
- Teve experiências traumáticas prévias
- Tem antecedentes de patologias do foro psiquiátrico ou labilidade emocional
- Está sujeito a outros stressores
- Falta de apoio social

2. MODELO DE PREVENÇÃO

Abordagem do Stress Traumático no Ambiente de Cuidados de Saúde Pediátricos

Figura 1



Traduzido e adaptado (sem permissão) de National Child Traumatic Network (2004). Pediatric Medical Traumatic Stress: A Comprehensive Guide. Acedido a 20-10.2015. Disponível em http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/pediatric_toolkit_for_health_care_providers.pdf

Este modelo de intervenção preventiva sugere que a equipa de saúde proporcione a cada criança doente ou ferida e respetiva família, suporte básico, informações sobre fatores de risco e rastreios regulares de *distress* agudo, com o intuito de determinar quais as crianças e famílias que podem necessitar de mais apoio.

Indicações para profissionais de saúde

Os profissionais de saúde que cuidam de crianças em situação de emergência e em ambientes hospitalares podem:

- Demonstrar compreensão sobre o stress traumático no contato com a criança e família
- Minimizar o potencial de trauma durante o atendimento à criança
- Promover a prevenção e providenciar orientações antecipatórias
- Identificar crianças e famílias em perigo ou em risco, e fazer o encaminhamento adequado

3. AVALIAÇÃO E CONTROLO DO STRESS TRAUMÁTICO

Protocolo D-E-F

Os profissionais de saúde que cuidam de crianças, independentemente da disciplina, deveriam ser "trauma-informados." Neste sentido, é fundamental que demonstrem compreensão e competência na área do stress traumático pediátrico e a apliquem no atendimento à criança e família, através do recurso a intervenções que minimizem o potencial de trauma e promovam a continuidade dos cuidados.

O instrumento DEF proporciona um método simples e eficaz para a identificação, prevenção e tratamento das respostas de stress traumático no momento da necessidade e dentro do escopo da prática. Assim, após atender aos princípios da saúde física da criança (A-B-C), os profissionais de saúde podem promover cuidados mais humanizados, prestando atenção às etapas seguintes - "D-E-F":

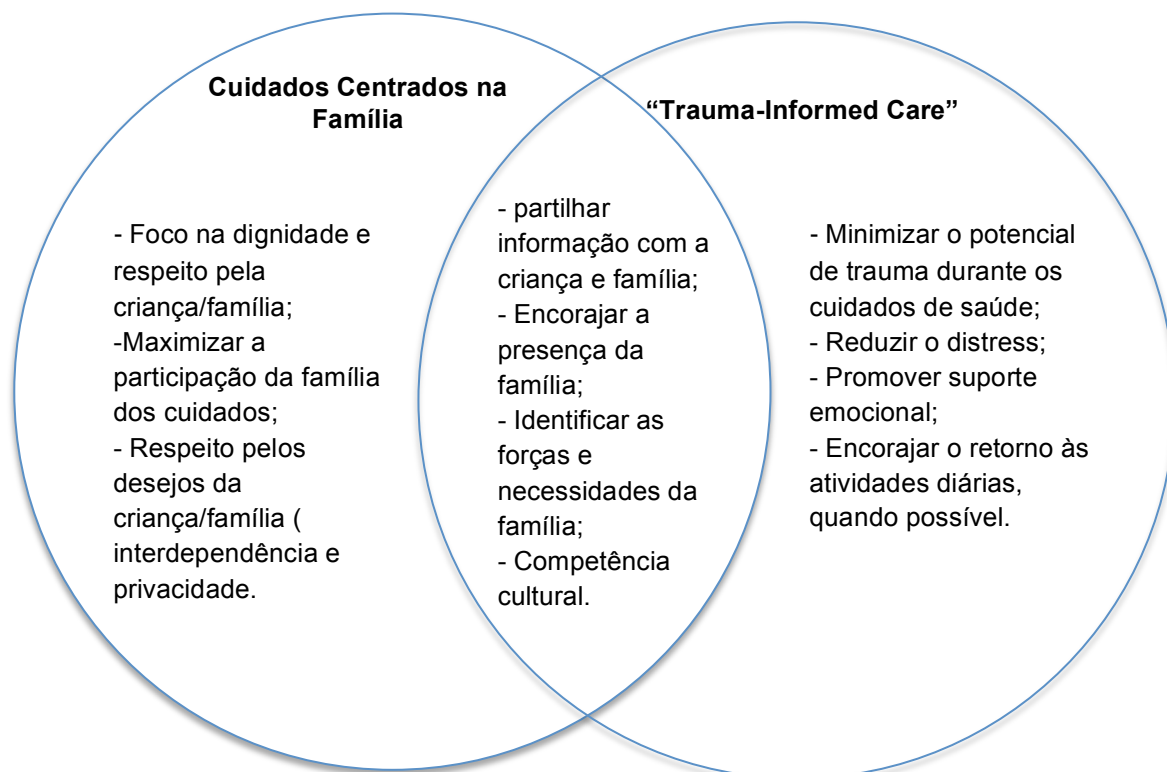
- reduzir o **D**istress
- promover suporte **E**mocional
- recordar (e envolver) a **F**amília

No seguimento deste raciocínio, é de salientar que a hospitalização da criança apresenta-se como uma das primeiras crises com que esta se depara. Envolve a saída do seu ambiente familiar para outro desconhecido e assustador, a separação dos familiares e amigos que lhe são queridos e a confrontação com pessoas estranhas, que lhe infligem procedimentos dolorosos e ameaçadores. Segundo Algren (2006), os principais fatores de stress aquando da hospitalização infantil incluem “a separação, a perda de controle, as lesões corporais e a dor” (p.638). A forma como as crianças reagem a estes factores depende, em parte, do seu estágio de desenvolvimento e experiências anteriores. No entanto, o enfermeiro deve ser um elemento harmonizador deste processo, pelo que é imperativo que proporcione condições favorecedoras a um desenvolvimento global da criança e consequente redução do impacto da hospitalização no binómio criança/família, demonstrando a integração da filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF), sustentada por Barrera & Hockenberry (2014, p.11), que “(...) reconhece a família como uma constante na vida da criança e que os sistemas de serviço e pessoal devem apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força e competência da família através do desenvolvimento de parcerias com os pais”. Assim, o enfermeiro apoia a família nos seus papéis de prestação natural de cuidados e tomada de decisão, com base nos seus pontos fortes e reconhecendo a sua experiência em cuidar dos filhos, tanto dentro como fora do ambiente hospitalar e considera as necessidades de todos os membros da família em relação aos cuidados com a criança.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001) corrobora este conceito ao referir que “as intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados (...)”, pelo que os CCF associados ao *Trauma-informed Care* fazem todo o sentido, em qualquer área da prestação de cuidados, e ainda com mais evidência na área pediátrica (Figura 2).

Por outro lado, o stress traumático constitui uma constelação de reações e sabe-se que as crianças são especialmente vulneráveis à perda de segurança que um evento traumático pode trazer. Contudo, o distress inicial em crianças e famílias em contextos médicos é comum, esperado e compreensível, no entanto alguns podem desenvolver reações persistentes de stress. O Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem encontra-se no topo da pirâmide para a prevenção deste tipo de reações, pelo que deve reconhecer o trauma pré existente; minimizar os aspetos traumáticos de todo e qualquer procedimento; identificar as crianças que estão com necessidade de uma acompanhamento adicional; fornecer informação e suporte emocional e otimizar a gestão da dor . O protocolo D-E-F (reduzir o Distress, promover o suporte Emocional e lembrar-se (envolver) da Família) oferece sugestões específicas, que devem ser adotadas na prática diária de cuidados (NCTSN,2004), com o intuito de minimizar o potencial de trauma durante os cuidados de saúde.

Figura 2



(NCTSN, 2004)

O instrumento apresentado no que se segue (Quadro 2), foi traduzido e adaptado do NCTSN (2004) para aplicação no serviço de urgência de pediatria e serve de “guia para a tomada de decisões, especialmente quando (...) [estas] são complexas”, como se de um algoritmo se tratasse (Chanes, Dias & Gutiérrez, 2008, p.268). A importância de responder adequadamente à complexidade das necessidades do cliente, de acordo com as suas respostas emocionais, de forma direcionada, individualizada e sustentada, levaram a considerar a pertinência de mobilizar de forma esquemática diversos passos a seguir para o desempenho do trabalho emocional em enfermagem pediátrica.

Importa salientar que muitas das estratégias mobilizadas nos cuidados prestados pela equipa de enfermagem já englobavam elementos que configuram o instrumento. Porém, a sistematização das ações/interações espelha e enfatiza o desempenho do trabalho emocional e a intencionalidade terapêutica inerente aos cuidados de enfermagem à criança/adolescente e família.

O instrumento encontra-se disponível em três locais específicos, na Sala de Tratamentos, na Unidade de Internamento de Curta Duração e no Hospital de Dia. A seleção destas localizações prendeu-se com a existência de uma interação mais prolongada nestas valências, nas quais os cuidados têm uma forte vertente de trabalho emocional (de acordo com a observação e análise de situações de cuidados) e de mobilização de estratégias que o instrumento propõe.

As estratégias que podem ser mobilizadas ao longo do protocolo procuram adequar a ação/interação e direcioná-la para que o cliente encontre “significado na sua existência, na desarmonia, no sofrimento e no tumulto, promovendo o autocontrolo, a escolha e a autodeterminação nas decisões de saúde/doença” (Watson, 2002, p.87).

Quadro 2

PROTOCOLO D-E-F

D Distress: Ver o cartão Distress (Apêndice 2) que contém itens de avaliação sumária e intervenções recomendadas para abordar e controlar a dor; medos e preocupações; luto e perda. As recomendações incluem:

- Avaliar e controlar ativamente a dor, com recurso ao protocolo hospitalar.
- Providenciar à criança informações sobre o que está a acontecer e dar oportunidade para efetuar decisões sobre os cuidados/tratamento, se possível.
- Efetuar escuta ativa e esclarecer equívocos.
- Perguntar sobre medos e preocupações
- Fornecer apoio e esperança realista.

E Suporte Emocional: Ver o cartão suporte Emocional (Apêndice 3) que contém itens de avaliação sumária e intervenções recomendadas para atender às necessidades emocionais da criança e as barreiras à mobilização dos apoios existentes. As recomendações incluem:

- Encorajar os pais a permanecer junto da criança, tanto quanto possível, e a conversar com eles sobre preocupações e medos.
- *Empowerment* dos pais para confortar e ajudar os filhos.
- Incentivar a criança a participar nas atividades adequadas ao seu desenvolvimento, quando possível.

F Família: Ver o cartão Família (Apêndice 4) que contém itens de avaliação sumária e intervenções recomendadas para abordar o *distress* dos pais e irmãos, os stressores e recursos familiares, e outras necessidades. As recomendações incluem:

- Monitorizar o *distress* e outros stressores da vida da família.
- Identificar os pontos fortes e recursos de *coping* da família.
- Encorajar os pais a utilizar os próprios mecanismos de *coping* ou o suporte existente no hospital/ comunidade.

Quadro de Observação Rápida: Ver o cartão Quadro de Observação Rápida (Apêndice 1) para identificar os clientes que apresentam sintomas ou risco de desenvolver stress traumático. As recomendações incluem:

- Envolver os profissionais de saúde mental numa abordagem multidisciplinar para os que apresentam maior risco.
- Referenciar ao hospital ou à comunidade, quando apropriado.

4. CUIDAR A CRIANÇA COM LESÃO TRAUMÁTICA E RESPETIVA FAMÍLIA

A doença/lesão, independentemente da gravidade, e consequente hospitalização de urgência da criança, afiguram-se como uma situação de crise na vida desta, por vezes a primeira com a qual se depara, difícil de ser vivenciada devido, entre outros fatores, aos limitados mecanismos de defesa que a criança apresenta (Algren, 2006; Barros, 2003; Jorge, 2004; Barrera & Hockenberry, 2014).

