



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

Cuidados Paliativos Pediátricos: Estratégias de
Enfermagem que potenciam a Gestão Emocional da
Família

Ana Margarida Santos Ferreira Brito

Lisboa
2022



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

Relatório de Estágio

Cuidados Paliativos Pediátricos: Estratégias de
Enfermagem que potenciam a Gestão Emocional da
Família

Ana Margarida Santos Ferreira Brito

Orientador: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa
2022

“Vocês dizem: É cansativo estar com crianças.
E não há dúvida de que têm razão.
Depois acrescentam:
Porque temos de nos pôr ao nível delas,
Porque temos de nos baixar,
Inclinar, curvar, tornar pequenos.
Mas aí estão enganados.
O que mais cansa não é isso,
O que mais cansa é sermos obrigados
A elevarmo-nos até à altura dos seus sentimentos,
A esticarmo-nos, a alongarmo-nos,
A ficar em bicos dos pés
Para não as magoar.”

Janusz Korczak

Judeu polaco, 1878-1942, pediatra, escritor

“Só se vê bem com o coração...
... o essencial é invisível para os olhos.”

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

Ao iniciar este trabalho e por todo o percurso realizado até à sua conclusão não podia deixar de agradecer...

À minha **mãe**, por todo o amor, alegria, carinho, paciência, compreensão, apoio e disponibilidade ao longo deste caminho e da minha vida.

Ao meu **pai**, que apesar de já não estar presente fisicamente está sempre presente no meu coração, por ser um exemplo enorme de força, carinho, amizade, determinação, resiliência e amor.

À **Professora Paula Diogo** pela sua constante disponibilidade, orientação e apoio. Pelo seu profissionalismo, por me cativar... e acreditar na enfermagem e tratá-la com todo o respeito, altruísmo, afeto e amor.

Aos meus **amigos** por toda a compreensão nos momentos mais desafiantes, mas também nos momentos mais felizes, por estarem ao meu lado e por terem sempre uma palavra de apoio a proferir, um abraço e um carinho.

Aos meus **colegas de trabalho** por toda a compreensão, carinho, amizade e entrega.

A todos os **enfermeiros** com que me cruzei ao longo desta jornada obrigado pela partilha de saberes e pela disponibilidade.

A **todos**, um enorme obrigado. Sou muito grata.

RESUMO

Desde 1990 que temos assistido a uma redução da taxa de mortalidade infantil, de 10,9% para 2,4 % correspondendo a última ao ano de 2021. Conseqüentemente, esta diminuição da taxa de mortalidade originou um aumento e prolongamento da sobrevivência de crianças com doença crônica complexa, sendo emergente a prestação de cuidados especializados, ou seja, o acesso a cuidados paliativos pediátricos. Na doença crônica complexa as condições clínicas, espirituais, emocionais e sociais da criança são complexas, o que causa um forte impacto emocional na família. Os períodos de hospitalização são, frequentemente, impregnados de incerteza e angústia, pelo que a intervenção do enfermeiro é fundamental visto que conduz a resultados terapêuticos significativos, permitindo a transformação positiva da experiência emocional. Neste sentido, com o intuito de dar resposta à problemática identificada emergiu como objeto de estudo o enfoque nas estratégias de enfermagem que potenciam a gestão emocional da família. A finalidade da elaboração deste relatório é descrever e analisar as aprendizagens realizadas ao longo do percurso formativo, com vista a aprofundar saberes práticos e adquirir de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Este percurso formativo teve por base uma metodologia de reflexão sobre a prática e aprendizagem experiencial, desenvolvidas nos diferentes contextos de cuidados com recurso às atividades realizadas, devidamente sustentado e norteado pela Teoria do Cuidado Humano e no Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica, integrando também os princípios dos cuidados centrados na família e dos cuidados não traumáticos. Das atividades desenvolvidas destacamos, o aprofundamento de conhecimentos e mobilização de estratégias de comunicação, permitindo comunicar com clareza com a criança e família, a identificação das suas necessidades emocionais, a participação e prestação de cuidados enfatizando a dimensão emocional, a realização de uma entrevista a perito sobre o impacto emocional na família que acompanha a criança em processo paliativo, a concretização de sessões de formação em serviço sobre as estratégias de enfermagem que potenciam a gestão emocional da família da criança em processo paliativo e a elaboração de jornais de aprendizagem. Assim, o cuidado emocional assume-se como imprescindível ao cuidar em enfermagem pediátrica.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica, Cuidados Paliativos, Família, Emoções, Trabalho emocional.

ABSTRACT

Since 1990, we have witnessed a reduction in the infant mortality rate from 10.9% to 2.4%, the latter corresponding to the year 2021. Consequently, this decrease in mortality rate has led to an increase and prolongation of survival of children with complex chronic disease, and the provision of specialized care, i.e., access to paediatric palliative care, is emerging. In complex chronic illness the child's clinical, spiritual, emotional, and social conditions are complex, causing a strong emotional impact on the family. The periods of hospitalization are often fraught with uncertainty and anguish; thus, the nurse's intervention is essential because it leads to significant therapeutic results, allowing for a positive transformation of the emotional experience. Therefore, to address the identified issue, the object of study emerged as a focus on the nursing strategies that promote the family's emotional management. The purpose of this report is to describe and analyse the learning experiences acquired during the formative journey, with a view to deepening practical knowledge and acquiring common and specific skills of the Nurse Specialist in Child Health and Paediatric Nursing. This training course was based on a methodology of reflection on practice and experiential learning, developed in different care settings using the activities carried out, duly supported, and guided by the Theory of Human Care and the Emotional Work Model in Paediatric Nursing, also integrating the principles of family-centred care and non-traumatic care. Among the activities developed, we highlight the deepening of knowledge and mobilization of communication strategies, allowing for a clear communication with the child and family, the identification of their emotional needs, the participation and provision of care emphasizing the emotional dimension, an expert interview on the emotional impact on the family accompanying the child in the palliative process, the implementation of in-service training sessions on the nursing strategies that enhance the emotional management of the family of the child in the palliative process and the development of learning journals. Thus, emotional care is essential to paediatric nursing care.

Keywords: Pediatric Nursing, Palliative Cares, Family, Emotions, Emotional work.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCF - Cuidados Centrados na Família

CNT - Cuidados Não Traumáticos

CPP - Cuidados Paliativos Pediátricos

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DCC - Doença Crónica Complexa

DGS - Direção-Geral da Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EG - Enfermeiro Generalista

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN - Recém-Nascido

SIJ - Saúde Infantil e Juvenil

SIP - Serviço de Internamento de Pediatria

SO – Sala de Observação

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

TEEP - Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

UC - Unidade Curricular

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios Neonatais

UCEP- Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos

USF - Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	13
1.1. Cuidar em enfermagem pediátrica perspetivando os Cuidados Paliativos	13
1.2. Emocionalidade vívida pela família da criança com necessidades paliativas	18
1.3. Intervenção dos enfermeiros na gestão emocional da família que acompanha a criança em processo paliativo	20
2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO	24
3. METODOLOGIA.....	26
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS DE ESTÁGIO	28
4.1. Serviço de Urgência Pediátrica	29
4.2. Consulta de Desenvolvimento.....	34
4.3. Internamento de Pediatria	38
4.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	43
4.5. Cuidados de Saúde Primários: Unidade de Saúde Familiar	48
5. PROJETOS FUTUROS.....	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

APÊNDICES

Apêndice I: Cronograma

Apêndice II: Guia Orientador das Atividades de Estágio

Apêndice III: Análise de uma situação de cuidados à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Apêndice IV: Jornal de Aprendizagem em contexto de Serviço de Urgência

Apêndice V: Reflexão sobre a Emocionalidade Vivenciada pela Família no Serviço de Urgência, na percepção dos Enfermeiros

Apêndice VI: A “Caixa das Emoções” em Consulta de Desenvolvimento Infantil

Apêndice VII: Reflexão sobre o Desenvolvimento Emocional da Criança

Apêndice VIII: Entrevista a Perito- Estratégias de enfermagem que potencializam a gestão emocional intensa vivenciada pela criança e família em processo paliativo

Apêndice IX: Emocionalidade Vivenciada pela Família da Criança em Processo Paliativo

Apêndice X: Sessão de Formação em serviço para Enfermeiros em contexto de Serviço de Internamento – Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Apêndice XI: Jornal de Aprendizagem em contexto de Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

Apêndice XII: Sessão de formação em serviço dirigida aos Enfermeiros em contexto de Cuidados Intensivos Neonatais- Cuidados Paliativos Neonatais, o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Apêndice XIII: Reflexão sobre a importância do brincar no desenvolvimento infantil

Apêndice XIV: Folheto “Crescer a Brincar”

ANEXOS

Anexo I: Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson

Anexo II: Modelo TEEP de Paula Diogo

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório integrada no 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ministrado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este tem como finalidade procedermos ao estudo de uma problemática sensível aos cuidados de enfermagem pediátricos, que foi desenvolvida ao longo do percurso enquanto mestranda nos diferentes contextos clínicos, promovendo a aquisição e o desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados humanizados e holísticos à criança e família.

Atualmente, a importância dos cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, a sua exigência técnica e científica carece de especialização e diferenciação dos enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019). Assim, o enfermeiro especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p.4744). Neste sentido e com foco nos cuidados especializados à criança e família, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica “trabalha 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” (p.19192).