O hospital, para as crianças, é encarado como um lugar misterioso e, por isso, como fonte de stress, e seja qual for o motivo da hospitalização, esta exige da criança o estabelecimento de novas relações com os outros e consigo mesma, bem como constantes adaptações (Pedro et al., 2007). Neste sentido, a admissão de urgência constitui uma situação geradora de ansiedade e exacerbadora de medos e ideias pré-concebidas, quer para a criança quer para a sua família, podendo resultar numa experiência traumática, com efeitos psicológicos persistentes.

Especialmente nos primeiros anos de vida, as crianças são muito vulneráveis ao desenvolvimento de determinadas patologias e à consequente experiência de hospitalização. Para as crianças este é um período de elevado stress e intensa ansiedade durante o qual experencia medos, pois está perante um ambiente que desconhece e em contacto com procedimentos e equipamentos que lhe causam desconforto e dor (Diogo et al., 2015).

Relativamente às respostas emocionais das crianças aos procedimentos dolorosos, estas podem ser intensas, prolongadas e causadoras de danos, pelo que os cuidados de enfermagem devem também ter como foco as experiências emocionais, as estratégias de confronto e os modos de ajuda na gestão do estado emocional da criança e da família (protocolo DEF). Alguns procedimentos de enfermagem têm o potencial de constituir momentos emocionalmente intensos e por isso stressantes para a criança, não só por estarem associados à dor mas também pelo desconhecimento, daí que se revele necessário favorecer o relaxamento da criança através do desenvolvimento de acções/interacções que visem a diminuição da sua ansiedade. Dar à criança a possibilidade de escolher algo no procedimento é, segundo Brennan (1994), importante para que esta se sinta implicada e que tem algum controlo sobre a situação, e que funciona como uma estratégia de antecipação. O local da punção e o ritmo da administração de terapêutica podem ser influenciados pela criança, o que parece ter efeitos positivos no seu comportamento, acalmando-a.

É de ressaltar que “a emocionalidade excessiva pode contribuir para o agravamento da doença ou inibição da recuperação” (Joyce-Moniz & Barros, 2005, p. 21). Diogo (2015), no seu estudo, refere que as crianças que revelam melhor autocontrolo, isto é, que conseguem atenuar a emocionalidade excessiva, conseguindo manter-se calmas e adaptar-se à situação de doença e hospitalização, sofrem menos e recuperam mais facilmente, justificando-se assim a importância do trabalho emocional em enfermagem pediátrica.

A vivência de hospitalização da criança, caracterizada por uma emocionalidade negativa intensa, pode levar a problemas futuros em situações em que esta tenha de lidar novamente com stressores relacionados com cuidados de saúde, e pode também ter repercussões no seu desenvolvimento com sequelas psicopatológicas durante a adolescência (Barros, 2003), pelo que o protocolo DEF (NCTSN, 2004) sugere intervenções para prevenir o stress pós traumático:

- Ter uma lesão grave pode constituir uma experiência traumática para a criança e família e é influenciada pelo diagnóstico e percepção de risco de vida.
- A percepção de ameaça à vida está diretamente relacionada com o prognóstico (objetivo), pelo que pais que acreditam que o filho poderia ter morrido ou crianças que acreditam que poderiam ter morrido durante o evento traumático, podem apresentar risco elevado de desenvolver stress pós traumático persistente
- Nos momentos posteriores à alta, pais e irmãos podem continuar a apresentar *distress*. Alguns pais ficam excessivamente preocupados e atentos à segurança da criança.
- Crianças ou adolescentes com lesões traumáticas experienciam frequentemente dor aguda, procedimentos dolorosos e limitações físicas, o que resulta num sentimento de frustração e impotência por parte dos pais, pois presenciam estes acontecimentos, e de raiva e depressão por parte das crianças.
- Para além das intervenções farmacológicas e não farmacológicas, o suporte emocional e os recursos familiares são vitais para que as crianças e as famílias enfrentem de uma forma mais positiva as limitações físicas e os aspetos dolorosos e emocionais do tratamento.
- Perdas recentes, incluindo as relacionados com o evento traumático e outros fatores de stress familiares podem aumentar o risco de stress pós-traumático.

As **intervenções de enfermagem** sugeridas pelo protocolo DEF são:

1. Reconhecer as reações de stress traumático de crianças e famílias em contexto de urgência
2. Avaliar e controlar a dor com recurso a uma escala de avaliação da dor .

3. Recorrer a intervenções que minimizem a exposição da criança e do adolescente a elementos traumáticos dentro do ambiente hospitalar (por exemplo, materiais e sons assustadores, procedimentos dolorosos, etc.)

4. Fornecer orientações antecipatórias aos pais sobre estratégias para lidarem com as respostas de stress traumático dos filhos. Recorrer aos folhetos informativos:

- No Hospital: Ajudar o meu filho (criança) a enfrentar a situação/doença
- No Hospital: Ajudar o meu filho (adolescente) a enfrentar a situação/doença
- Depois do Hospital: Ajudar o meu filho a enfrentar a situação

Assim, de acordo com Diogo (2015), a relação de cuidados em enfermagem pediátrica implica o trabalho com as emoções com intencionalidade terapêutica.

5. CUIDAR A CRIANÇA E FAMÍLIA COM NECESSIDADES PALIATIVAS

A evolução da disciplina de enfermagem durante os últimos anos, fez com que o cuidar fosse entendido e reconhecido como a essência da profissão. Os cuidados de enfermagem em pediatria sofreram um grande progresso, sendo que inicialmente eram perspetivados exclusivamente em torno do corpo da criança doente e dos respetivos sistemas fisiologicamente afetados, e posteriormente foram-se desenvolvendo até atingirem a atual concepção de Cuidados Centrados na Família e onde a dimensão emocional do cuidar começa a assumir particular atenção por parte dos enfermeiros principalmente na área dos Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP). Segundo Watson (2005), a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente às emoções humanas. Efetivamente, já não se defende uma neutralidade emocional na prática de cuidados de Enfermagem (Diogo, 2012), sendo o instrumento D-E-F um exemplo prático desta evolução.

Os Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) constituem um direito humano básico de recém-nascidos, crianças e jovens portadores de doenças crónicas complexas, limitantes da qualidade e/ou esperança de vida, e suas famílias (Lacerda et al, 2013). Os CPP destinam-se ao binómio criança-família, pois o impacto e as necessidades de uma doença crónica complexa vão muito para além do controlo de sintomas, são cuidados afetivos, emocionais, sociais e económicos.

No seguimento deste raciocínio sabe-se que as crianças com doença que exige cuidados paliativos apresentam, com frequência, condições clínicas, espirituais, emocionais e sociais complexas e multidimensionais. Assim, os Cuidados Paliativos Pediátricos são entendidos como os cuidados globais e ativos prestados à criança e à família, atendendo às suas necessidades físicas, psicológicas, cognitivas, espirituais e sociais, que se iniciam, idealmente, quando a doença é diagnosticada, e que devem ser prestados por uma equipa multidisciplinar de profissionais que seja capaz de atender a todas estas necessidades e de ativar as competências das famílias bem como os recursos disponíveis da comunidade, tal como o preconizado pela World Health Organization (2010). Portanto, não se trata tanto de valorizar a noção de fim de vida mas sim de apoiar a família no sentido de vivenciar este tipo de processo de doença da forma mais adaptada, digna e serena possível.

Perante uma situação de crise como é a doença crónica complexa, criança e família vêm-se confrontados com o surgimento de múltiplas necessidades, que requerem um constante processo de ajustamento à sua nova condição de vida. Assim, as consequências da doença crónica vão depender da forma como a criança e a família, em parceria com os profissionais de saúde, vão ser capazes de compreender, interpretar, avaliar e confrontar a

situação de doença e as experiências de sofrimento e limitação física que dela decorrem (Barros, 2003). As respostas de adaptação da criança à doença crónica são muito variáveis e não homogêneas, dependendo de diversos fatores, tais como: complexidade da doença (limitações), apoio familiar e social, características individuais, acesso aos recursos de saúde e suporte da equipa de saúde (Anders & Lima, 2004).

A maior parte dos pais, e segundo o que tem vindo a ser descrito na literatura, quando confrontados com uma doença que ameaça e/ou limita a vida de um filho, vivenciam um turbilhão de emoções e sentimentos, em parte relacionadas com a percepção de uma inversão da ordem natural dos acontecimentos: não é suposto que sejam os filhos a adoecer de forma severa e a vislumbrarem um fim de vida antecipado. Esta percepção comporta em si sentimentos de fracasso, de falha na sua missão enquanto pais, enquanto figuras protetoras (Arrambide, Proc, Miravete, Pérez-Yarza, & Caro, 2004).

Os pais que enfrentam uma doença paliativa de um filho podem enfrentar um continuum de etapas relativamente à sua experiência emocional que se inicia com a revelação do diagnóstico, marcada por sentimentos de torpor, choque, descrença e negação; uma fase em que se experiencia uma saudade ansiosa pela normalidade que marcava as suas vidas antes do processo de doença, determinada frequentemente por comportamentos de procura ativa da normalidade e pela experiência de sentimentos como a culpa e a angústia, ao que se segue uma fase de desesperança, acompanhada por sentimentos de solidão, desamparo, depressão e ansiedade (Brown, 2007).

O processo de adaptação à doença paliativa pediátrica implica a manifestação de respostas emocionais e mudanças comportamentais e do quotidiano, o que envolve, não raras vezes, a vivência de conflitos internos mas também com terceiros, nomeadamente, com o cônjuge e elementos da família alargada e da rede social. Durante o processo de doença, sobretudo na sua fase inicial e em situações de crise, a atenção parental é tendencialmente focada na criança doente, no seu acompanhamento aos tratamentos e durante as hospitalizações, o que pode conduzir à vivência de um sentimento de abandono e de desamparo pelos irmãos, nomeadamente quando o hospital dista do local onde a família reside.

Numa outra vertente, a criança doente é, inserida na sua família, um conjunto de forças e vulnerabilidades e, naturalmente, as suas reações emocionais estão profundamente relacionadas com o desenvolvimento das reações emocionais dos pais. A literatura vem reforçando que as respostas emocionais e físicas da criança estão fortemente relacionadas com a forma como as suas famílias funcionam (Contro & Scofield, 2006).

A idade e desenvolvimento global irão influenciar a forma como o processo de doença tem impacto na criança, nomeadamente ao nível da compreensão que irá ter sobre o que está a acontecer: crianças mais novas tenderão a entender a doença em termos mágicos,

concretos e globais enquanto que as crianças mais velhas e adolescentes irão entendê-la como algo que não está bem no seu corpo e que factores externos e internos ao funcionamento corporal concorrem para a situação. Contudo, torna-se fundamental, distinguir entre o modo de lidar com a emoção expressa pela criança e família e o modo de criar contextos relacionais capazes de, terapêuticamente, gerir e prevenir a expressão dessas mesmas emoções (Diogo, 2006, p. 59). Deste modo e de acordo com a evidência encontrada no estudo de Diogo (2015), os clientes mobilizam os seus recursos internos de autocontrolo e externos (coping) mas podem precisar de ajuda para encontrarem sentido para a experiência e deste modo atenuar a emocionalidade excessiva, funcionando os enfermeiros como recurso em si neste processo de gestão de emoções enquanto intervenção terapêutica. Assim, os enfermeiros atuam na emocionalidade dos clientes com o intuito de a atenuar, sendo esta uma dimensão da prática de cuidados que se inscreve no ato de cuidar (Ibidem)

Desta forma, o NCTSN (2004) complementa esta ideia e sugere que:

- Ter uma doença ameaçadora de vida pode ser traumático para a criança e família, em diversos momentos ao longo do continuum do diagnóstico e tratamento (sobrevivência) , e pode ser influenciado pela percepção de risco de vida que a criança e família desenvolvem. A percepção de ameaça à vida está diretamente relacionada com o prognóstico (objetivo), pelo que pais que acreditam que o filho poderá morrer ou crianças que acreditam que poderão morrer, podem apresentar risco elevado de desenvolver stress pós traumático persistente
- Nos momentos posteriores ao fim do tratamento, pais e irmãos podem continuar a apresentar *distress*. Alguns pais tornam-se extremamente atentos aos sinais e sintomas de uma possível recidiva .
- O tratamento pode ser doloroso e emocionalmente intenso, surgindo por vezes contratempos como alterações físicas ou limitações, o que contribui para que os pais se sintam impotentes quando veem os seus filhos com dor. A criança com dor pode-se sentir irritada, frustrada ou deprimida. Para além das intervenções farmacológicas e não farmacológicas, o suporte emocional e os recursos familiares são vitais para que as crianças e as famílias enfrentem de uma forma mais positiva os aspetos dolorosos e emocionalmente intensos do tratamento.

As Intervenções de Enfermagem sugeridas pelo Protocolo DEF são (NCTSN, 2004):

1. Reconhecer as reações de stress traumático de crianças e famílias em contexto de urgência
2. Avaliar e controlar a dor com recurso a uma escala de avaliação da dor .

3. Recorrer a intervenções que minimizem a exposição da criança e do adolescente a elementos traumáticos dentro do ambiente hospitalar (por exemplo, materiais e sons assustadores, procedimentos dolorosos, etc.)

4. Fornecer orientações antecipatórias aos pais sobre estratégias para lidarem com as respostas de stress traumático dos filhos. Recorrer aos folhetos informativos:

- No Hospital: Ajudar o meu filho (criança) a enfrentar a situação/doença
- No Hospital: Ajudar o meu filho (adolescente) a enfrentar a situação/doença
- Depois do Hospital: Ajudar o meu filho a enfrentar a situação

Perante a criança com doença crónica, a atuação do enfermeiro deve centrar-se na procura das melhores soluções, dadas as alterações físicas, emocionais e sociais que na maioria das vezes se verificam, tendo em vista a adaptação à nova situação. A posição que os profissionais de Enfermagem ocupam na equipa de saúde pode considerar-se privilegiada e única, pois possibilita, por um lado, o primeiro contacto com as preocupações e necessidades da díade, que estão a passar por momentos de transição, permitindo estabelecer uma relação de ajuda suficiente para providenciar o suporte informativo, emocional e instrumental necessário. Por outro lado, facilita o planeamento, em parceria, de intervenções que contribuam para o desenvolvimento de competências que permitam um processo adaptativo ajustado à situação de doença crónica de cada um, promovam a esperança e a motivação, e diminuam o sofrimento. As crianças, os jovens e as famílias mobilizam os seus recursos internos de autocontrolo e externos (coping) mas podem precisar de ajuda para encontrarem sentido para a experiência e deste modo atenuar a emocionalidade excessiva, funcionando os enfermeiros como recurso em si neste processo de gestão de emoções enquanto intervenção terapêutica (Diogo et al., 2015).

Quadro 3 – Intervenções de Enfermagem

Admissão	Providenciar explicações simples e realistas sobre o que está a acontecer e sobre o que acontecerá a seguir para reduzir medos e preocupações.
Diagnóstico e plano de cuidados	Reconhecer as reações emocionais comuns de stress traumático; Perguntar sobre medos e preocupações; Informar pais sobre recursos de apoio à família existentes no hospital. Fornecer explicações simples à criança, adolescente e família sobre os

	<p>procedimentos/cuidados de saúde, para reduzir medos e preocupações.</p> <p>Envolver a criança em decisões sobre o plano de cuidados, de acordo a sua vontade e estágio de desenvolvimento.</p>
Adaptação ao ambiente hospitalar	<p>Fornecer explicações simples sobre o percurso da criança numa urgência de pediatria, espaço físico, profissionais de saúde, procedimentos médicos, com o intuito de reduzir medos e preocupações.</p> <p>Incentivar a família a manter as rotinas diárias e expectativas comportamentais, quando possível.</p> <p>Identificar os pontos fortes e recursos da família.</p> <p>Avaliar o <i>distress</i> da família e outros stressores.</p>
Coping: Procedimentos dolorosos, reações emocionais, contratempos no tratamento	<p>Reconhecer as reações emocionais comuns à dor, procedimentos dolorosos e contratempos.</p> <p>Incentivar e promover uma abordagem por etapas para confrontar pensamentos emocionalmente dolorosos, medos, preocupações e reações de evitação.</p> <p>Combinar intervenções farmacológicas e não farmacológicas (por exemplo, técnicas de relaxamento e distração) no controlo da dor.</p> <p>Encaminhar a criança, o adolescente e a família para a equipa psicossocial, para ajudar a díade a enfrentar contratempos ou dificuldades no tratamento.</p>
Alta: Domicilio	<p>Antecipar os desafios do retorno ao ambiente familiar e ajudar as famílias a enfrentar a situação através de orientações antecipatórias.</p> <p>Apoiar a transição física e emocional da</p>

	<p>criança para o domicílio.</p> <p>Fazer o encaminhamento para os recursos de saúde mental, de crianças e famílias com sintomas de stress pós-traumático ou das que apresentam elevado risco de o desenvolver.</p>
--	---

Traduzido e adaptado (sem permissão) de National Child Traumatic Network (2004). Pediatric Medical Traumatic Stress: A Comprehensive Guide. Acedido a 20-10-2015. Disponível em http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/pediatric_toolkit_for_health_care_providers.pdf

Porém, é de ressaltar que todos temos uma atitude paliativa individual, mas os cuidados paliativos só serão eficazes quando forem prestados por uma equipa multidisciplinar devidamente qualificada (Mendes, Silva & Santos, 2012).

CONCLUSÃO

O instrumento D-E-F é uma ferramenta indissociável da prática de enfermagem, complementar ao trabalho já desenvolvido, mas que sintetiza de forma clara a importância das emoções nos cuidados, e a sua gestão enquanto intencionalidade terapêutica.

A sensibilização dos enfermeiros para este tipo de prática baseada na evidência, e nos cuidados humanizados, revela-se fundamental na promoção de “práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2010, p.5), no sentido de “basear a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2010, p.10), procurando criar e manter “um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2010, p. 7).

O processo de gestão do estado emocional da criança através do Protocolo DEF requer a consideração, atenta e sensível, para com as condições da sua mobilização. O protocolo DEF pode ser incorporado na interação de cuidados mediante situações que se revelam emocionalmente perturbadoras ou que têm o potencial de serem emocionalmente intensas para a criança, como nas situações de doença ou lesão graves, uma frágil relação de confiança ou procedimentos dolorosos. Assim, quando a criança se encontra perante situações emocionalmente intensas necessita de mobilizar mecanismos de *coping* que facilitem a sua adaptação à adversidade, pelo que o protocolo DEF fornece orientações antecipatórias fundamentais para a diminuição do stress traumático da criança, do adolescente e da família.

A adequação das intervenções, desde a adaptação da comunicação aos diferentes intervenientes, sugerindo estratégias e técnicas também estas direcionadas para as características e respostas do cliente, procuram motivá-lo para assumir um papel ativo na tomada de decisão responsável, alívio da dor/sofrimento emocional e inclusive na negociação do seu contrato de saúde (OE, 2010).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Algren, C. (2006). Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In Hockenberry, M., Wilson, D.; Winkelstein, M – *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. (pp 367-704). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Anders, J. & Lima, R. (2004). Crescer como transplantado de medula óssea: repercussões na qualidade de vida de crianças e adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(6), p. 866-874.
- Arrambide, M. S., Proc, O. G., Miravete, J. L., Pérez-Yarza, E. G., & Caro, I. A. (2004). Los cuidados paliativos: um modelo de atención integral al niño gravemente enfermo y a su familia. *An. Pediatr.* , 61 (4), 330-335.
- Barrera, P. & Hockenberry, M. J. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica, 1. In Hockenberry, M. J & Wilson D. (Eds). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente* (9a ed.) (Vol 1, pp 1-20). Loures: Lusociência.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica, Perspectiva Desenvolvimentalista* (2a ed.). Lisboa, Editora Climpesi.
- Brown, E. (2007). Children's Developmental Understanding and Emotional Response to Death and Dying. In E. Brown, & B. Warr, *Supporting the Child and the Family in Paediatric Palliative Care*. (pp. 108-127). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Chanes, D. C., G., D. C., & Gutiérrez, M. G. (2008). Extravasamento de Drogas Antineoplásicas em Pediatria: Algoritmos para Prevenção, Tratamento e Seguimento. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54(3), p. 263-273.
- Contro, N., & Scofield, S. (2006). The power of their voices: Child and family assessment in pediatric palliative care. In A. Goldman, R. Hain, & S. Liben, *Oxford Textbook of Palliative Care for Children* (pp. 143-153). New York: Oxford University Press .
- Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica. Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*, Lisboa: Lusociência.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (13), p. 43-51.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança – (Re) Pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.

- Joyce-Moniz, L & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições ASA.
- Lacerda, A. F., Pinto, C., Ferreira, F., Salazar, H., Mendes, J., Oliveira, J., et al. (2013). Cuidados Paliativos Pediátricos - que futuro em Portugal? *Reunião " Cuidados Paliativos Pediátricos: Uma Reflexão. Que futuro em Portugal?"* (pp. 1-22). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Mendes, J., Silva, L. J., & Santos, M. J. (2012). Cuidados paliativos neonatais e pediátricos para Portugal - um desafio para o século XXI. *Acta Pediátrica Portuguesa* , 43 (5), 218-222.
- Ordem Dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem Dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pedro, I., Nascimento, L., Poleti, L., Lime, R., Mello, D. & Luiz, F. (2007). O brincar em sala de espera de um ambulatório infantil na perspectiva de crianças e seus acompanhantes. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 15 (2). Acedido a 30.10.2015. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a15.pdf
- Smith, P. (2012). *The emotional Labour of nursing revisited. Can nurses still care?* Hampshire, England: Palgrave Macmillan.
- Traduzido e adaptado (sem permissão) de The National Child Traumatic Network (2004). *Pediatric Medical Traumatic Stress: A Comprehensive Guide*. Acedido a 20-10.2015. Disponível em http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/pediatric_toolkit_for_health_care_providers.pdf
- Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- World Health Organization . (2010). Obtido em 30 de 03 de 2015, de WHO definition of palliative care. : <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>

Apêndice III- Protocolo D-E-F: Cartões e Folhetos Informativos

1. KIT D-E-F

D – Distress

Preocupação?		
S	N	Dor? – Escala de avaliação da dor “ Como é a tua dor agora?” “ Qual foi a pior dor que tiveste desde que isto aconteceu?”
S	N	Medos e preocupações? “ Por vezes as crianças ficam assustadas/ chateadas quando situações como esta lhes acontecem. Está alguma coisa a assustar-te ou a chatear-te?” “ O que te preocupa mais?”
S	N	Luto ou perda? “Existe mais alguém ferido?” “ Outras perdas recentes?”

E- Suporte Emocional

Preocupação?		
S	N	Os pais ou a criança têm dificuldade em identificar necessidades/ estratégias de coping? (Pais) “ O que ajuda o seu filho a lidar com situações assustadoras/perturbadoras?” (Criança) “ Até agora, qual foi a coisa que mais te ajudou a sentir melhor?”
S	N	Barreiras à disponibilidade dos pais para providenciarem apoio? Pais: Acha que é difícil ficar com a criança durante os procedimentos? É difícil para si ajudar a criança a acalmar-se?
S	N	Barreiras à mobilização dos sistemas de suportes existentes? “ A quem recorre quando precisa de ajuda?” “ Existe alguma razão pela qual não consiga ser útil agora?”

F – Família

Preocupação?		
S	N	Distress – Pais, irmãos, Outros? “ Existe algum membro da família que esteja <u>muito</u> chateado desde que isto aconteceu?” “ Quem se encontra a atravessar uma momento particularmente difícil ?”
S	N	Stressores Familiares? “ Neste momento, existem outros acontecimentos perturbadores na família?” “já teve problemas de sono? De alimentação?”
S	N	Outras necessidades? “ Existem outras preocupações (dinheiro, habitação, família, etc.) que dificultem o enfrentamento da situação?”