Em contexto hospitalar a hospitalização de crianças, jovens e família é uma constante, em que experienciam processos de saúde-doença. Frequentemente e durante longos períodos, esta é a nova realidade da criança e família e nem sempre esta adaptação ocorre de forma linear. Todo o sistema familiar experiência um forte impacto, o que concorre para a vivência de emoções intensas e perturbadoras representando um grande desafio emocional para os enfermeiros nos seus cuidados (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). Cuidar é um conceito central em enfermagem e tem como finalidade proteger, melhorar e preservar a dignidade humana, envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e suas conseqüências (Watson, 2012). Os enfermeiros mobilizam estratégias que potenciam a gestão emocional da criança e família, assim como do próprio enfermeiro. A gestão destas emoções é essencial na intervenção do enfermeiro e nas interações bem-sucedidas, pois permite que este mostre sensibilidade e compreensão pelo outro, e simultaneamente, consiga gerir a influência

nas suas emoções (Diogo, 2015). “Controlar as emoções perturbadoras é a chave para o bem-estar emocional” (Goleman, 2012, p.68), o que proporciona uma experiência positiva do processo de doença e hospitalização, contribuindo para um maior autoconhecimento, autorrespeito, autocontrole e autorestabelecimento tanto para o enfermeiro como para a criança e família (Watson, 2012). Na perspectiva que seguimos “controlar as emoções” significa transformar positivamente as emoções e não reprimir ou negar as mesmas.

Conforme refere Watson (2012) a mente e as emoções da pessoa são as janelas da sua alma, o que evidencia a importância do cuidado emocional. A mesma autora reforça que o corpo físico não pode ser tratado separadamente da mente e das emoções. Desta forma, é imprescindível compreender a dimensão emocional dos cuidados e o impacto que os mesmos têm nos sujeitos em interação. Aliar o cuidado emocional ao cuidado físico permite dar resposta às necessidades da criança e família promovendo a humanização dos cuidados. Quando falamos da criança e família, estas são indissociáveis, o cuidado à criança implica o cuidado à família e é nesta que nos iremos focar. Esta temática surge do questionamento pessoal sobre a emocionalidade vivida pela família da criança em processo paliativo, identificando como objeto de estudo as estratégias de enfermagem que potenciam a gestão emocional da família.

Atendendo à temática exposta, é na Teoria do Cuidado Humano de Watson e, conseqüentemente, no paradigma de enfermagem da transformação, que estão ancoradas as conceções teóricas que sustentam o presente percurso formativo. Assim como, o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica de Diogo que norteia a intervenção do enfermeiro que cuida da criança e família, permitindo guiar a sua intervenção na gestão emocional da criança e família associada a interações de cuidados, que também têm o potencial de serem emocionalmente desgastantes para os enfermeiros (Diogo, 2019). Estas situações de cuidados permitem a transformação positiva das emoções e potenciam o crescimento pessoal dos sujeitos em interação, o que contribui para o cuidado humanizado e holístico na prática de enfermagem (Diogo, 2019), com foco nos cuidados centrados na família (CCF) e nos cuidados não traumáticos (CNT) imprescindíveis ao cuidar em enfermagem pediátrica. Os referenciais teóricos supracitados defendem e evidenciam que o ideal do cuidar assenta no humanismo e no holismo, enaltecendo o

envolvimento pessoal, social, moral e espiritual dos enfermeiros e o compromisso para consigo e para com o outro.

Este percurso formativo tem por base uma metodologia de reflexão sobre a prática baseada na evidência científica, sendo esta intencional, com a finalidade de desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados humanizados e holísticos à criança e família. Através da reflexão sobre as práticas “incrementa-se o conhecimento pessoal, o que influencia positivamente a relação de cuidados” (Diogo, 2019, p. 10). Benner defende que “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que se podem apreender pela teoria, (...) com a experiência e o domínio, a competência transforma-se” (2001, p.61-63), o que nos evidencia a importância da prática para atingirmos a perícia.

Assim, este relatório reflete o saber prático e reflexivo adquirido no decorrer do processo de aprendizagem enquanto futura enfermeira especialista nos diferentes contextos de cuidados. O mesmo encontra-se dividido em cinco capítulos, no primeiro capítulo explanamos a pesquisa realizada e o enquadramento teórico-conceitual abordando temas chave como o cuidar em enfermagem pediátrica perspetivando os cuidados paliativos, a emocionalidade vivida pela família da criança com necessidades paliativas e a intervenção dos enfermeiros na gestão emocional da família que acompanha a criança em processo paliativo. No segundo capítulo expomos o problema e o objeto de estudo, em que analisamos a emocionalidade intensa vivenciada pela família da criança em processo paliativo e as estratégias de enfermagem que potenciam a gestão emocional da família. No terceiro capítulo apresentamos a metodologia utilizada na elaboração do relatório e no quarto, descrevemos e examinamos as experiências de estágio, assim como as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) desenvolvidas. Relativamente ao quinto e último capítulo, expomos as ambições para a realização de iniciativas futuras. Por fim, encontramos os apêndices em que se apresentam os documentos desenvolvidos ao longo do percurso formativo que foram fundamentais para concretizar os objetivos propostos, além de explanarem toda a dedicação ao longo do mesmo e os anexos.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

O presente capítulo permite contextualizar a temática em estudo suportada em referenciais teóricos e conceitos centrais de enfermagem, e ainda em evidência científica. Importa salientar que as concepções teóricas incorporam a disciplina de enfermagem e permitem aliar a teoria à prática, o que promove a prestação de cuidados de qualidade. A prestação de cuidados do Enfermeiro Especialista é de elevada exigência técnica e científica enaltecendo a importância da sua diferenciação e especialização (Regulamento n.º 140/2019). Este é um elemento impulsionador de mudança que incentiva e baseia a sua prática na evidência científica conforme se encontra descrito no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), uma vez que preconiza que o enfermeiro especialista “baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica” (p.4749).

1.1. Cuidar em enfermagem pediátrica perspetivando os Cuidados Paliativos

A investigação e pesquisa continuada da história de enfermagem e a divulgação do livro de Florence Nightingale fomentou uma mudança em enfermagem. Após esta, desenvolveram-se conceitos fundamentais que ainda hoje são pilares em enfermagem, como o cuidado e o cuidar, permitindo a sustentação da prática com a teoria (Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021). Durante vários anos o cuidado de enfermagem foi associado a práticas religiosas, mas com o desenvolvimento da mesma enquanto ciência foi possível apresentar novas concepções do cuidar, assente nas dimensões física, social, cultural, técnica, espiritual, económica e emocional (Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021).

Dos autores e estudiosos que contribuíram para o desenvolvimento da Ciência de enfermagem, destaco Watson (2012) que refere que cuidar é o ideal moral de enfermagem. A mesma autora expõe que cuidar consiste em tentativas transpessoais de humano para humano de proteger, melhorar e preservar a humanidade e a dignidade humana, ajudando a pessoa a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência, para ajudar o outro a ganhar autoconhecimento, autocontrole, autocuidado e autorrestabelecimento, no qual um senso de harmonia interior é restaurado independentemente das circunstâncias externas. O cuidar

valoriza e reconhece a Pessoa (pessoa cuidada e profissional de saúde) como um todo, respeitando a sua individualidade. É considerado um processo simples, mas ao mesmo tempo complexo com potencial ponto de partida para o cuidado transpessoal. Este cuidado ocorre quando o enfermeiro entra no espaço de outra pessoa, é capaz de detetar a condição de ser da outra pessoa (espírito, alma), sente essa condição dentro de si mesmo e responde à condição de tal forma, que o destinatário tem uma libertação de sentimentos e pensamentos subjetivos que ele ou ela desejava libertar, ou seja, ocorre a transmissão de sentimentos (Watson, 2012). Este momento de cuidado transpessoal é uma experiência do campo da consciência mutuamente compartilhada, que pode potenciar um momento de cura, pois torna-se parte da história de cada pessoa em interação e do padrão complexo maior da vida e do universo (Watson, 2012). A mesma autora defende que cada interação de cuidados é um encontro sagrado entre quem cuida e quem é cuidado, possibilitando promover um ambiente de cuidado “*healing*”, sustentando o cuidado transpessoal que transcende a componente física (Tonin, Nascimento, Lacerda, Favero, Gomes & Denipote, 2017). Assim, detemos os elementos do Processo Caritas que efetivam a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson (Anexo I): sustentar valores humanista-altruísta praticando o amor, bondade, compaixão e equanimidade com o eu/outros; estar autenticamente presente, capacitar, sustentar e honrar a fé-esperança, horando o mundo subjetivo de si e do outro; ser sensível a si mesmo e aos outros, cultivando crenças e práticas individuais; desenvolver e sustentar relações de ajuda, confiança, amor e carinho; promover e aceitar a expressão de sentimentos positivos e negativos, ouvir autenticamente a história da outra pessoa; utilizar criativamente o eu e todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidar; envolver-se na experiência genuína de ensino-aprendizagem transpessoal no contexto de um relacionamento de cuidado, permanecendo dentro do quadro de referência do outro; criar um ambiente de cura em todos os níveis, um ambiente subtil para uma prática de cuidado enérgica e autêntica; ajudar nas necessidades básicas como atos sagrados, sustentando a dignidade humana; abertura e atenção ao campo espiritual, ao existencial e mistérios, permitindo milagres. Estes elementos permitem sustentar uma consciência superior e praticar o cuidado e a cura humana (Watson, 2018).