2. FOLHETOS INFORMATIVOS

No Hospital: Ajudar a Criança a Enfrentar a Doença

Informação para Pais e Cuidadores

Quando a criança é hospitalizada apresenta frequentemente *distress* (angústia) ou reações emocionais intensas. Apesar de ser o seu filho quem está doente, toda a sua família pode sentir-se sobrecarregada ou apresentar dificuldade em lidar com o sucedido. Com tempo, compreensão e apoio, a maioria das crianças e famílias aprendem a adaptar-se à doença e a lidar com a experiência de hospitalização.

Situações no Hospital que podem desencadear *distress* ou ser traumáticas:

- ✓ Desconhecer o que vai acontecer a seguir
- ✓ Alterações da aparência – queda de cabelo, feridas
- ✓ Medo da morte
- ✓ Estar sozinho ou separado de irmãos e animais de estimação
- ✓ Observar outras crianças doentes
- ✓ Sentir dor ou ser submetido a procedimentos dolorosos
- ✓ Estar exposto a material ou equipamento hospitalar assustador
- ✓ Associar a hospitalização a uma punição

Alterações comuns em crianças hospitalizadas/ com *distress*:

- ✓ Acessos de raiva, discussões
- ✓ Enurese noturna ou “chupar no dedo”
- ✓ Alterações na alimentação, sono (pesadelos)
- ✓ Querer estar sozinho ou acompanhado pelos pais/ outros adultos.
- ✓ Sentir-se de parte e com saudades de amigos e família
- ✓ Preocupar-se com a opinião dos outros e sentir-se diferente



Informação Especial para pais e cuidadores da criança:

É frequente que as crianças e os pais se sintam sobrecarregados ou frustrados pela doença ou experiência de hospitalização. Pode demorar algumas semanas para que estas reações se restabeleçam. Se a criança continuar perturbada, se existirem dúvidas sobre como ajudar o seu filho, ou se precisar de falar, existem profissionais de saúde que os podem ajudar a lidar com a situação (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, e capelões).



Os Pais e Cuidadores também podem apresentar *distress*:

- Ficam perturbados ao presenciar a dor da criança e habitualmente sentem-se impotentes ou frustrados
 - Não quererem ausentar-se de perto da criança e ficam em vigilância permanente
 - Sentem-se menos pacientes, apresentam problemas alimentares e de sono e sentem-se sobrecarregados devido às necessidades específicas de cuidados que a criança apresenta
 - Não quererem partilhar as preocupações relativas à criança com ninguém
- ⇒ Muitos pais e cuidadores têm dúvidas sobre como comunicar com a criança doente (ou com os irmãos), nomeadamente sobre as suas emoções, medos e dúvidas

Referência bibliográfica: Traduzido e adaptado (sem permissão) de National Child Traumatic Stress Network (2004). Handouts for parents/caregivers: At the Hospital: Helping My Child Cope with Illness. Acedido em 20.10.2015. Disponível em <https://www.healthcaretoolbox.org/images/pdf/AttheHospitalHelpingMyChildCopeWithIllness.pdf>

9 Estratégias para Ajudar a Criança a Enfrentar a Hospitalização



1. É a melhor pessoa para confortar o seu filho. Embora possa ser difícil, às vezes, tente manter a calma e a tranquilidade. Elogie e abrace frequentemente, se a criança o quiser. Durante os procedimentos dolorosos, segure a mão da criança e tente distraí-la com livros, brinquedos ou jogos.

2. Seja paciente (com a criança). Reações iniciais que incluam chorar, lamentar, agarrar e encenar, são comuns e expectáveis em pequena quantidade. Se acontecerem frequentemente, não há problema em definir regras e limites, como faria em casa.

3. Ajude-a a entender o que está a acontecer. Utilize palavras simples e recorra a exemplos adequados ao estágio de desenvolvimento da criança. Seja honesto e explique a necessidade dos procedimentos dolorosos (pode doer; ajuda a tratar/ficar melhor).

4. Incentive a partilha de emoções. Ajude a criança a nomear as suas emoções (medo, raiva, tristeza), através de brincadeiras, desenhos ou histórias. Compartilhe as suas emoções para que o seu filho também o faça. Recorde-o que existem outras crianças no hospital que sentem o mesmo.

5. Recorde que as crianças têm uma imaginação ativa. As crianças podem dizer, ou não, quando os outros estão chateados. Sem os factos, podem facilmente interpretar erradamente a situação e preencher “as lacunas” com a sua imaginação. Pergunte o que sabem e/ou imaginam (ex. “O que achas que vai acontecer?”). Esclareça, de forma tão realista quanto possível, os factos da doença e reforce a ideia de que a criança não é culpada do que está a acontecer.

6. Encoraje-a a encarar os profissionais de saúde como elementos que ajudam. Recorde-lhe que a equipa tem muita prática em cuidar/ajudar crianças doentes. Incentive-o a fazer perguntas aos profissionais de saúde. Quando possível, permita que a criança faça escolhas, aumentando a sensação de controlo.

7. As crianças pequenas ficam mais perturbadas quando são deixadas sozinhas. Apesar de uma pausa do hospital ser útil para o cuidador, é importante que outra pessoa significativa fique a acompanhar a criança na sua ausência. Avise a criança quando e porque vai sair, informando-o quando regressa.

8. Cuide de si. Se está preocupado, chateado ou sem dormir, vai ser mais difícil ajudar o seu filho. Não tenha medo de pedir a amigos ou família para ajudar. Fale sobre as suas preocupações com outras pessoas (família, amigos, membro religioso ou profissional de saúde).

9. Lembre-se que os irmãos ou outras crianças podem sentir medo, preocupação ou ciúmes. As necessidades dos irmãos são, por vezes, esquecidas quando uma criança está gravemente doente. Fale com os outros filhos sobre o que está a acontecer, o que esperar e o que estão a sentir. Deixe-os fazer perguntas. Procure manter as rotinas diárias com o auxílio de familiares e amigos.



No Hospital: Ajudar o Adolescente a Enfrentar a Doença

Informação para Pais e Cuidadores

Quando o adolescente é hospitalizado, este apresenta frequentemente *distress* (angústia) ou reações emocionais intensas. Apesar de ser o seu filho quem está doente, toda a família pode sentir-se sobrecarregada ou apresentar dificuldade em lidar com o sucedido. Com tempo, compreensão e apoio, a maioria dos adolescentes e famílias aprendem a adaptar-se à doença e a lidar adequadamente com a experiência de hospitalização.

Situações que podem desencadear *distress* ou ser traumáticas no Hospital:

- ✓ Desconhecimento sobre o que vai acontecer a seguir
- ✓ Alterações da imagem corporal – queda de cabelo, perda ou aumento de peso, feridas cirúrgicas ou traumáticas
- ✓ Efeitos secundários ou complicações do tratamento
- ✓ Preocupação com a recaída
- ✓ Medo da morte
- ✓ Separação de irmãos, amigos e animais de estimação
- ✓ Contato com outros adolescentes doentes ou conhecimento de outras pessoas que faleceram no hospital
- ✓ Experiência de dor ou exposição a procedimentos dolorosos

Alterações comuns no adolescente quando hospitalizado ou com *distress*:

- ✓ Facilmente irritável, mais sensível, despoleta discussões
- ✓ Sente-se vazio e “dormente”
- ✓ Alterações na alimentação, sono (pesadelos)
- ✓ Vontade de estar sozinho ou acompanhado permanentemente
- ✓ Sente-se de parte e com saudades de amigos e família
- ✓ Preocupa-se com a opinião dos outros e sentir-se diferente



Informação Especial para Pais e Cuidadores do Adolescente:

É frequente que o adolescente e os pais se sintam sobrecarregados ou frustrados com a doença ou com a experiência de hospitalização, em particular. Pode demorar algumas semanas até que estas reações se restabeleçam. Se o adolescente continuar perturbado, se subsistirem dúvidas sobre como o ajudar, ou se precisar de falar, existem profissionais de saúde que os podem ajudar a lidar com a situação no hospital (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, e capelões).



Os Pais e Cuidadores também podem apresentar *distress*:

- Ficam perturbados ao presenciar a dor do adolescente e podem sentir-se impotentes ou frustrados
 - Não querem ausentar-se de perto do adolescente e ficam em vigilância permanente
 - Ficam impacientes, apresentam problemas alimentares e de sono e sentem-se sobrecarregados devido às necessidades específicas de cuidados que o adolescente apresenta
 - Não querem partilhar as preocupações relativas ao adolescente com ninguém
- ⇒ Muitos pais e cuidadores têm dúvidas sobre como comunicar com o adolescente doente (ou com os irmãos) sobre as suas emoções, medos e dúvidas.

9 Estratégias para Ajudar o Adolescente a Enfrentar a Hospitalização



1. É a melhor pessoa para o confortar. Embora possa ser difícil, às vezes, tente manter a calma e a tranquilidade. Elogie e abrace frequente, se o seu filho quiser. Compreenda que, por vezes, o adolescente pode querer parecer “crescido”, mas mesmo assim necessitar do seu apoio e conforto.

2. Seja paciente (com o adolescente). Emoções intensas são reações comuns mas temporárias durante a experiência de hospitalização. Lembre-o de que não há problema se essas emoções forem confundidas com raiva ou medo. Defina regras e limites, como faria em casa, se as manifestações/comportamentos do adolescente forem excessivos.

3. Seja honesto (com o seu filho). O adolescente pode necessitar de informação e não a pedir. Compartilhe todos os pormenores da doença e tratamento – seja realista mas esperançoso. Se o adolescente tiver de ser sujeito a um procedimento doloroso, explique que pode doer, mas que tem o propósito de combater a doença. Quanto mais informado o seu filho estiver, mais preparado se sentirá.

4. Inclua-o nas discussões clínicas, quando apropriado. Permita que o adolescente esclareça quaisquer questões que possa ter relativamente à doença – das maiores preocupações para os aspetos menos relevantes. Incentive-o a efetuar questões aos profissionais de saúde. Ajude-o a participar nas decisões, através do planeamento antecipado de estratégias de alívio da dor (procedimentos dolorosos).

5. Falem sobre emoções em conjunto. O adolescente tende a tirar conclusões precipitadas ou a subestimar o que os outros pensam. Gentilmente, pergunte-lhe o que pensa ou acredita, sendo um bom ouvinte. Esteja disponível para compreender as emoções e palavras transmitidas pelo seu filho, mesmo que sejam difíceis de ouvir. Partilhe as suas emoções.

6. O adolescente é auto-consciente e gosta de sentir que controla a vida.

O adolescente preocupa-se com a imagem corporal futura e com a aceitação pelos pares. Tranquelize-o mas não descarte as suas preocupações - mesmo as mais pequenas. Devido à imprevisibilidade da doença, permita que o seu filho faça escolhas de forma autónoma, proporcionando-lhe uma sensação de realização e de controlo.

7. Ajude-o a estabelecer contato com velhos amigos e a criar novas amizades. Estar no hospital pode aumentar o sentimento de solidão. Converse com o seu filho antecipadamente sobre como explicar a doença aos amigos e responder a perguntas. Se possível, incentive-o a contactar com adolescente com experiências semelhantes. Disponibilize as ferramentas de comunicação (internet, telefone)

8. Cuide de si. Se está preocupado, chateado ou sem dormir, o seu filho vai perceber, tornando a situação mais difícil para todos. Não tenha medo de pedir a amigos ou família para ajudar. Fale sobre as suas preocupações com outras pessoas (família, amigos, membro religioso ou profissional de saúde).

9. Crie um ambiente familiar. Decore o quarto do hospital com objetos que o façam recordar a sua casa. Planeie os cuidados (horário) com os profissionais de saúde, a fim de manter a privacidade e o contato do adolescente com amigos e familiares.



Elaborado: Marta Neves

No Hospital: Ajudar a Criança a Enfrentar a Situação

Informação para Pais

Os sintomas de stress traumático são comuns após uma doença grave, acidente ou hospitalização. Apesar de ser o seu filho quem está doente ou ferido, toda a família pode ser afetada. É normal que não se sinta preparado para ajudar o seu filho a lidar com a situação.

Sintomas de Stress Traumático podem incluir:

- ✓ Ficar facilmente perturbado, chateado ou com raiva
- ✓ Sentir-se ansioso, nervoso ou confuso
- ✓ Estar irritado e não cooperante
- ✓ Sentir-se vazio ou sem forças (dormente)

Aspetos no hospital que podem ser traumáticos para a criança:

- ✓ Ficar sozinha
- ✓ Estar com dor ou submetida a procedimentos dolorosos
- ✓ Observar uma lesão no próprio corpo
- ✓ Estar exposta a equipamentos hospitalares assustadores
- ✓ Pensar que estar no hospital é uma punição
- ✓ Ver outras crianças doentes ou feridas
- ✓ Ter medo de morrer



O Hospital pode ser traumático para os pais:

Ter uma criança doente, ferida ou hospitalizada resulta em sentimentos de frustração, tristeza, preocupação ou desamparo.

- É um momento stressante quando as relações com os profissionais de saúde ganham prioridade perante outras relações e/ou atividades importantes, que ficam temporariamente suspensas
- Desafia as crenças mais íntimas dos pais sobre a segurança dos filhos.

Informações Especiais para Pais e Cuidadores

- Existem profissionais no hospital com experiência em ajudar outros pais e cuidadores na sua situação.
- Se está chateado, se tem dúvidas sobre como ajudar a sua criança, ou se apenas precisa de conversar, pode dirigir-se ao hospital (onde estão disponíveis os recursos humanos para o ajudar).

⇒ Muitos pais e cuidadores não se sentem preparados para comunicar com a criança que está doente (ou com os irmãos) sobre emoções, medos e dúvidas.

Referência bibliográfica: Traduzido e adaptado (sem permissão) de National Child Traumatic Stress Network (2004). Handouts for parents/caregivers: At the Hospital: Helping My Child Cope. Acedido em 20.10.2015. Disponível em: <http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/acp/hospital/brochures/Hospital-Child.pdf>

8 Estratégias para Ajudar a Criança a Enfrentar a Hospitalização



1. É a melhor pessoa para confortar o seu filho. Embora possa ser difícil, às vezes, tente manter a calma e a tranquilidade. Elogie e abrace frequente, se a criança quiser. Durante os testes e procedimentos, segure a mão da criança e tente distraí-la com histórias e fotos.

2. Seja paciente (com a criança). As reações da criança podem incluir choro, lamentações, birras (agarrando-se) e frustrações. Estes sentimentos e comportamentos são comuns e expectáveis quando de moderada intensidade. Quando o comportamento da criança se começar a tornar incontrolável, não há problema em definir regras e limites, como faria em casa.

3. Ajude-a a entender o que está a acontecer. Utilize palavras simples e recorra a exemplos adequados ao estágio de desenvolvimento da criança. Seja honesto e explique a finalidade dos procedimentos dolorosos (pode doer; ajuda a tratar/ficar melhor), para que ela se sinta melhor.

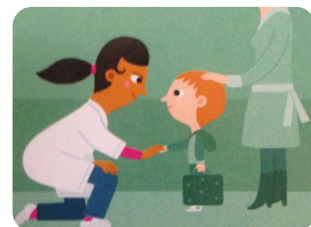
4. Permita que a criança fale sobre preocupações e sentimentos associados ao hospital Lembre-a que não há problema em ter medo ou chorar e ajude-a a expressar as emoções. As crianças mais novas tendem a expressar-se através de brincadeiras, histórias e desenhos. Escute a criança e esclareça as emoções, fazendo-a entender que são normais.

5. Falem sobre emoções em conjunto. As crianças sabem mais do que admitem, mas facilmente fazem interpretações erradas sobre informações ou sentimentos de outras pessoas. Questione para compreender o que sabem e imaginam. Tranquillize a criança, afirmando que não tem culpa do que está a acontecer.

6. Encoraje-a a encarar os profissionais de saúde como elementos que ajudam. Recorde-a que a equipa tem muita prática em cuidar/ajudar outras crianças a sentirem-se melhor. Incentive-o a fazer perguntas aos profissionais de saúde. Para ter informações precisas, esclareça as suas dúvidas perguntando também.

7. As crianças pequenas ficam mais perturbadas quando são deixadas sozinhas. Apesar de uma pausa do hospital ser útil para o cuidador, é importante que outra pessoa significativa fique a acompanhar a criança na sua ausência. Avise a criança quando e porque vai sair, informando-o quando regressa.

8. Cuide de si. Se está preocupado, chateado ou sem dormir, vai ser mais difícil ajudar o seu filho. Não tenha medo de pedir a amigos ou família para ajudar. Fale sobre as suas preocupações com outras pessoas (família, amigos, membro religioso ou profissional de saúde).



Elaborado: Marta Neves

No Hospital: Ajudar o Adolescente a Enfrentar a Situação

Informação para Pais

Os sintomas de stress traumático são comuns após uma doença grave, acidente ou hospitalização. Apesar de ser o seu filho quem está doente ou ferido, toda a sua família pode ser afetada. No início, é possível que não se sinta preparado, como cuidador, para ajudar o seu filho (e a si mesmo) a lidar com a situação.

Os sintomas de stress traumático podem incluir:

- ✓ Ficar facilmente chateado ou com raiva
- ✓ Sentir-se ansioso, nervoso ou confuso
- ✓ Estar irritado e não cooperante
- ✓ Sentir-se vazio e apático

Aspetos do hospital que podem ser traumáticos para os adolescentes:

- ✓ Incerteza acerca do que poderá suceder
- ✓ Sentir dor ou suportar procedimentos dolorosos
- ✓ Ter uma ferida visível ou ficar com uma lesão permanente
- ✓ Medo do que os outros possam pensar ao saberem que está doente ou no hospital
- ✓ Medo de morrer



O Hospital também pode ser traumático para os pais:

Ter um filho doente, ferido ou hospitalizado resulta em sentimentos de frustração, tristeza, preocupação ou desamparo.

- É um momento stressante quando as relações com os profissionais de saúde ganham prioridade perante outras relações e/ou atividades importantes, que ficam temporariamente suspensas;
- Desafia as crenças mais íntimas dos pais sobre a segurança dos filhos.



Informações Especiais para Pais e Cuidadores:

- ⇒ Existem profissionais no hospital com experiência em ajudar outros pais e cuidadores na sua situação.
- ⇒ Se está chateado, se tem dúvidas sobre como ajudar a sua criança, ou se apenas precisa de conversar, pode dirigir-se ao hospital (onde estão disponíveis os recursos humanos para o ajudar).
- ⇒ Incentive o seu filho a conversar com alguém
- ⇒ Muitos pais e cuidadores não se sentem preparados para comunicar com o seu filho adolescente que está doente (ou com os irmãos) sobre emoções, medos e dúvidas.

8 Estratégias para Ajudar o Adolescente a Enfrentar a Hospitalização



1. É a melhor pessoa para confortar o seu filho. Embora, por vezes, possa ser difícil, tente manter a calma e a tranquilidade. Elogie e abrace frequente, se o seu filho quiser. Recorde-o que os profissionais de saúde são experientes e sabem como ajudar os adolescentes doentes e feridos.

2. Seja paciente (com o adolescente). As emoções intensas são reações comuns mas temporárias durante a experiência de hospitalização. Lembre-o que é normal sentir-se confuso, chateado ou assustado e que é benéfico que fale das suas emoções. Reconheça que o seu filho pode querer parecer “adulto” e ao mesmo tempo sentir-se assustado e necessitar que o console e apoie.

3. Seja honesto (com o seu filho). O adolescente pode necessitar de informação e não a pedir. Compartilhe todos os pormenores da doença e tratamento – seja realista mas esperançoso. Se o adolescente tiver de ser sujeito a um procedimento doloroso, explique que pode doer, mas que tem o propósito de o ajudar a sentir-se melhor. Quanto mais informado o seu filho estiver, mais preparado se sentirá.

4. Inclua-o nas discussões clínicas, quando apropriado. Incentive-o a efetuar questões aos profissionais de saúde. Ajude-o a participar nas decisões, através do planeamento antecipado de estratégias de alívio da dor (procedimentos dolorosos).

5. Falem sobre emoções em conjunto. O adolescente sabe mais do que admite, pelo que, por vezes, pode interpretar erradamente a informação e as emoções das outras pessoas. Pergunte-lhe cuidadosamente o que pensa ou acredita, sendo um bom ouvinte e compartilhe as suas emoções, pensamentos e comportamentos.

6. O adolescente é auto-consciente e preocupa-se com a aceitação da imagem corporal pelos pares, e com a privacidade.

Tranquilize-o mas não descarte as suas preocupações e seja sincero. Encontre formas de respeitar e de apoiar a privacidade do adolescente. Permita-lhe que realize alguns autocuidados autonomamente.

7. Ajude-o a estabelecer contato com velhos amigos e a criar novas amizades. Solicite aos profissionais de saúde que ajudem o seu filho a contactar com outros adolescentes hospitalizados com experiências similares.

8. Cuide de si. Se está preocupado, chateado ou sem dormir, o seu filho vai perceber, tornando a situação mais difícil para todos. Não tenha medo de pedir a amigos ou família para ajudar. Fale sobre as suas preocupações com outras pessoas (família, amigos, membro religioso ou profissional de saúde).



Depois do Hospital: Ajudar a Criança a Enfrentar a Situação

Informação para Pais

Quando a criança está gravemente doente ou ferida e tem que ficar hospitalizada, ela e a sua família tendem a sentir-se tristes e preocupadas. Essas emoções são comuns e podem manter-se após o regresso a casa. As crianças e os pais podem questionar-se de como vão lidar com a situação sem o apoio dos profissionais de saúde e algumas famílias apresentam dificuldade em reajustar/regressar às rotinas diárias.

O que esperar nos dias e semanas seguintes à alta hospitalar para o domicílio:

Depois da experiência de hospitalização, é frequente que algumas crianças apresentem alterações de comportamento. Existem crianças e pais que pensam constantemente na experiência, sentindo-se preocupados. Por vezes, evitam alguns sítios ou coisas que os façam recordar da hospitalização. Geralmente, estas reações melhoram com tempo, compreensão e suporte.



Sinais de que a criança precisa de ajuda diferenciada:

- Atenção excessiva aos perigos
- Apresenta novos medos
- Não quer ir à escola e está a piorar o desempenho
- Não quer estar com os amigos ou realizar as atividades habituais
- Discute frequentemente com família e amigos

Outros comportamentos comuns (temporários) ao regressar a casa depois do hospital:

Criança- Toodler e pré-escolar

- Apega-se aos Pais ou outros adultos
- Enurese noturna e “chupar no dedo”
- Medo do escuro

Criança - Idade escolar e Adolescente

- Alterações no padrão alimentar e de sono
- Assusta-se e fica nervoso facilmente
- Queixa-se de dor de cabeça, estômago ou outras dores ligeiras

Pais

- Preocupação permanente com a segurança dos filhos
- Excesso de proteção mesmo quando não há necessidade
- Ficam perturbados ao recordar a situação, especialmente quando os filhos apresentam dor ou desconforto
- Sentem-se ansiosos ao cuidar das necessidades de saúde da criança

Quando e onde pode obter ajuda extra para o seu filho?

A maioria das crianças e famílias sente-se melhor após alguns dias ou semanas. Diversas lesões ou doenças acarretam consigo alterações de comportamento na criança, pelo que também é importante que converse sobre a situação com os profissionais de saúde. Se as reações do seu filho durarem mais tempo, piorarem ou afetarem as atividades de vida diárias, dirija-se a um profissional de saúde (Cuidados de saúde primários ou Hospital).

Referência bibliográfica: Traduzido e adaptado (sem permissão) de National Child Traumatic Stress Network (2004). Handouts for parents/caregivers: After the Hospital: Helping my Child Cope. Acedido em 20.10.2015. Disponível em <https://www.healthcaretoolbox.org/images/pdf/AftertheHospitalHelpingMyChildCope.pdf>

8 Estratégias para Ajudar a Criança a Enfrentar o Pós Hospitalização

1. Retome as rotinas diárias. As rotinas ajudam as crianças a sentirem-se seguras. Ajude o seu filho a retomar as atividades habituais, na medida em que a lesão ou doença o permita.