O cuidar em enfermagem pediátrica tem vindo a ser identificado e desenvolvido como um processo relacional com um grande envolvimento emocional, com foco nas necessidades da criança e família (Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021). Deste modo,

a prestação de cuidados paliativos (CP) assume-se como uma necessidade emergente. O termo “paliativo” adquiriu uma conotação negativa na nossa sociedade, porém, se analisarmos o significado do termo “*palliare*” este tem origem no latim e significa proteger, amparar, cobrir, abrigar. Pelo que, esta denominação apresenta uma nova perspectiva, a de cuidar, para além de curar (Iglesias, Zollner & Constantino, 2016). É nestes cuidados especializados que nos deparamos com a possibilidade de resposta às necessidades paliativas da criança e família que vivenciam uma situação de doença crónica complexa e são definidos como cuidados ativos totais, na dimensão corpo, mente e espírito (Lacerda et al., 2014) envolvendo não só a criança, mas também a família. A autora Watson (2012) corrobora, referindo que a pessoa possui três esferas do ser - mente, corpo e alma. Por conseguinte, estes cuidados permitem dar resposta às três esferas referidas pela autora, preservando a harmonia da mente-corpo e alma como um todo (Watson, 2012) e como tal, a dignidade e integridade humana.

Idealmente, os cuidados paliativos pediátricos (CPP) iniciam-se no período pré-natal ou no diagnóstico, prolongam-se durante o processo de doença e mantêm-se até à morte (Chambers, 2018). No período pós-morte da criança, ou seja, no luto, sucede o acompanhamento dos familiares (World Health Organization, 2018). Os CP são definidos pela World Health Organization (2018) “como a prevenção e alívio do sofrimento de pacientes adultos e pediátricos e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais.” (p.5).

Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento e prolongamento da sobrevivência de crianças com doenças crónicas, limitantes e/ou ameaçadores da vida (Lacerda & Mendes, 2020). A juntar a este facto, os avanços na medicina também possibilitaram a redução da taxa de mortalidade infantil. Desde 1990 que a taxa de mortalidade infantil tem reduzido, apesar de pequenas oscilações, observando-se até 2021 a descida de 10,9% para 2,4%, respetivamente. Porém, apesar do avanço observado nos últimos anos constata-se que apenas uma pequena percentagem de crianças, portadoras de doença crónica complexa, beneficiam destes cuidados (Nogueira & Ribeiro, 2020). Surge assim, o conceito de doença crónica complexa definido segundo Lacerda et al. (2014) da seguinte forma:

“qualquer situação médica para que seja razoável esperar uma duração de pelo menos 12 meses (exceto em caso de morte) e que atinja vários diferentes sistemas ou um órgão de forma suficientemente grave, requerendo cuidados

pediátricos especializados e provavelmente algum período de internamento (...)" (p.6).

As doenças crónicas complexas representam cerca de um terço das mortes abaixo dos 18 anos de idade sendo que, metade dessas mortes ocorre nos primeiros anos de vida (Jorge, Carrondo & Lopes, 2016). A vivência do processo de doença tem um forte impacto tanto a nível da qualidade de vida da criança como da sua esperança de vida (Nogueira & Ribeiro, 2020), sendo fundamental o acesso a cuidados holísticos e humanizados que permitem dar resposta às necessidades da criança e família, ou seja, o acesso a cuidados paliativos pediátricos. O número total de crianças que globalmente necessitam de cuidados paliativos pediátricos pode chegar aos 21 milhões por ano e, conseqüentemente as suas famílias (World Health Organization, 2018). Em Portugal, estima-se que vivam aproximadamente 7658 crianças com necessidades paliativas (Silva, Paiva, Vital, Moura & Lourenço, 2021). Apesar de, até 2013 não existir reconhecimento oficial de atividade em cuidados paliativos pediátricos no nosso país, este trabalho já tinha sido iniciado em 2000 em alguns serviços de pediatria (Lacerda & Mendes, 2020).

As doenças pediátricas com necessidade de cuidados paliativos são passíveis de dividir em quatro grupos: doenças em que existe possibilidade de tratamento curativo mas ocorre a possibilidade de o mesmo falhar, podendo ou não resultar na morte; doenças em que a morte prematura é inevitável podendo ser realizados períodos de tratamento intensivo com o objetivo de melhorar a qualidade de vida; doenças de agravamento progressivo mas que se podem estender por vários anos sem opções curativas, o tratamento é de cuidados paliativos; doenças irreversíveis não progressivas, com muitos agravamentos e complicações e com a probabilidade de morte prematura (Chambers, 2018). Todas estas doenças apresentam uma diferente trajetória de progressão e evolução, pelo que o acompanhamento e o plano de cuidados da criança e família têm que ter esse fator em consideração.

Contudo, o acesso das crianças a cuidados paliativos ainda está aquém do que é oferecido aos adultos, apesar destas e das suas famílias cada vez mais apresentarem necessidades paliativas. Concluimos, que crianças em fim de vida e as suas famílias frequentemente recebem cuidados generalistas, apesar destes serem importantes não devem substituir os cuidados paliativos, ou seja, a prestação de cuidados especializados (Real, Cerqueira & Sousa, 2017).

É fundamental que o foco de cuidados evolua da cura para cuidados de conforto, com suporte a nível emocional, físico, social e espiritual (Chambers, 2018),

o que promove a qualidade de vida da criança e família e conseqüentemente, maximiza o seu bem-estar. Estes cuidados não são direcionados para a fase de fim de vida, os mesmos permitem ajudar e apoiar a criança e família durante todo o processo de doença e caso a morte da criança ocorra, prolongam-se durante o luto. Devem assentar numa intervenção multidisciplinar e na prestação de cuidados holísticos, em que a criança e a família são o centro gerador de decisões, recebendo toda a informação que desejarem. Estes cuidados podem e devem ser prestados no local eleito pela criança e família, quer seja em contexto hospitalar ou no domicílio se a situação assim o permitir, exigindo que estes e a equipa se adaptem à idade e estágio de desenvolvimento da criança, assim como, às preferências e desejos da criança e família. Independentemente da sua idade, diagnóstico, local de residência, cultura ou condição económica, todas as crianças portadoras de doenças crónicas complexas têm direito a receber cuidados paliativos (Lacerda et al., 2014).

A elaboração de um plano de cuidados em colaboração com a criança/família e a equipa multidisciplinar também é essencial e permite que se prestem cuidados humanizados e de qualidade, com respeito e dignidade em todo o processo de doença. Este deve promover a capacitação familiar permitindo dar resposta às necessidades identificadas assim como, incluir o plano de fim de vida, que respeite os desejos, preferências, crenças e valores da criança e família (World Health Organization, 2018), sendo modificado consoante as necessidades se alterem.

Porém, a implementação efetiva e o desenvolvimento dos cuidados paliativos pediátricos têm sido dificultado por vários fatores como a dispersão geográfica, a falta de formação por parte dos profissionais de saúde, os recursos insuficientes, a falta de consciencialização pública, o foco na cura, o reconhecimento de cuidados apenas em fim de vida e também por não existir consenso sobre as doenças das crianças com necessidades de cuidados paliativos pediátricos (World Health Organization, 2018). Devido à dificuldade em definir as necessidades paliativas da população pediátrica, recomenda-se que os profissionais de saúde coloquem a si próprios a pergunta-surpresa “ficaria surpreendido se esta criança não sobrevivesse até ao 18º aniversário?” se a resposta for “não” estamos perante uma criança com necessidades paliativas (Lacerda et al., 2014).

É essencial que estas barreiras sejam ultrapassadas, permitindo a implementação efetiva dos cuidados paliativos pediátricos e desta forma, proporcionar a resposta adequada às necessidades paliativas da criança e família, promovendo

apoio, conforto, qualidade de vida e bem-estar, assim como, suporte a nível emocional tanto à criança como família, com especial enfoque na família.

1.2. Emocionalidade vívida pela família da criança com necessidades paliativas

Várias são as dificuldades vivenciadas pela família durante o processo de saúde-doença da criança, como a gestão emocional, a adaptação às mudanças das dinâmicas familiares impostas pela doença, a comunicação intrafamiliar e extrafamiliar, a adaptação à hospitalização e tratamentos da criança, o exercício da parentalidade e a acessibilidade a respostas (Fontaine & Alves, 2016). Com a vivência deste período de doença da criança com necessidades paliativas esta requer condições clínicas, espirituais, emocionais e sociais complexas o que, conseqüentemente, pode levar à sua hospitalização impactando fortemente o sistema familiar (Fontaine & Alves, 2016). Este impacto é sentido pela família que experiencia a necessidade de uma reestruturação e, conseqüentemente, uma alteração de papéis no núcleo familiar. Assim, ocorre a transformação de uma dinâmica familiar organizada, para uma dinâmica familiar organizada, mas em torno do processo de doença, assumindo-se como essencial manter o foco na tentativa da normalidade através do cumprimento das rotinas do domicílio. Esta alteração no seio familiar pode prejudicar ou desafiar relacionamentos existentes, o que pode causar conflitos entre os membros da família (World Health Organization, 2018). É considerado um período impregnado de incerteza e angústia podendo nele emergir emoções perturbadoras e desafiantes, sendo esta adversidade encarada de maneiras diferentes pela família (Nogueira & Ribeiro, 2020). Para algumas famílias é necessário um intenso ajuste emocional, enquanto para outras, é encarado como uma oportunidade de crescimento (Fontaine & Alves, 2016).

Assim, é fundamental que o foco de cuidados esteja assente no binómio criança-família, sendo a última prestadora e recetora de cuidados visto que vivência grande sofrimento, angústia e medo perante a situação e durante o processo de doença da criança (Cavalcante, Netto, Martins, Rodrigues, Goyanna & Aragão, 2018). Para os autores, o sofrimento apresenta-se no convívio com a doença da criança, relativamente à angústia, esta é sentida pois a família pode oferecer o seu cuidado, mas não consegue reverter o estado de saúde da criança e por fim, o medo, que pode estar associado à insegurança nos cuidados, por perder o ser cuidado ou devido à

interação com sentimentos de perda e culpa. Fontaine e Alves (2016) acrescentam que as emoções que tiveram prevalência perante a situação de doença verbalizadas pela família, foram o medo, o sofrimento, a revolta, a incerteza, porém sentimentos de esperança também foram referidos.