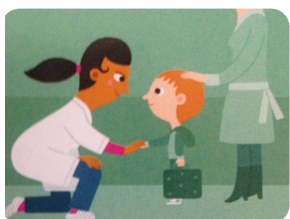


2. Seja paciente e dê-lhe tempo para se readaptar Lembre-se que pessoas da mesma família podem apresentar reações diferentes. Os irmãos também podem sentir chateados. A maioria dos membros da família necessita de tempo e garantia de que a situação regressará à normalidade.

3. Estabeleça limites normais. Pode sentir-se tentado a flexibilizar as regras, com o intuito de ajudar o seu filho a sentir-se especial ou para o compensar da experiência difícil que está a vivenciar. Porém, em muitas situações, é mais benéfico para a criança se estabelecer os limites de comportamento normais e mantiver, sem modificar, as regras e expectativas familiares.

4. Permita que a criança fale das suas emoções e preocupações, se assim o desejar. No caso das crianças mais pequenas, incentive-as a jogar, desenhar ou contar uma história. Pergunte ao seu filho (e irmãos) o que pensam, sentem e imaginam. Seja um ouvinte atento – e partilhe os factos, emoções e reações.

5. Incentive-o a passar tempo com os amigos. Após a experiência de hospitalização (doença ou lesão), algumas crianças sentem-se “diferentes”. É possível que o seu filho lhe pergunte como reagirão os amigos. Ajude-o a conhecer as respostas que poderá dar às perguntas dos amigos (a doença é contagiosa? Quanto tempo vais ter o gesso?). Convide amigos do seu filho para o visitar e ajude-o a planear atividades divertidas (se desejar).



6. Ajude-o a fazer algumas coisas autonomamente. Devido à situação de doença/ lesão do seu filho, pode sentir-se tentado a realizar as tarefas por ele. No entanto, é mais útil que o incentive a realizar todas as coisas que costumava fazer anteriormente, de acordo com as limitações atuais.

7. Dispense um tempo para lidar com as suas emoções. É mais difícil ajudar o seu filho se estiver preocupado, chateado ou deprimido. Partilhe as suas emoções com outra pessoa (família, amigo, membro religioso ou profissional de saúde).

8. Mantenho o contato com a equipa de saúde. Existem doenças e/ou lesões que podem acarretar alterações de comportamento, pelo que deve informar o profissional de saúde da evolução da situação. Existem terapias específicas para crianças e famílias que necessitam de ajuda diferenciada .

Depois do Trauma: Ajudar a Criança a Enfrentar a Situação

Informação para Pais – O que fazer ou dizer



6 formas de ajudar a criança após um acontecimento traumático:

- 1. Demonstre à criança que está em segurança.** Dê-lhe abraços extra (mesmo que já seja adolescente).
- 2. Permita que a criança fale sobre as suas emoções e preocupações, se o desejar.** Tranquelize-a ao esclarecer que estar ligeiramente assustada e chateada é normal. Se a criança não quiser falar incentive-a a escrever uma história ou fazer um desenho.
- 3. Retome as rotinas diárias.** Ajude a criança a dormir o suficiente, a comer regularmente, a continuar com as tarefas escolares e a voltar a fazer atividades com amigos, de acordo com o contexto da lesão.

4. Aumente o tempo com a família e amigos. As crianças que recebem apoio adicional da família e dos amigos recuperam melhor dos acontecimentos traumáticos. Leiam, joguem e vejam filmes juntos.

5. Disponha de tempo para lidar com as suas emoções. Será mais difícil ajudar o seu filho se estiver preocupado ou chateado. Fale sobre as suas emoções com outras pessoas (família, amigos, membro religioso e profissional de saúde).

6. Compreenda que pessoas da mesma família podem apresentar reações diferentes. Recorde que as emoções e preocupações de outros familiares em relação à lesão do seu filho podem ser diferentes das suas. Os irmãos também podem ficar chateados se não forem envolvidos na situação.

O que esperar após um evento traumático?

- Nos primeiros dias após o trauma, a criança pode sentir-se confusa, chateada, nervosa ou preocupada.
- É normal. A maioria das crianças precisa de um tempo extra para se sentir melhor.

Quais as alterações habituais na criança após o trauma? Depois do trauma, as alterações de comportamento que pode identificar são:

- **Toddlers e crianças em idade pré escolar:** “Chupar no dedo”, enurese noturna, dependência dos pais, medo do escuro.
- **Crianças em idade escolar:** Ficam facilmente chateados ou com raiva, dependência dos pais, pesadelos, desatenção, recusa em ir à escola ou brincar com amigos.
- **Adolescentes:** Alteração dos padrões alimentares e do sono, novos problemas na escola, discussões com amigos e família, referem que se sentem doentes.

Quando e onde pode obter ajuda para o seu filho?

Se as reações anteriormente descritas não desaparecerem e estiverem a agravar-se, converse com um profissional de saúde para encontrar a melhor forma de ajudar o seu filho e a sua família.



Referência bibliográfica: Traduzido e adaptado (sem permissão) de National Child Traumatic Stress Network (2010). Handouts for parents/caregivers: After the Trauma Helping my Child Cope. Acedido em 20.10.2015. Disponível em <https://www.healthcaretoolbox.org/images/pdf/AftertheTraumaHelpingMyChildCope.pdf>

Aspetos considerados importantes por outros pais

Crianças Pequenas



“Agora estás em segurança.”



“Porque não fazes um desenho sobre a tua doença/ hospitalização?”

Crianças Mais Velhas



“Podes passar tempo com os teus amigos.”



“Quando estou chateado, procuro alguém para conversar.”

Fazer: Permita que o seu filho fale acerca do sucedido, se desejar.

Dizer: “Aconteceram muitas coisas. Estás preocupado ou confuso com algo?”

Fazer: Se o seu filho não estiver interessado em falar do acontecimento, sugira que faça um desenho ou escreva uma história sobre o sucedido.

Dizer: (Crianças pequenas): “Podes fazer um desenho sobre o que aconteceu e depois contar-me a história?” (Adolescentes): “Podes escrever um história sobre o acontecimento e sobre o que sentes?”

Fazer: Tenha em consideração que os irmãos também se podem sentir chateados e preocupados.

Dizer: “Como estás? Estás preocupado com algo?”

Fazer: Certifique-se de que o seu filho mantém horários regulares para comer e dormir. Se existem problemas ao nível do padrão do sono: (crianças pequenas)- Conte uma história e brinque com o peluche favorito dele; (adolescentes) – planeie um momento de relaxamento com música tranquila.

Dizer: Crianças pequenas – “Vamos ler o teu livro favorito antes de dormir?”; Adolescentes – “Que dizes se ouvirmos uma música que te ajude a relaxar?”

Fazer: Partilhe com outro adulto as suas preocupações relativamente ao que aconteceu ao seu filho. Fale com um profissional de saúde se considera que está a sobrevalorizar o acontecimento.

Dizer: “ Sinto-me um pouco preocupado. Falar com alguém poder-me-ia ajudar.”



Elaborado: Marta Neves

Apêndice VII - *Kit da Esperança*:
Cartões Celebração e Diário de Conquistas

O internamento de um filho recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais é um momento de crise e de ameaça à esperança dos pais. A prematuridade, considerada por Askin & Wilson (2014) como a principal causa de admissões de recém-nascidos nas Unidades de Cuidados Intensivos, encontra-se conotada de significados negativos pelos riscos e incertezas que lhes estão inerentes. O agir profissional dos enfermeiros deve constituir uma força impulsionadora do bem-estar e da esperança, pelo que o recurso a intervenções que promovam suporte a nível social, emocional, formativo e instrumental contribuem para o desenvolvimento de competências que permitem um processo adaptativo à situação de saúde do cliente pediátrico, promovem a esperança e a motivação, e diminuem o sofrimento (Oliveira, 2011).

A esperança, imprescindível à resiliência, surge como uma poderosa estratégia de “coping” e pode ser entendida “como uma força de vida dinâmica, importante na promoção, manutenção e sustentação da vida, emergindo das experiências partilhadas (...) associada ao bem-estar psicológico dos pais e ao desenvolvimento das suas expectativas, podendo proteger os mesmos contra a ansiedade e o sofrimento” (Charepe, 2011). Pela natureza intrínseca dos cuidados intensivos, pela constante sensação de ameaça à vida, a esperança assume um papel de extrema relevância neste contexto. Segundo Cutcliffe e Herth (2002) as intervenções de esperança nos cuidados intensivos devem focar-se na manutenção da esperança da pessoa e têm um potencial terapêutico. A esperança pode proteger os pais de recém-nascidos internados da ansiedade e sofrimento, porque está associada ao bem-estar psicológico dos pais, orientação para a vida/ futuro, união com os outros, confiança e transformação pessoal positiva (Charepe, 2011). Cavaco et al. (2010) corrobora esta ideia ao afirmar que a esperança contribui para o aumento da capacidade da pessoa lidar com situações de crise, manutenção da qualidade de vida, determinação de objetivos saudáveis e promoção da saúde.

No âmbito da tomada de decisão, a esperança surge como um aspeto vital relacionado com os cuidados de Enfermagem enfatizada na relação terapêutica estabelecida. Fortalece as defesas psicológicas e fisiológicas em situações de crise, sendo definida como: um tipo de “emoção... confiança nos outros e no futuro... expressão de razões para viver... paz interior, optimismo, associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia” (OE, 2011). No âmbito das competências em domínios da prestação de cuidados e da responsabilidade profissional no seio da interdisciplinaridade, a equipa de Enfermagem assume um papel autónomo na promoção de recursos como a crença religiosa, a espiritualidade, o sentido da vida, o apoio familiar, a rede de suporte comunitário, a entreeajuda, e a esperança (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 1996). Tendo por base as constatações anteriores e a evidência científica mais atual, foram elaborados cartões-celebração e um diário para recém-nascidos sem acompanhante com o intuito de dinamizar a esperança na UCIN e tornar a experiência emocional das famílias menos traumática.

Bemvindo ao Berçário!

Nome:

Data:



"A vida é como uma caminhada.
Os primeiros passos
determinam o resto do
caminho."

Arthur Schopenhauer

Parabéns pelo Primeiro Kg!

Nome:

Data:

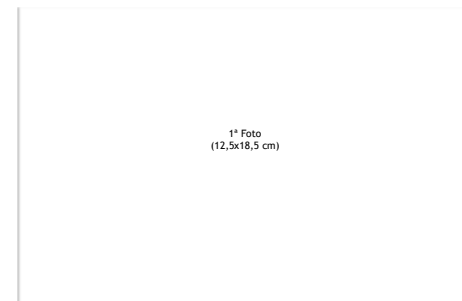


"Não podemos olhar para o
futuro, mas podemos criar as
bases para algo futuro,
podemos construir o futuro."