Atendendo ao referido anteriormente, definir o conceito de sentimento e emoção torna-se fundamental, visto que os seus significados são distintos. O conceito de sentimento é alusivo ao estado interior, este diz respeito à mente, enquanto as emoções são o corpo (Diogo, 2015). As emoções humanas são consideradas processos de sentir das pessoas e, ao mesmo tempo, são conjuntos complicados de respostas químicas, que se manifestam através de mecanismos neurofisiológicos (Diogo, 2019). Estas podem ser perturbadoras ou gratificantes, sendo o processo emocional despoletado por estímulos externos ou internos que envolvem a cognição e avaliação e se traduzem na alteração do comportamento (Diogo, 2019). Goleman (2012) alude “a emoção referindo-se a um sentimento e aos raciocínios daí derivados, estados psicológicos e biológicos, e o leque de propensões para a ação” (p. 302). “A mente e as emoções são o ponto de partida, o ponto focal e o ponto de acesso ao corpo e à alma” (Watson, 2002, p.97) e assim, são consideradas fundamentais no cuidar. As interações de cuidados têm o poder de influenciar tanto o enfermeiro como a criança e família (Watson, 2012). Pelo que podemos afirmar, que a gestão emocional em enfermagem pediátrica é imprescindível à prestação de cuidados especializados e humanizados à criança e família. Estes cuidados especializados, ou seja, os cuidados paliativos pediátricos dão suporte ao seio familiar, procedem à avaliação do papel parental e conseqüentemente, apoiam as disfunções e conflitos que possam ser identificados (World Health Organization, 2018), reduzindo o impacto do processo de saúde-doença na família assim como na criança, tanto a nível emocional como psicossocial (Chambers, 2018). Atualmente, ainda existe a tendência de as famílias aceitarem os cuidados paliativos pediátricos apenas em último recurso, ou seja, como uma opção a ser adotada quando outros recursos falharam ou foram excluídos, o que pode resultar na não aceitação do apoio que é oferecido nos cuidados paliativos por parte da família e conseqüentemente, à perda de cuidados valiosos no início do processo de doença (Chambers, 2018). Assim, é fundamental comunicar de forma clara e manter a família envolvida e esclarecida permitindo a tomada de decisão partilhada e informada, o que possibilita uma resposta efetiva às suas necessidades (Chambers, 2018).

Esta é reconhecida como uma constante na vida da criança, quando estamos perante a filosofia dos cuidados centrados na família (Hockenberry & Barrera, 2014). O mesmo é postulado por McElfresh e Merck (2014), quando afirmam que na prestação de cuidados centrados na família esta é considerada como uma componente chave para a criança. É fundamental a parceria de cuidados com a família, apoiando-a e incluindo-a no processo de decisão assim como, no plano de cuidados sendo nestes incluída a família alargada como os avós e os irmãos, ou pessoas significativas para a criança e família. Conforme a evolução do processo de doença ocorre e através da capacitação e adaptação da criança e sua família ao processo de doença, a família torna-se um perito na prestação de cuidados à criança.

1.3. Intervenção dos enfermeiros na gestão emocional da família que acompanha a criança em processo paliativo

O cuidar em enfermagem pediátrica pressupõe a interação entre enfermeiro-criança-família, permitindo o desenvolvimento da relação terapêutica. No processo de cuidar é fulcral valorizar as necessidades da família, tendo em consideração os aspetos físicos, emocionais, sociais, culturais, espirituais e éticos (Cavalcante et al., 2018). As necessidades da família são múltiplas com elevado grau de complexidade, sendo estas, necessidades educacionais, que incluem o profundo conhecimento da situação e a prestação de cuidados de qualidade à criança (Jorge, Carrondo & Lopes, 2016). As necessidades psicológicas que requerem avaliação, apoio emocional assim como suporte no luto, sendo também fundamental o apoio aos irmãos. As necessidades sociais são fruto do isolamento durante o processo de doença, a perda de identidade, a insegurança financeira face à alteração do estilo de vida por terem a seu cargo uma criança com necessidades paliativas, não descorando também das necessidades religiosas e espirituais (Jorge, Carrondo & Lopes, 2016).

A intervenção do enfermeiro facilita a capacitação e adaptação da criança e família à doença, possibilitando a identificação das suas necessidades e, concomitantemente, auxilia-as na procura de alternativas que visam a diminuição da vivência de emoções intensas e perturbadoras contribuindo desta forma, para que o hospital não seja um ambiente “estranho e stressante (...), não seja frio e assustador” (Diogo, 2015, p.116). Embora a hospitalização assuste tanto a família como a criança esta pode também ser uma experiência positiva, devido à atmosfera carinhosa que atualmente prevalece na maioria dos serviços de pediatria (Brazelton, 2013). Assim,

maximizamos a sua compreensão perante a situação, satisfação e capacidade de participar nos cuidados e nas decisões durante todo o processo de saúde-doença. As famílias vivenciam necessidades de otimismo, esperança e gratidão, de oferecer e receber amor, de ressignificar e de preparação para a morte, pelo que, o enfermeiro na sua intervenção cultiva a prática de bondade humana amorosa com equanimidade para si e para o outro (Watson, 2018). Este potencia as estratégias de empoderamento da família sustentadas na relação terapêutica e estimula a sua participação no processo de hospitalização, o que fomenta a segurança sentida pela mesma. O enfermeiro assume uma “abordagem que considera a pessoa e a família como detentoras dos elementos fundamentais da situação” (Collière, 2001, p. 231), e está autenticamente presente, a capacitar, a sustentar e a honrar a fé-esperança, horando o mundo subjetivo de si e do outro (Watson, 2018). Perante as necessidades identificadas, a sua intervenção conflui no apoio e suporte da família desenvolvendo e sustentando relações de ajuda, confiança, amor e carinho (Watson, 2018), com o intuito de colmatá-las. Para tal é necessária uma comunicação adequada, permitindo que a família receba o máximo de informação sobre o processo de doença da criança, respeitando os seus desejos e valores. Além disso, precisam de se sentir respeitados e ouvidos, fortalecendo a relação terapêutica através da interação enfermeiro-criança-família e desta forma, permitir a expressão das emoções (Cavalcante et al., 2018), em que a promoção e a aceitação da expressão de sentimentos negativos e positivos e o ouvir autenticamente a história da outra pessoa (Watson, 2018) assume uma visão unitária da ciência do cuidar. O mesmo é defendido por Diogo (2019) quando refere que através da interação de cuidados, o enfermeiro estimula a possibilidade de expressão e partilha emocional, assumindo-se deste modo, que as emoções dão sentido não só à intervenção de enfermagem, mas também ao cuidar, o que promove a prestação de cuidados holísticos à criança e família. Permite assim, aliar os cuidados emocionais aos cuidados técnicos (Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021). Esta gestão das emoções é parte integrante do processo de cuidar em enfermagem, em que por um lado a pessoa que necessita de cuidados vivência emoções intensas e perturbadoras devido ao processo de saúde-doença e, por outro a pessoa que presta cuidados (enfermeiro) experiêcia emoções em resposta ao sofrimento do outro (Diogo, 2019). É de extrema complexidade e um desafio constante para o enfermeiro gerir as emoções humanas (Real, Cerqueira & Sousa, 2017) e para tal este necessita de mobilizar habilidades de gestão emocional, ou seja, desenvolver competência

emocional (Diogo, 2019). Esta competência emocional requer formação e treino por parte dos enfermeiros e é considerada uma parte essencial na prestação de cuidados humanizados necessitando do seu envolvimento emocional na relação terapêutica (Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021). O cuidar tem o poder de influenciar futuramente tanto o enfermeiro como a pessoa recetora de cuidados (Watson, 2012). Por conseguinte, o cuidar em enfermagem pediátrica tem vindo a ser identificado e desenvolvido como um processo relacional com um grande envolvimento emocional.

O conceito de trabalho emocional em enfermagem surge pelos estudos de Smith (1992, 2012), investigadora e pioneira deste conceito (Diogo & Mendonça, 2019), a autora refere que este não se direciona apenas para os profissionais de saúde, mas também para as pessoas que carecem de cuidados (Diogo, 2019). Pelo que, é necessário um trabalho emocional de tripla centralidade: na criança/família, no enfermeiro e na relação enfermeiro-criança-família (Diogo, 2015). Para a autora Pam Smith o trabalho emocional significa mobilizar competências que muitas vezes são invisíveis, como dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, usar o humor, ter paciência, aliviar o sofrimento, conhecer a pessoa e ajudar a resolver os seus problemas (Diogo, 2019). Este trabalho emocional em enfermagem é mais do que um conjunto de intervenções, é um modo de agir, ou seja, é considerado um processo cognitivo e racional de autorregulação das emoções (Vilelas, 2013). Segundo o mesmo autor, o trabalho emocional dos enfermeiros que interagem com o outro, requer competências interpessoais, como a capacidade empática.

Em Portugal, após um estudo sobre o trabalho emocional em enfermagem pediátrica (TEEP) (Anexo II) desenvolvido por Paula Diogo (2010, 2012, 2015) na sua tese de Doutoramento, revelou a hipótese de explicar o processo de uso terapêutico das emoções na prestação de cuidados, dando origem ao trabalho emocional em pediatria (Diogo, 2019). Assim, os enfermeiros ao estarem conscientes da emocionalidade intensa vivenciada pela criança e família com necessidades paliativas, mas também da emocionalidade vivenciada pelo próprio enfermeiro face ao sofrimento do outro, proporcionam a transformação positiva das emoções através de cinco categorias: promover um ambiente seguro e afetuoso; nutrir os cuidados com afeto; gerir as emoções dos clientes; construir a estabilidade na relação; regular a disposição emocional para cuidar. Assim, proporcionam tranquilidade e bem-estar à criança e família e concomitantemente, previnem a sua exaustão emocional, visto que também os enfermeiros necessitam de regular a sua disposição para cuidar (Diogo,

2019). O sofrimento é minimizado e enaltece-se o cuidado emocional levando à satisfação e gratificação da criança, da família e do enfermeiro.

2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

A vivência de uma doença crônica complexa pela criança e família tem um forte impacto em todo o sistema familiar (Diogo, Vilela, Rodrigues & Almeida, 2015). Este impacto sentido na criança é influenciado pela idade e pode ter repercussões diretas no seu crescimento e desenvolvimento. Concomitantemente, pode levar à vivência de emoções intensas e negativas pela família associadas à fase de diagnóstico e à dimensão fatal da doença, uma condição que é capaz de limitar ou condicionar a vida da criança, mas também associadas à necessidade de adaptação a uma nova realidade, com hospitalizações prolongadas e regulares (Diogo, Sousa, Rodrigues, Rodrigues & Almeida, 2020). Frequentemente, o ambiente hospitalar é a nova realidade da criança e família, o que conduz a alterações tanto na estrutura e dinâmica familiar como no ajuste emocional necessário, pelo que esta adversidade é encarada de diferentes formas no seio familiar (Nogueira & Ribeiro, 2020). Para algumas famílias esta vivência é caracterizada como perturbadora e stressante, porém, para outras constitui uma oportunidade de crescimento (Fontaine & Alves, 2016).

A capacitação e a adaptação da criança e família à doença e a gestão das emoções intensas vivenciadas desempenham um papel preponderante em todo este processo, em que o enfermeiro detém uma intervenção primordial. Assim, torna-se fundamental a prestação de cuidados holísticos e humanizados que permitem dar resposta às necessidades paliativas da criança e família, tendo em consideração os aspetos físicos, emocionais, sociais, culturais, espirituais e éticos (Cavalcante et al., 2018). O apoio e o envolvimento da família nos cuidados à criança são fundamentais ao longo do processo, sendo nestes incluída a família alargada como os avós e os irmãos, ou pessoas significativas para a criança e família.

Em contexto hospitalar diariamente vivenciamos processos de saúde-doença da criança e família, sendo possível identificar emoções intensas e perturbadoras associadas aos mesmos. As alterações das rotinas diárias, das dinâmicas familiares, o ambiente novo e desconhecido, os procedimentos de enfermagem, a comunicação estabelecida entre a equipa de saúde e a criança/família são os fatores mais comuns, geradores de emocionalidade intensa identificados na nossa prática. Pelo que, representam um grande desafio emocional para os enfermeiros nos seus cuidados (Diogo, 2015). Desta forma, é imprescindível compreender a dimensão emocional dos

cuidados e o impacto que os mesmos têm nos sujeitos em interação no processo de cuidados.

Segundo Lacerda e Mendes (2020) os cuidados paliativos pediátricos parecem ser a melhor resposta à mudança observada na Pediatria. Tem ocorrido um aumento da sobrevivência das crianças com doenças crônicas, limitantes e/ou ameaçadores de vida, sendo fulcral adotar uma abordagem complexa, através de uma resposta multidisciplinar assim como de cuidados de saúde integrados, humanizados e holísticos. Estes permitem a maximização da qualidade de vida e bem-estar da criança e família. No nosso país é prioritária a necessidade da instalação de uma resposta paliativa que responda às necessidades da criança e família. Estes são indissociáveis, o cuidado à criança implica cuidados à família e é nesta que pretendo focar a minha intervenção. Esta temática surge do questionamento pessoal sobre a emocionalidade vivida pela família da criança em processo paliativo, identificando como objeto de estudo as estratégias de enfermagem que potenciam a gestão emocional da família.

Em contexto de cuidados pediátricos, segundo Diogo (2019), atender à dimensão emocional tem um elevado potencial terapêutico. O trabalho emocional em enfermagem tem-se mostrado crucial nas interações bem-sucedidas, é através da gestão das emoções que o enfermeiro consegue revelar compreensão e sensibilidade pelo Outro, enquanto gere o impacto destas emoções em si (Diogo, 2015), sendo estes aspetos fundamentais no cuidar em cuidados paliativos pediátricos.

3. METODOLOGIA

A elaboração deste relatório teve por base uma metodologia de reflexão na ação, sendo que esta apresenta-se como uma ferramenta de extrema importância para a aprendizagem. Conforme afirma Netto, Silva e Rua (2018), citando Schön, é necessário refletir na ação, sobre a ação e posteriormente, refletir sobre a reflexão na ação. Este processo reflexivo possibilita o desenvolvimento de competências especializadas tendo em conta as interações de cuidados vivenciadas, o que concorreu não só para o autoconhecimento, mas também para a apropriação e construção ativa do conhecimento no decorrer do processo de aprendizagem (Netto, Silva & Rua, 2018). Assim, “pelo componente reflexivo dialogante sobre o observado e o vívido” (Alarcão & Rua, 2005, p.380) é possível capacitar o enfermeiro a agir quando experiênciam uma infinidade de situações reais, novas e desafiantes. O cuidado e o cuidar são conceitos fundamentais e pilares em enfermagem (Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021), pelo que, a intervenção de enfermagem é baseada no cuidar (Watson, 2012). Este exige um esforço ético, ontológico e epistémico que define tanto o enfermeiro como a pessoa (...) requer estudos, reflexão, ação e uma procura por novos conhecimentos que ajudarão a descobrir novos significados e compreensão do processo de cuidar da pessoa e do ser humano, durante as experiências saúde-doença (Watson, 2012). Assim, é dada ênfase à teoria, à prática, à sustentação da prática com a teoria, mas também à reflexão.

A metodologia pode definir-se como intencional e tem como objetivo desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados humanizados e holísticos à criança e família. Desta forma, o percurso de aprendizagem consistente e contínuo realizado e apoiado na revisão sistemática da literatura permitiu interligar a teoria com a prática e assim, prestar cuidados de qualidade sustentados na prática baseada na evidência. A vivência dos diferentes contextos de prestação de cuidados foram momentos importantes de aprendizagem e reflexão, que permitiram o desenvolvimento tanto a nível pessoal como profissional, pois conforme referido por Benner (2001) “a experiência é por isso necessária para a perícia” (p.32).

Os aspetos metodológicos são fundamentais, assim como os locais onde as experiências de estágio decorreram, sendo a seleção dos campos de estágio ponderada e intencional, permitindo dar resposta aos objetivos propostos. O percurso de aprendizagem iniciou-se no Serviço de Urgência Pediátrica, posteriormente na

Consulta de Desenvolvimento, no Serviço de Internamento, na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais e teve o seu término na Unidade de Saúde Familiar. Todos estes contextos de prestação de cuidados permitiram vivenciar diferentes momentos de cuidados, sendo possível identificar a importância da intervenção que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica detém em todos eles. De forma, a apresentar o percurso efetuado elaborei um **cronograma** (Apêndice I) constituído pelos diferentes locais dos ensinamentos clínicos e a sua duração.

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS DE ESTÁGIO

O presente capítulo faz referência às experiências de estágio, perspetivando o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e competências específicas do EEESIP. É reconhecido no EE “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (Regulamento n.º 140/2019, p.4744), salientando que partilham competências comuns independentemente da especialidade de prestação de cuidados.

As experiências de estágio decorreram ao longo de 18 semanas, distribuídas pelos diferentes ensinamentos clínicos conforme apresentado no **cronograma** (Apêndice I). Ao longo deste percurso evolutivo foi possível a interação da prática com a teoria, com recurso à prática reflexiva e foco na reflexão na ação. Este processo de experienciar as diferentes situações de cuidados com base no processo reflexivo, permitiu-nos o desenvolvimento de competências, mas também a possibilidade de adquirirmos novas formas de compreensão e ação, assim como, alterarmos a prática no decorrer de um processo de aprendizagem contínuo (Netto, Silva & Rua, 2018). Assim, é exequível compreender que “a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o caráter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (Benner, 2001, p.14). É imprescindível salientar que este processo de reflexão é intencional, permitindo que o enfermeiro com base na evidência científica, consiga fomentar a mudança nas práticas. Este pensamento crítico é fundamental para a enfermagem e evidência uma abordagem holística para a resolução de problemas, perspetivando o melhor resultado para a pessoa cuidada (Hockenberry & Barrera, 2014, p.16).

No início de cada estágio e com o intuito de otimizar as diferentes experiências, foi elaborado um **Guia Orientador das Atividades de Estágio** (Apêndice II) que serviu de apoio e orientação, composto por um enquadramento teórico, uma contextualização da problemática e por fim pelos objetivos e as respetivas atividades propostas a desenvolver ao longo dos mesmos. No entanto, após reunião com os/as Enfermeiros/as Chefes e Enfermeiros/as Orientadores este guia foi reformulado, tendo em conta as necessidades reais do contexto em questão, mas também as necessidades sentidas, tendo por base a problemática e a temática em estudo. A realização do Guia Orientador das Atividades de Estágio foi facilitador da aprendizagem nos diferentes contextos de estágio, preliminarmente, possibilitou a

investigação da evidência científica e a sua apropriação referente ao contexto e, conseqüentemente, a otimização dos objetivos e respetivas atividades. Este possibilitou também a esquematização e simplificação dos objetivos e das atividades propostas para cada experiência de estágio aquando da reunião com o Enfermeiro Orientador permitindo definir metas e gerir expectativas.