Antoine de Saint-Exupéry

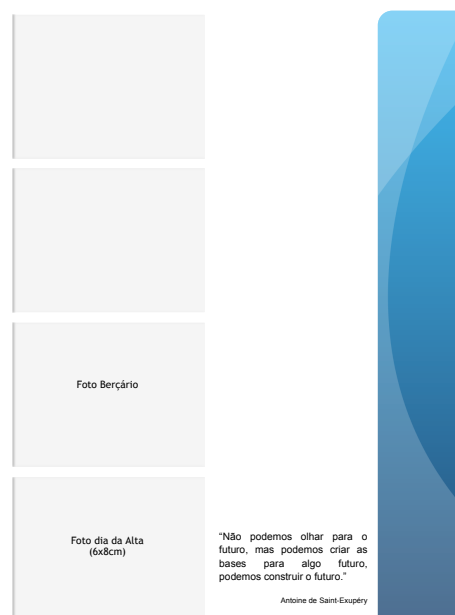
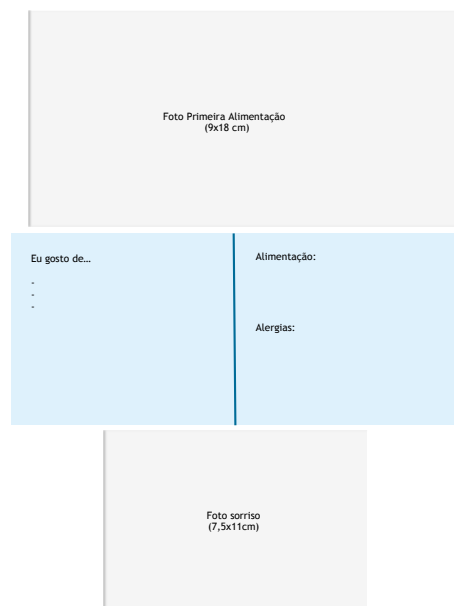
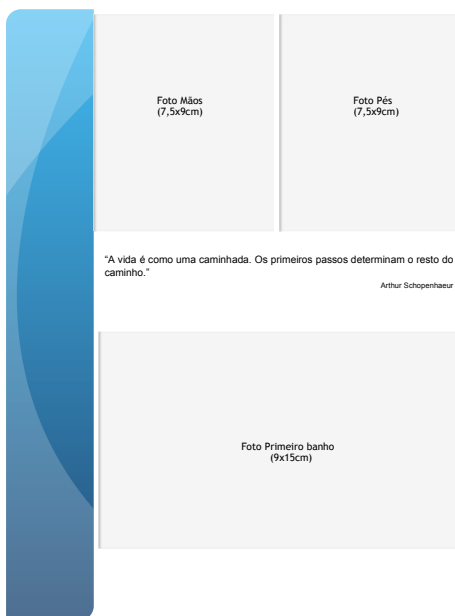


Nome: _____
 Apelido: _____
 Aggar: _____
 Data de Nascimento: __/__/____
 Hora de Nascimento: __:____
 Peso: _____ gr
 Comprimento: ____cm



"Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós."

Antoine de Saint-Exupéry



Em suma, esta atividade contribuiu para a aquisição de competências de EESCJ, uma vez que permitiu aceder a aspetos da relação com o cliente pediátrico, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2010), nomeadamente no que respeita à promoção da vinculação (E 3.1), da esperança realista (E 3.2.3.), a importância de negociar com os pais o seu envolvimento com o RN (E 3.2.6.). Assim, esta atividade deu conta que de facto 'cuidar' implica ter sensibilidade para o Outro e implica o estabelecimento da Relação Terapêutica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Askin, D., & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. In M. Hockenberry, & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 331-411). Loures: Lusociencia.
- Cavaco, V. et al. (2010). Qual o papel da Esperança na saúde da pessoa? Revisão Sistemática. *Revista Referência*. II (12), p. 93-103.
- Charepe, Z. (2011). *O Impacto dos grupos de ajuda mútua no desenvolvimento da esperança nos pais de crianças com doença crónica: construção de um modelo de intervenção colaborativa*. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Cuttcliff, J. & Herth, K. (2002). The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature. *British Journal of Nursing: London*, 11(12), p. 832-840.
- Decreto-Lei nº 161/96 (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. DR I(A), p.2959-2962.
- Oliveira, M. (2011). *Caminhos de Esperança: O Adolescente/ Família portador de Doença Crónica*. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Lisboa: ICSUCP.
- Ordem Dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Apêndice VIII - Sessão de Análise das Práticas

A enfermagem é um protótipo de profissão do cuidar, onde a interação enfermeiro-cliente exige um trabalho emocional (Vilelas & Diogo, 2014). Segundo Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida (2015), o Cuidar, conceito central na identidade da Enfermagem, envolve a compreensão da experiência humana associada aos fenômenos saúde-doença. Por um lado, os enfermeiros no seu cuidar não podem ser indiferentes às emoções humanas (Watson, 2002) e por outro lado, vivenciam experiências emocionalmente intensas na relação com o cliente, pelo que a gestão das suas emoções é essencial nas interações bem-sucedidas, por forma a conseguirem demonstrar compreensão pelo Outro e conseguirem lidar com a influência dos sentimentos do Outro (Diogo, 2015), nomeadamente em situações de cuidados paliativos pediátricos. Note-se que cuidar de crianças, especialmente quando elas estão a sofrer, é suscetível de envolver uma significativa quantidade de trabalho emocional (Smith, 2012), pelo que os enfermeiros são frequentemente incentivados a regular as suas próprias emoções para conseguirem compreender eficientemente as emoções negativas das pessoas que cuidam, capacitando-os para o autoconhecimento e auto monitorização das suas próprias emoções (Vilelas, 2013). Refletir sobre a realidade constitui assim um primeiro passo para a poder modificar. Boterf (2006) refere que o distanciamento ou a reflexividade é uma das dimensões que traduz a competência ou o profissionalismo. O distanciamento é condição necessária para poder melhorar as práticas profissionais, o que, no contexto específico desta atividade, significou melhorar os cuidados de enfermagem.

Diogo (2012), reportando-se a Kolb (1983), afirma que uma prática reflexiva conduz à (re)construção de saberes e tem por base a construção de uma circularidade em que a teoria ilumina a prática e a prática questiona a teoria. Isto pressupõe a apropriação dos saberes da experiência através de um processo de ação e reflexão contínua. A diversidade de ferramentas de reflexividade privilegia a mobilização, a exploração e análise de situações concretas da prática de cuidados, uma vez que a capacidade reflexiva envolve um questionamento sistemático da própria prática, de modo a melhorar essa prática e a aprofundar o próprio conhecimento (Diogo, 2012). Esta reflexão sobre as práticas implicou como abordagem a análise em grupo, com recurso a um modelo estruturado e apropriado, e tendo como ponto de partida um artigo sobre o trabalho emocional em enfermagem. Diogo (2012) ao referir-se a Mann (2005) salienta como estratégias formativas para o desempenho do trabalho emocional: a análise das práticas no local de trabalho com enfermeiros experientes; o treino de competências emocionais “centradas no cliente”; o treino centrado no autoconhecimento; a aprendizagem reflexiva. Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida (2015) concluem que para que seja conferido a devida visibilidade a este trabalho emocional em contextos de cuidados pediátricos, torna-se essencial que os profissionais de enfermagem se consciencializem e adotem estratégias específicas em enfermagem pediátrica através da

reflexão sobre as práticas baseadas na evidência científica. Deste modo, realizou-se uma sessão de análise das práticas num serviço de internamento de pediatria com 4 enfermeiros especialistas, escalados no turno da manhã mas selecionados previamente, e que já tinham lido o artigo “O Trabalho Emocional na Práxis de Enfermagem” como suporte teórico para a sessão. Relativamente à seleção dos sujeitos para esta sessão de análise das práticas, e dado que é a própria experiência de relação o lugar privilegiado de afirmação e desenvolvimento do trabalho emocional, considerou-se o tempo de experiência profissional na prestação de cuidados, como um critério de inclusão importante a ter em conta. Assim, e de acordo com Benner (2001), estabeleceu-se como critério de seleção, a experiência profissional na prestação de cuidados igual ou superior a cinco anos, garantindo deste modo que os participantes da sessão se encontrariam num nível considerado competente. No respeito pela privacidade dos participantes garantiu-se a confidencialidade das fontes. Este espaço constituiu uma partilha de experiências de Ser enfermeiro/a e cada relato foi registado em notas de campo.

Com vista a proporcionar uma maior reflexão e induzir práticas mais consistentes e adaptadas às reais necessidades da criança com necessidades paliativas, colocou-se a seguinte questão: "As emoções dão sentido ao agir dos enfermeiros e dão sentido ao próprio cuidar" (Diogo, 2015, p.15). *Considerando esta afirmação diga qual é a sua perspetiva no que concerne à experiência emocional do cuidar crianças e famílias com necessidades paliativas?*

Para o desenvolvimento desta análise de práticas focalizei-me na reflexão das narrativas desenvolvidas a partir da questão supracitada, apresentando-se de seguida diversos excertos.

- *“Perante situações que mexem comigo prefiro pensar que dei o meu melhor, alivia o meu sentir. Mas custa principalmente desde que fui mãe ... enfim ... penso conseguir estar próxima e afastar-me quando necessário... aprender a estar presente na vida e na morte, penso que é o ideal máximo de enfermagem”*(Enf1).

- *“Considero que o tema do Trabalho Emocional está em crescente desenvolvimento científico, acho que agora é que começamos a ouvir e tomar mais consciência da componente emocional inerente à relação terapêutica que estabelecemos com a díade, evidenciando a intencionalidade da mesma; É imprescindível atender às necessidades emocionais da criança e família pois, só assim serão prestados cuidados de enfermagem de qualidade... A nossa prestação de cuidados deve ser feita de forma personalizada, individualizada porque cada criança reage de forma distinta a determinada intervenção...”* (Enf2).

- *“ Os Cuidados Paliativos Pediátricos são muito mais que cuidados de fim de vida e acarretam experiências emocionalmente intensas, por vezes difíceis de gerir... Ajudar o outro, estar com o outro nos momentos de maior angústia e desespero são tarefas que*

implicam conhecimento de nós mesmos e capacidade de lidar com as nossas emoções e com as de quem cuidamos. Quando a família se encontra vulnerável, necessita de alguém que a faça sentir-se segura, de alguém em quem confie, que a compreenda, que mostre que a entende e que revela empatia e proximidade para com a experiência de saúde-doença, pelo que procuro transmitir calma...” (Enf3).

- “Acredito que se aprende no dia-a-dia e no refletirmos sobre nós próprios e sobre as nossas próprias emoções quando cuidamos. É sempre difícil gerir emocionalmente os episódios de procedimentos dolorosos e lidar com a morte das crianças... O apoio entre colegas, os momentos de partilha em equipa do que se sente são muito importantes...” (Enf4).

A gestão emocional do enfermeiro, no processo de cuidar a criança com necessidades paliativas, exige a identificação de fatores que vão influenciar essa mesma gestão nos cuidados. Para Watson (2002), o processo de cuidados é um processo relacional em que ocorre comunicação e libertação de sentimentos humanos. De facto, no cuidar da criança, o enfermeiro experiencia as respostas de sofrimento e as emoções da criança, daí a importância de fazer a regulação das suas próprias emoções para prover cuidados (Diogo, 2015). Desta forma, pretendi constituir um espaço de reflexão que permitisse que os enfermeiros pudessem esclarecer a sua prática, analisando-a à luz das suas conceções, modelos orientadores, motivações e sistema social envolvente. Verificou-se que a abordagem ao cliente adotada pelo enfermeiro depende de variados fatores que podem estar relacionados com o próprio cliente, com a organização dos cuidados, com a relação entre a equipa de saúde e com aspetos inerentes à própria prática. Estas variáveis que interagem de diferentes formas, podem constituir-se como facilitadoras ou dificultadoras de cuidados paliativos pediátricos.

Numa análise dos relatos obtidos e tendo como suporte teórico o estudo de Diogo (2015), constatei que perante experiências emocionalmente intensas (pontuais-procedimentos dolorosos ou contínuas – cuidados paliativos pediátricos), o sofrimento da pessoa cuidada pode ser transferido para o próprio enfermeiro, na sequência da empatia emocional desenvolvida. Desta forma, a capacidade do enfermeiro em gerir as emoções que emergem no seio da relação de cuidados, relaciona-se com a sua capacidade para autorregular as suas emoções. Quando o enfermeiro está emocionalmente instável, fica dificultada a função de autorregulação das próprias emoções (Diogo, 2015), podendo nesse caso recorrer a mecanismos de defesa como a fuga ou mecanismos de controlo. Relativamente aos aspetos organizacionais relacionados com os cuidados, as enfermeiras referiram que o método de trabalho adotado tem interferido negativamente nos cuidados prestados à criança com doença crónica complexa. Foi reconhecida a importância do método de trabalho por enfermeiro de referência, uma vez que o método individual, além de comprometer a continuidade do acompanhamento do cliente, impede que se estabeleça

uma verdadeira relação terapêutica.