Posto isto, destacamos os objetivos gerais propostos: 1) Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na prestação de cuidados à criança e família nos diferentes contextos clínicos; 2) Desenvolver competências especializadas no âmbito do cuidado emocional à criança e família em processo paliativo, com enfoque na gestão emocional da família.

Assim, ao longo deste capítulo procederemos à análise das diversas experiências vivenciadas nos estágios clínicos, dos objetivos propostos e das atividades desenvolvidas, com enfoque nas competências de EEESIP adquiridas ao longo deste percurso de aprendizagem.

4.1. Serviço de Urgência Pediátrica

O Serviço de Urgência Pediátrica, onde este percurso de estágio teve início, pertence a um Centro Hospitalar de Lisboa, pelo que dá resposta a uma grande parte da população. Este serviço admite crianças dos 0 aos 17 anos e 384 dias, em casos de doença crónica, incapacidade e deficiência, a idade das crianças pode ser alargada até que a transição para a vida adulta seja efetivada, ou seja, até aos 21 anos ou aos 25 anos conforme descrito no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018). O serviço funciona num espaço próprio e independente, é constituído pela sala de espera, por gabinetes de observação, sala de triagem, sala de tratamentos, sala de reanimação, sala de observação (SO) e pela Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos (UCEP). A pandemia forçou a reestruturação do Serviço de Urgência, com a necessidade de dividi-lo em dois circuitos, de um lado o circuito de crianças com patologia respiratória e do outro o circuito de crianças sem patologia respiratória. Ao longo das 4 semanas de estágio foi possível experiencarmos os dois circuitos e vivenciarmos diversas situações de cuidados fundamentais para o processo de aprendizagem.

Assim, para o contexto do serviço de urgência foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no contexto de urgência pediátrica, na vertente organizacional, estrutural e funcional assim como na filosofia de cuidados permitindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados;

- Prestar cuidados de enfermagem à criança e família visando a promoção e educação para a saúde;

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e família em contexto de urgência/emergência;

- Desenvolver estratégias de comunicação adequadas com a criança e família tendo em consideração o seu estágio de desenvolvimento;

- Desenvolver estratégias de gestão emocional da criança e família em contexto de urgência.

O estágio neste contexto teve início dando resposta às atividades do objetivo específico “conhecer o contributo do Enfermeiro Especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na vertente organizacional, estrutural e funcional assim como na filosofia de cuidados, permitindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados”, sendo este transversal a todos os estágios e considerando o contexto da prestação de cuidados.

Durante o processo de crescimento da criança, o sistema familiar experimenta acontecimentos que concorrem para a vivência de emoções intensas e perturbadoras associadas à doença e hospitalização da criança (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). Inicialmente, o contato com o ambiente hospitalar leva à vivência de sentimentos predominantemente negativos associados ao hospital, mas também à preocupação com o estado de saúde da criança (Diogo, 2015). O hospital é encarado como um ambiente potencialmente inseguro, assustador e não familiar, tanto para a família como para a criança, sendo a criança a mais afetada. Os enfermeiros compreendem o forte impacto sentido pelas crianças e família e influenciam-nas emocionalmente através da procura pela promoção de um ambiente seguro e afetivo nas interações de cuidados (Diogo, 2015). Antes da primeira interação com os enfermeiros, a família e criança deparam-se com o ambiente físico hospitalar e com a imensidão de estímulos que o caracterizam, como o ruído, a luminosidade, os cheiros, a temperatura e o tempo de espera, tendo estes um grande impacto na sua vivência.

É na triagem que ocorre a primeira interação da criança e família com os enfermeiros e é nesse momento que se inicia a construção da relação terapêutica. A triagem é realizada recorrendo ao método da Triagem de Manchester, nesta é fornecida uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas. A utilização deste método implicou uma extensa pesquisa bibliográfica para a apropriação do saber, exigindo a mobilização de um vasto conhecimento de doenças em idade pediátrica admitindo uma resposta apropriada às necessidades da criança e família. Assim, possibilitou o encontro com a unidade de competência “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19193). Porém, a Triagem de Manchester preconiza a aplicação do algoritmo em três minutos, mas este foi um fator desafiante, visto que inicialmente abordávamos aspetos em demasia, tendo em conta os referidos no algoritmo. Em conjunto com a Enfermeira Orientadora e ao longo do estágio conseguimos superar este desafio.

Na admissão à triagem, apesar de muitas vezes o tempo ser bastante limitado, procuramos acolher a criança e família através do cumprimento com recurso a um tom de voz suave, mostrar disponibilidade e expressar afeto perspetivando um ambiente onde se sintam bem e seguras (Diogo, 2015). Este momento é preponderante para fornecer informações que atenuem o estado emocionalmente intenso vivenciado pela criança e família como o acolhimento ao serviço de urgência e a sua dinâmica e ainda, a prioridade no atendimento por gravidade e não por ordem de chegada. A cor da pulseira, que muitas vezes é também geradora de preocupação por parte da família devido ao tempo de espera, era desmistificada no acolhimento à triagem e em conjunto com o EEESIP referíamos uma estimativa do tempo de espera, reforçando que era apenas uma estimativa e não uma garantia, este esclarecimento por si só é de elevada importância para a família pois tranquiliza-a e, por fim a explicação dos procedimentos. Quando o tempo de espera era elevado tentávamos ao máximo fornecer-lhes conforto e disponibilidade. Compreender que a vivência do processo de saúde-doença é um período impregnado de emoções intensas e desafiantes faz com que a criança e família, principalmente a família, estejam ansiosos e vulneráveis devido a diversos fatores, como a deslocação, o tempo de espera, as dúvidas e a incerteza perante o diagnóstico e/ou o tratamento da criança, pelo que, nas interações de cuidados a comunicação é fundamental.

A comunicação é intrínseca ao comportamento humano, revelando-se fundamental nas interações de cuidados bem-sucedidas. Esta envolve competência interpessoal nas interações e é o alicerce na construção da relação terapêutica. Assim, a comunicação necessita de ser terapêutica objetivando o cuidar, com vista à tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pela pessoa cuidada (Campos, 2017; Hockenberry, 2014). A troca de informações e a criação de um ambiente seguro e afetuoso potenciam a identificação e a compreensão dos sinais e sintomas que motivaram a deslocação da criança e família ao serviço de urgência, permitindo explorar as suas preocupações. Podemos perceber, que a recolha de informação é realizada aliando a observação à conversação com os pais, quando as crianças são mais novas. Em crianças que já têm capacidade para serem ativas no seu processo de saúde-doença a recolha de informação é realizada recorrendo às informações fornecidas pelas mesmas, em colaboração com a família (Hockenberry, 2014). Foi assim, de extrema importância o domínio das estratégias de comunicação na prestação de cuidados à criança, adaptando-as ao seu estágio de desenvolvimento e à família. Desta forma, possibilitou o encontro com o objetivo específico “desenvolver estratégias de comunicação adequadas com a criança e família tendo em consideração o seu estágio de desenvolvimento” assim como, a competência descrita no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19194).

Através da observação participante nos cuidados prestados em colaboração com o EEESIP foi possível experienciar diferentes situações de aprendizagem. De salientar uma interação de cuidados vivenciada na prestação de cuidados ao *toddler*, a avaliação do mesmo no serviço de urgência deve ser realizada ao colo do pai ou da mãe, ou pessoa significativa, o mesmo se aplica a algumas crianças em idade pré-escolar, visto que a ansiedade de separação é o maior *stressor* nestas idades, o que atenua a intensidade da sua vivência (Sanders, 2014). Também a colocação da pulseira não era bem aceite por eles, pelo que solicitávamos a colaboração da família na sua colocação e desta forma, era possível que aceitasse a pulseira pacificamente. Relativamente à idade escolar, questionávamos o local para colocação da pulseira e até colaboravam com agrado. Porém, na adolescência as informações eram fornecidas pelos mesmos e a família apenas completava caso fosse

necessário. É de salientar a importância de envolver a criança e família nos cuidados, visando a prestação de cuidados humanizados e holísticos.

A sala de tratamentos é o local onde se realizam procedimentos invasivos e não invasivos, como a realização de aerossóis, a punção venosa para colheitas ou para colocação de cateter venoso periférico, administração de terapêutica, entre outras. Visto ser o local onde existe uma maior proximidade entre enfermeiro, criança e família após a triagem é de eleição para proceder à recolha de informação complementar para o processo de enfermagem, mas também para o fortalecimento da relação terapêutica, permitindo uma resposta diferenciada às necessidades identificadas. Estes procedimentos podem levar à vivência de emoções intensas e perturbadoras tanto para a criança como para a família pelo que, nutrir os cuidados com afeto tem que ser parte integrante da intervenção do enfermeiro. O afeto é fundamental na prestação de cuidados e assim, a afetividade tem que estar associada à técnica, o que fomenta na criança e família alívio do sofrimento, mas também de ajuda e apoio (Diogo, 2015). A utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor tendo em conta o estágio de desenvolvimento da criança, sustentadas pelos cuidados não traumáticos, mas também a explicação dos procedimentos, foram intervenções fundamentais para a transformação positiva das emoções. A **situação de cuidados** que analisei **à luz do Modelo TEEP** (Apêndice III), espelha não só as estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, mas também as estratégias de enfermagem que potenciam a gestão emocional da criança e família na interação de cuidados (E2.2; E3.3).

No SO e na UCEP é possível ter uma maior interação com a criança e família, visto que a necessidade da sua permanência neste local pode ser de horas, ou até de dias. Assim, o enfermeiro através da sua intervenção promove a capacitação da criança e família à doença e a gestão das suas emoções ao longo do processo. Foi na UCEP que vivenciamos uma situação de cuidados que marcou este percurso e na qual foi sentida a necessidade de refletir, sob a forma de **Jornal de Aprendizagem** (Apêndice IV). Esta reflexão possibilitou analisar a intervenção realizada, permitindo aperfeiçoar a resposta e intervenção em situações semelhantes futuras, visto que requereu uma mobilização de conhecimentos e competências no âmbito da comunicação, da relação terapêutica e da gestão emocional, encontrando-se integrada no quinto objetivo específico: “desenvolver estratégias de gestão emocional da criança e família em contexto de urgência”. Ao longo do estágio a prestação de

cuidados de enfermagem especializados à criança e família foi constante, permitindo dar resposta ao segundo objetivo específico proposto.

Por fim, sentimos a necessidade de refletir sobre a emocionalidade vivenciada pela família no serviço de urgência na perspectiva dos enfermeiros, dando origem à **reflexão sobre a emocionalidade vivenciada pela família no serviço de urgência, na percepção dos enfermeiros** (Apêndice V), tendo por base as questões colocadas aos mesmos e as respetivas práticas decorrentes da sua experiência profissional. Esta necessidade surge da consciência que o serviço de urgência representa o primeiro contato que a criança e família têm com o processo de saúde-doença, mas também por ser uma das mais traumáticas experiências hospitalares para a criança visto que se deparam com o medo, a ansiedade e a dor associados a procedimentos técnicos (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). Assim, a gestão emocional assume-se como fundamental, possibilitando a transformação de uma vivência positiva em relação à situação, o que influencia diretamente experiências futuras (Diogo, 2015).

4.2. Consulta de Desenvolvimento

O estágio decorreu num Hospital de referência em Lisboa que acompanha crianças com suspeita de atraso de desenvolvimento infantil ou em situações que tem o potencial de afetar não só o neurodesenvolvimento mas também a saúde mental da criança. A referenciação para a Unidade de Desenvolvimento pode ser feita pelos próprios pais da criança até aos 3 anos de idade ou posteriormente, pelos médicos de família. Assim, tem como principais objetivos diagnosticar e intervir precocemente nas perturbações do desenvolvimento e da saúde mental das crianças e promover a articulação entre as várias especialidades ligadas ao desenvolvimento, diminuindo a duplicação de consultas e simultaneamente, melhorar a intervenção terapêutica e a comunicação com a criança e família.

A equipa multidisciplinar é composta por Pediatras do Desenvolvimento, Neuropediatria, Pedopsiquiatras, Psicólogas, Enfermeiras Especialistas em Saúde Mental, Enfermeiras Especialistas em Pediatria, Terapeuta da Fala, Terapeuta Ocupacional, Professora de Educação Especial e Assistente Social com vista, à prestação de cuidados diferenciados e holísticos à criança e família.

Assim, para o contexto de consulta de desenvolvimento foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem à criança e família promotores da saúde e do desenvolvimento infantil;
- Desenvolver estratégias de comunicação adequadas com a criança e família tendo em consideração o seu estágio de desenvolvimento;
- Desenvolver estratégias de gestão emocional da criança e família em contexto de consulta de desenvolvimento infantil.

O serviço integra também uma Unidade de Primeira Infância, dando assim resposta a habilidades físicas, cognitivas, motoras e emocionais da criança fundamentais para o seu desenvolvimento harmonioso. Este desenvolvimento infantil é parte fundamental do desenvolvimento humano, destacando-se o período pré-natal e os primeiros anos de vida como bases deste processo de crescimento. A criança está em constante crescimento e desenvolvimento, pelo que, o diagnóstico atempado de perturbações do desenvolvimento e saúde mental das crianças é crucial. Muitas destas alterações são inicialmente identificadas por pais ou cuidadores principais, visto que a sua convivência é vivenciada num meio onde esta se expressa livremente. Assim, quando há a suspeita de uma alteração do desenvolvimento as preocupações dos pais devem ser sempre valorizadas (Correio, 2020).

Após a referenciação das crianças estas são avaliadas na consulta em equipa, por a EEESIP e pelo pediatra, estabelecendo-se um plano de cuidados individualizado. A consulta com a EEESIP é agendada consoante a necessidade e o plano estipulado para a criança. É fundamental que a família esteja presente visto que numa fase inicial, este vai ser um ambiente desconhecido para a criança o que pode ser gerador de emoções de tonalidade negativa. Mas também, na vertente em que a família é uma constante na vida da criança, o seu envolvimento nos cuidados é essencial ao longo do processo de crescimento visto que simultaneamente reforça os vínculos afetivos e capacita-os para uma melhor compreensão da criança. No decorrer do estágio e apesar deste ser o mais reduzido em termos de tempo, foi possível vivenciarmos distintas situações de cuidados e crianças em diferentes fases de acompanhamento e desenvolvimento.

A intervenção de enfermagem recorre ao “floortime” que significa “tempo de chão”, ou seja, a intervenção decorre no chão com base no Modelo DIR/Floortime. A interação de cuidados é realizada com recurso à utilização do lúdico orientada pelas preferências e características da criança. Este modelo é desenvolvimental baseado no afeto, através da relação (Diogo & Silva, 2021). Têm em consideração as diferenças

individuais de cada criança, seguindo uma lógica “de baixo para cima”, ou seja, da construção de uma base integrada de capacidades desenvolvimentais antes de se focar em níveis mais elevados de funcionamento (Diogo & Silva, 2021). Em que o “D” diz respeito às capacidades desenvolvimentais, estas são as capacidades fundamentais estruturais que integram as diferentes áreas de funcionamento (desenvolvimento emocional, social, motor, perceptivo, da linguagem e cognitivo). O “I” por sua vez, integra as diferenças individuais reconhecendo a singularidade de cada criança, como esta compreende o que vê, o que ouve, o que cheira, ou seja, como cada criança percebe os diferentes estímulos sensoriais que recebe (Diogo & Silva, 2021). É fundamental valorizar as diferenças individuais pois estas ajudam a criança a envolver-se nas interações relacionais. Por fim, o “R” corresponde às relações de aprendizagem e como estas influenciam o desenvolvimento da criança. Mais uma vez, podemos perceber a importância das relações e de nutrir-las com afeto, “o afeto é necessário para o desenvolvimento das crianças, é desejado por estas, as próprias crianças apelam por afeto” (Diogo, 2015, p.120). O afeto e o amor são dois dados universais, o momento de carinho e afeto transcende o tempo, o espaço e a fisicalidade, afetando a vida futura das pessoas em interação (Watson, 2012).

Relembramos uma situação de cuidados em consulta de desenvolvimento, era a primeira consulta da criança. Esta tinha sido referenciada pelos pais após a educadora expor-lhes a sua preocupação perante o desenvolvimento da Maria (nome fictício). Dirigimo-nos à sala de espera e chamamos a Maria, vinha acompanhada pelo pai, apresentamo-nos e percorremos o corredor até ao gabinete de Enfermagem. Durante o percurso foi possível perceber que a Maria não largava as pernas do pai e tentava-se esconder, à chegada ao gabinete olhou para todo o lado, mas continuava perto do pai agarrada às suas pernas para sentir a sua proteção e conforto. Sentamo-nos no chão, explicamos a dinâmica da consulta ao pai e após a Maria ter escolhido uma casa de bonecas em miniatura para brincar, expandimos a relação com base no seu interesse e na sua motivação para brincar com as bonecas, o que permitiu o desenvolvimento da relação terapêutica, mas também da comunicação com a criança. Questionamos o pai sobre o comportamento da Maria em casa e na escola, como ela se comportava, se brincava, se ficava muito tempo exposta a ecrãs, ou seja, como era a sua rotina permitindo identificar fatores não potenciadores de um desenvolvimento harmonioso. Percebemos que o tempo de exposição a ecrãs era bastante elevado em detrimento do tempo de brincadeira que era reduzido, fizemos ensinamentos ao pai sobre a

importância de disponibilizar tempo para brincar com a criança pois é através do brincar que ela se expressa, sugerindo estratégias simples que podem ser adotadas em casa perspetivando que seja disponibilizado mais tempo para o brincar. O pai permaneceu durante toda a consulta sentado numa cadeira perto da Maria e ao longo da intervenção procedíamos à avaliação do desenvolvimento da Maria com recurso ao brincar. Foi também notória a evolução ao longo da consulta da Maria, já procurava o nosso contato, entregava-nos as bonecas para voltarmos a colocar na “casinha”, esboçava um leve sorriso quando interagíamos com ela e quando foi altura de se despedir disse um adeus envergonhado com o seu braço. Relembro esta situação pois a evolução da Maria foi bastante evidente, mesmo sendo um ambiente desconhecido a presença da família e neste caso, o recurso ao brincar foi facilitador do processo de avaliação da Maria e da relação que se estabeleceu, assente no afeto e no brincar.

A participação ativa nos cuidados prestados permitiu-nos ir ao encontro do segundo objetivo específico proposto “prestar cuidados de enfermagem à criança e família promotores da saúde e do desenvolvimento infantil” e, concomitantemente, às competências descritas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica “promove o crescimento e desenvolvimento infantil (E3.1.); diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem (E1.2.)” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19194).

No decorrer das consultas de enfermagem e devido aos diferentes estádios de desenvolvimento e de acompanhamento da criança, foi possível identificar as estratégias de comunicação com a criança e família utilizadas pela EEESIP e aprofundar conhecimentos ao nível da comunicação, muitas vezes com crianças portadoras de atrasos globais do desenvolvimento, permitindo mobilizá-las quando necessário. Assim, a aprendizagem adquirida enquadra-se no terceiro objetivo específico proposto “desenvolver estratégias de comunicação adequadas com a criança e família tendo em consideração o seu estágio de desenvolvimento”, mas também na competência referida no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3.)” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19194).