Note-se que a partilha das emoções com colegas surge como uma forma de análise das experiências emocionais, enquanto recurso externo (Diogo, 2015). É reconhecido como suporte e apoio de diferentes modos e em diferentes momentos, inclusivamente no acompanhamento durante a realização de procedimentos dolorosos e pela boa disposição promotora de uma ambiente agradável no seio da equipa, tornando-se por isso uma condição facilitadora da regulação da disposição emocional para cuidar dos enfermeiros. Hopkinson (2002) e Lewis (2005) salientam que a oportunidade que os enfermeiros têm para falar uns com os outros sobre as suas experiências durante a passagem de turno, pode ser entendido como um exemplo do processo de *coping*. Os enfermeiros fazem uma “reciclagem das emoções negativas” pois possuem uma visão positiva, otimista e uma vontade construtiva na relação com os clientes (Diogo, 2015). De acordo com Diogo (2012), tornar o trabalho emocional mais explícito e mais visível proporciona aos enfermeiros melhores possibilidades de desenvolverem competências para lidar adequadamente com a pressão emocional, situações de stress e na mobilização de estratégias de gestão emocional nos cuidados ao cliente pediátrico, nomeadamente ao com necessidades paliativas. Desta forma, a reflexão sobre experiências que envolvem trabalho emocional contribuiu, por um lado, para uma melhor consciencialização e integração do conceito na orientação para a prática de Enfermagem explicitando a sua intencionalidade terapêutica, e por outro lado, para uma gestão emocional interna, para um crescimento e conhecimento próprio, promovendo o desempenho deste trabalho emocional. Permitiu ainda clarificar o campo de ação dos enfermeiros promovendo o cuidar humano (Ibidem). Assim, sugere-se que os enfermeiros, no decorrer dos seus anos de prática, aprendam a conhecer e a reconhecer as suas próprias emoções. Considerando que uma emoção pode passar para o consciente sem que a pessoa faça por isso, no entanto a gestão do sentimento associado à emoção pode ser gerido, isto é, controlado (Rispaill, 2002).

Esta sessão de análise das práticas sustentou-se numa lógica de transformação da experiência, em vez de optar por ações de formação programadas destinadas a suprimir as carências. Através desta atividade foi possível perceber que a temática do trabalho emocional em cuidados paliativos pediátricos, parece ainda suscitar dúvidas quanto ao seu desenvolvimento, embora seja notória a crescente visibilidade que lhe é atribuída. Assim, surgem respostas que dão conta da dificuldade em expressar por palavras os aspetos da esfera emocional que estão inerentes aos cuidados paliativos pediátricos. Efetivamente, os relatos parecem sugerir que existe uma certa incapacidade para testemunhar e concretizar como foi possível estabelecer uma relação emocionalmente competente com o Outro. Por ultimo, pretendi com esta sessão melhorar o desempenho do trabalho emocional na prática de cuidados, contribuir para as boas práticas e desenvolver competências de EEESCJ.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Boterf, G. (2006). *Três dimensões a explorar: Avaliar a competência de um profissional*. Disponível em <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>
- Diogo, P. (2012). O trabalho emocional em Enfermagem como foco de investigação e reflexão. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 4, p. 2-9.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica. Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Lisboa: Lusociência.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, 43-51.
- Hopkinson, J. (2002). The hidden benefit: the supportive function of the nursing handover for qualified nurses caring for dying people in hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 168-175.
- Lewis, P. (2005). Suppression or expression: an exploration of emotion management in a special care baby unit. *Work Employment Society*, 19,565-581.
- Rispail, D. (2002). *Conhecer-se melhor para melhor comunicar: Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revisited: Can Nurses Still Care? (2ªed)*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: Uma revisão do conceito. *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa*, 7(3), 41-50.
- Vilelas, J. & Diogo, P. (2014). O Trabalho Emocional na Práxis de Enfermagem. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, 35(3), 145-149.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Apêndice IX - Brinquedo Terapêutico

A preparação para a hospitalização e os seus efeitos positivos têm vindo a ser estudados e cada vez mais está comprovada a sua eficácia e eficiência na redução do tempo de hospitalização e na diminuição dos efeitos negativos da mesma. Na perspetiva de Watson (2002), teórica de enfermagem, o cuidar transpessoal é facilitador da libertação de energia e força interior, ajudando a adquirir um sentido de harmonia na mente, corpo e alma. A expressão emocional funciona como um meio de “ventilação de sentimentos” perturbadores vividos. Esta “ventilação” torna-se ainda mais relevante quando se compreende que a criança é um Ser em construção e em desenvolvimento, o que reporta para a necessidade de minimizar o impacto negativo de uma experiência de hospitalização (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010). Contudo se o impacto for positivo, e a relação de cuidados for apoiante e securizante, a criança adquirirá um maior sentido de controlo sobre si, o que lhe permitirá envolver-se de forma mais intensa no mundo externo desenvolvendo auto-confiança e auto-estima ao contrário de frustração (Goleman, 2006; Diogo & Rodrigues, 2002). Para que esta gestão emocional ocorra, é importante que os enfermeiros valorizem e incrementem estratégias de atuação específicas em enfermagem pediátrica das quais se destaca o brincar terapêutico (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010).

Uma das importantes perdas decorrentes da hospitalização é a separação da criança do seu mundo mágico da brincadeira. Brincar é a atividade mais importante da vida da criança e é essencial para o seu desenvolvimento físico, emocional, mental e social. A mobilização das atividades de brincar nos cuidados de enfermagem implica a necessidade de considerar a disponibilidade da criança atendendo à sua vontade e interesse na decisão de qual o momento, espaço e forma da atividade a realizar, agindo sempre em negociação com a mesma, tal como vem preconizado na Carta da Criança Hospitalizada (2000) e nos documentos reguladores da prática de cuidados de enfermagem. As atividades de brincar permitem, igualmente, a desmistificação de medos na criança face às diferentes situações decorrentes da hospitalização, nomeadamente, quanto aos procedimentos.

Nesta linha de raciocínio, o brincar enquanto atividade de desenvolvimento humano é reconhecido pelo seu valor terapêutico e é mesmo consensual, que a sua integração nos cuidados de saúde assume funções importantes para apaziguar o medo, ansiedade, solidão, angústia de separação e é uma atividade atenuante dos stressores da hospitalização. Russ (1998) reforça esta ideia ao referir que o brincar terapêutico auxilia a criança a desenvolver mecanismos de coping, com o intuito de ultrapassar a situação de crise que se encontra a viver.

O brinquedo terapêutico apresenta-se como um instrumento fundamental na prática diária do cuidar em pediatria, pois é um excelente meio de expressão de sentimentos, auxiliando na comunicação e estabelecimento de uma relação terapêutica entre enfermeiro-criança. Constitui ainda uma ajuda preciosa na preparação para a realização de procedimentos, promovendo desta forma uma outra visão em relação ao hospital e à

hospitalização, tal como menciona Martins et al (2001). É de enaltecer a atividade de brincar como instrumento terapêutico primordial em contexto de internamento de pediatria, na medida em que se revela um meio para favorecer o bem-estar das crianças. Além disso, o brincar usado de modo intencional e sistemático promove a adaptação e aprendizagem das crianças numa experiência positiva de hospitalização. Na minha opinião, consolidada pelos diversos autores da área, o brinquedo é uma excelente forma de humanizar o cuidado de enfermagem em pediatria, sendo o brinquedo terapêutico não só importante, mas essencial e indispensável quando se cuida de uma criança hospitalizada.

Barros (2003) sublinha ainda que "(...) uma experiência hospitalar positiva é a melhor preparação para experiências posteriores do mesmo tipo." (p. 75). A estabilidade emocional que a criança manifesta durante e após as atividades de brincar incorporadas na interação de cuidados, que potencia a adaptação à situação, conduz a uma experiência de hospitalização positiva. Em suma, o desafio da enfermagem pediátrica é então compreender os fatores potenciais geradores de stress de cada grupo etário de crianças, aceitar as reações comportamentais e prestar o apoio e a assistência necessários para que a crise seja enfrentada com sucesso. Durante o período de internamento hospitalar o brincar terapêutico influi no restabelecimento físico e emocional da criança, permitindo uma vivência mais alegre e menos traumatizante, tal como referem Motta e Enumo (2004).

As consequências da inclusão do brincar na prática diária dos cuidados de enfermagem e pelo que a bibliografia afirma, são sugestivas de resultados terapêuticos nas crianças, pois o brincar auxilia a construção de uma relação de confiança entre ambos os parceiros (profissionais de saúde, no caso, enfermeiros, e crianças), promovendo a adaptação e aprendizagem de determinadas dinâmicas e procedimentos de forma positiva e enriquecedora, fazendo da hospitalização uma oportunidade para o crescimento e desenvolvimento emocional e cognitivo, constituindo-se uma experiência positiva.

Segundo Pereira, Nunes, Teixeira e Diogo (2010), esta atividade de brincar é operacionalizada através de um conjunto variado de estratégias: promover o confronto/coping, favorecer o relaxamento durante os procedimentos, incrementar o sentimento de controlo, promover o sentimento de segurança, facilitar a aproximação, promover a expressão emocional, minimizar o sentimento de solidão, promover a distração durante os procedimentos e desmistificar os medos. Estas estratégias atuam diretamente no estado emocional das crianças gerando bem-estar e segurança e, ainda, aprendizagem e crescimento. É neste sentido que procuro desenvolver a minha prática diária de cuidados, implementando a estratégia do brincar com intencionalidade terapêutica e de acordo com as características de cada criança, por forma a amenizar as experiências emocionais intensas e tornar o ambiente hospitalar promotor de bem-estar para a criança, facilitando a sua adaptação e, conseqüentemente, que a experiência de hospitalização constitua uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento.

Alguns procedimentos de enfermagem têm o potencial de constituir momentos emocionalmente intensos e por isso stressantes para a criança, não só por estarem associados à dor mas também pelo desconhecimento, daí que se revele necessário favorecer o relaxamento da criança através do desenvolvimento de ações/interações que promovam o sentimento de segurança (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010). O material hospitalar quando é desconhecido para a criança representa uma fonte de stress para a mesma, pelo que é essencial encorajar a manipulação do material utilizado nos procedimentos, por forma a que a criança se aperceba que pode controlar o material e altere a imagem ameaçadora que tem do mesmo (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014). Desta forma e após uma criança ter intitulado a sala de tratamentos como a “sala das picas”, senti necessidade de implementar e dinamizar o brinquedo terapêutico naquele espaço, com o intuito de o tornar menos aterrorizador e principalmente mais acolhedor para o cliente pediátrico.

De seguida são apresentados alguns dos itens que constituem o brincar terapêutico:



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Algren, C. (2006). Cuidado Centrado da Família da Criança Durante a Doença e a Hospitalização . In Hockenberry , M. , Wilson, D . & Wilkelstein, M. , *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7a ed.) (p. 637-705). Rio de Janeiro: Mosby Elsevier.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica*. 2a ed. Lisboa: Climepsi.
- Diogo, P. & Rodrigues, L. (2002). Os estilos parentais: determinantes no desenvolvimento da Criança e na sua capacidade de enfrentar a Doença e a Hospitalização. *Servir*. 50 (1), 12-20.
- Goleman, D. (2006). *Inteligência emocional*. 3ª Edição. Espanha: Sábado.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança (2000). *Carta da Criança hospitalizada*. Lisboa: Edições IAC.
- Martins, M., Ribeiro, C., Borba, R. & Silva, C.(2001) – Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Revista latino-am.enfermagem*. 9 (2), p. 76-85.
- Motta, A. & Enumo, S. (2004). Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicol. estud*. 9(1), p. 19-28.
- Ordem Dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S., Diogo, P. (2010). Gestão do Estados Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14(1), p. 24-38. Acedido a 30.05.2016. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38(1).pdf)
- Russ, S. (1998). Play, creativity, and adaptive functioning: implications for play interventions. *Journal of Clinical Child Psychology*. 27 (4), p.469-480.