Tendo em conta a temática desenvolvida ao longo do relatório, aprofundarmos o desenvolvimento emocional da criança foi um foco ao longo do percurso, visto que é parte integrante do seu desenvolvimento. Maioritariamente, as alterações identificadas no desenvolvimento emocional iniciam-se na infância e são caracterizadas por alterações cognitivas e comportamentais da criança. Logo após o nascimento os recém-nascidos demonstram as suas emoções através do seu comportamento, sendo reconhecidas como capacidades inatas que se desenvolvem ao longo do crescimento da criança (Franco & Santos, 2015). Assim, a compreensão emocional surge por volta dos três anos de idade, pelo que os primeiros três anos de vida são caracterizados por intensas atividades cerebrais e um acentuado desenvolvimento emocional (Papalia, Olds & Feldman, 2001; Horta & Soares, 2021). Surge desta forma, a necessidade de realizarmos a atividade da “**caixa das emoções**” (Apêndice VI) que se caracteriza pela união do desenvolvimento emocional com o brincar, ambos fundamentais para um crescimento infantil harmonioso. É fundamental para a criança expressar o que sente, como percebe e se consciencializa do mundo ao seu redor. O conhecimento sobre as emoções na infância não é inato, estimularmos a criança e proporcionarmos-lhes momentos de partilha permitindo que aprendam a identificar e a reconhecer as suas próprias emoções, assim como as emoções dos outros, é fundamental.

Posteriormente, após a concretização da “caixinha das emoções” foi preponderante a **reflexão sobre o desenvolvimento emocional da criança** (Apêndice VII) e a sua importância, visto que, a compreensão emocional e o desenvolvimento infantil são fundamentais para apoiar a criança no seu desenvolvimento (Franco & Santos, 2015). Assim, com a realização das duas atividades acima referidas foi possível irmos ao encontro do quarto objetivo específico proposto “desenvolver estratégias de gestão emocional da criança e família em contexto de consulta de desenvolvimento infantil”.

4.3. Internamento de Pediatria

O Serviço de Pediatria em que o estágio decorreu é considerado um centro de referência para o cancro pediátrico na região de Lisboa. Tem como missão a prestação de assistência à criança com doença oncológica e sua família. Este organiza-se em duas vertentes principais, o serviço de internamento e o ambulatório, que integra o hospital de dia e a consulta externa, articuladas entre si e com os

restantes serviços do Hospital. Quando estamos perante crianças e famílias que residem fora do concelho de Lisboa procedesse ao planeamento dos cuidados em colaboração com as unidades de saúde da área de residência, permitindo que as mesmas estejam mais próximas do domicílio o que evita muitas vezes as deslocações, sem descorar a qualidade dos cuidados prestados.

Esta articulação é possível através da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos, constituída por médico, enfermeiro, assistente social, psicóloga, educadoras e dietista. Os profissionais que integram a equipa promovem a avaliação das necessidades da criança e família e simultaneamente, procuram assegurar a continuidade de cuidados, inclusive no domicílio, se possível, o que evita a deslocação ou o internamento da criança. Se a doença se revelar não curável, o principal objetivo prende-se no suporte psicossocial e o controlo de sintomas, sendo reavaliados os desejos e as necessidades da criança e família, assim como o seu plano individual de cuidados.

À semelhança dos contextos anteriores, o estágio teve início com o definir de objetivos específicos e com as atividades que dão resposta ao primeiro objetivo, conhecer o contributo do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica no contexto de Internamento de Pediatria, na vertente organizacional, estrutural e funcional assim como na filosofia de cuidados permitindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Também defini para o contexto de Serviço de Internamento os seguintes objetivos específicos:

- Prestar cuidados especializados à criança e família em processo paliativo;
- Desenvolver estratégias de gestão emocional da criança e família com necessidades paliativas.

A escolha deste contexto prendeu-se por este ser um local de referência nacional na prestação de cuidados especializados a crianças com doença oncológica e sua família, nomeadamente em CPP. Este é caracterizado pela sua especificidade, o que foi impulsionador de pesquisa das patologias das crianças que se encontravam internadas, adotando uma prática baseada na evidência, o que permitiu desenvolvermos competências na promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (E2.5).

Com o início do estágio e no decorrer do mesmo surgiu a oportunidade de observar os cuidados prestados pela EEESIP e participar nos mesmos, tanto no serviço de internamento como no hospital de dia. Detivemos também a oportunidade

de assistir à reunião da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos que se realiza uma vez por semana. A vivência dos diferentes contextos de cuidados foi altamente enriquecedora, pois permitiu o acompanhamento de crianças e famílias em diferentes estádios de desenvolvimento, mas também em distintas fases do processo de saúde-doença. Todas estas fases do processo de saúde-doença devem ser vivenciadas respeitando os princípios bioéticos da Autonomia, Beneficência, Não-Maleficência e Justiça que se compadecem com os cuidados paliativos pediátricos. Deve haver um valor subjacente, uma consciência evoluída, uma intencionalidade e um compromisso moral em cuidar de si mesmo e dos outros, juntamente com uma vontade de se importar, pois a enfermagem é baseada em valores humanos e na preocupação com o bem-estar dos outros (Watson, 2012).

Este contexto clínico foi marcado por uma necessidade constante de desenvolvimento de conhecimentos para a prestação de cuidados especializados à criança e família em processo paliativo, sendo este o segundo objetivo específico proposto. O processo de saúde-doença além de afetar a vida da criança, tem um forte impacto emocional em todos os membros da família, a alteração do quotidiano e das rotinas familiares, o cumprimento de medicação e cuidados rigorosos, assim como a necessidade de manter uma certa normalidade, dentro do possível, apresentam-se como verdadeiros desafios (Diogo, Sousa, Rodrigues, Rodrigues & Almeida, 2020). Ao longo deste processo muitas são as emoções intensas e perturbadoras vivenciadas pela criança e família, desta forma, o trabalho emocional dos enfermeiros assume-se como fundamental (Diogo, 2015). Através da observação participativa nos cuidados em colaboração com a EEESIP foi possível desenvolver a relação terapêutica e identificar as necessidades da criança e família, otimizando a resposta a estas necessidades. Pelo que, os cuidados prestados no contexto clínico são sustentados pelos cuidados centrados na família, fundamentais para a prestação de cuidados humanizados e holísticos. À medida que a família toma conhecimento da condição da criança, estes tornam-se peritos na prestação de cuidados à mesma. Salienta-se assim, a importância do envolvimento da família e da criança nos cuidados e nas tomadas de decisão relativamente aos cuidados prestados, mas também a confiança para efetivar a parceira de cuidados. Prestar atenção às observações da família garante-lhes que o seu papel é valorizado e que as suas opiniões são importantes. Posto isto, surgiu a necessidade da realização de uma **reflexão sobre a**

emocionalidade intensa vivenciada pela família da criança em processo paliativo (Apêndice IX) com a respetiva identificação das estratégias de enfermagem utilizadas pelo EEESIP na minimização do impacto dessa emocionalidade. A relação terapêutica que se desenvolve entre o enfermeiro, criança e família é fundamental para o cuidado emocional, pois potencia a partilha e expressão emocional fundamentais para a sua gestão (Diogo, 2015). Esta atividade encontra-se integrada no objetivo específico “desenvolver estratégias de gestão emocional da criança e família com necessidades paliativas.”, definido para o estágio em questão.

O modelo assistencial de enfermagem utilizado no contexto de cuidados é o do enfermeiro de referência, no qual um enfermeiro fica responsável pela criança e família desde o momento da admissão até à data da alta e no caso de referenciação à Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos. É também responsável pelo acolhimento ao serviço, em que procede à sua apresentação e à do serviço, fornece informações e explicações importantes, fala de forma simpática e afetuosa mostrando disponibilidade (Diogo, 2015). A recolha de informação para a avaliação inicial é também efetuada, atendendo às preferências e desejos da criança e família, o que fomenta o desenvolvimento da relação terapêutica e a promoção de um ambiente seguro e afetuoso o que tem o potencial de tornar o hospital um sítio menos assustador (Diogo, 2015). Sempre que necessário, a referenciação para outras especialidades é também realizada pelo enfermeiro de referência. Durante o estágio foi também necessário o contato com os cuidados de saúde primários, com o enfermeiro de família da criança, mas também com o hospital da área de residência (E2.5.6) objetivando a parceria e continuidade dos cuidados prestados.

Quando é efetivada a referenciação da criança para a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos é-lhes atribuído um enfermeiro de referência. Nem todas as crianças estavam referenciadas para a equipa, umas estavam em fase de efetivar a referenciação outras porque ainda não cumpriam os critérios necessários, porém, a EEESIP era enfermeira de referência de uma das crianças que se encontrava internada no decorrer do estágio, o que me permitiu cooperar continuamente na sua atuação. Durante os turnos davam preferência na distribuição das crianças ao enfermeiro de referência, visto que a relação terapêutica se encontra fortalecida devido à durabilidade da relação. A construção de uma maior proximidade é facilitadora de nutrir os cuidados com afeto, o que concomitantemente, acentua a dádiva e mesmo a partilha de afetos e emoções (E.3.4.1) (Diogo, 2015). O

conhecimento mútuo que se desenvolve ao longo da interação de cuidados é fundamental para a identificação das necessidades da criança e família, mas também na gestão das suas emoções, pois no envolvimento emocional também os enfermeiros se dão a conhecer. Assim, com o fortalecimento da relação terapêutica acentuam-se sentimentos de confiança e segurança nos cuidados prestados o que possibilita a transformação positiva das emoções (Diogo, 2015). O sofrimento é minimizado, o bem-estar maximizado e enaltece-se o cuidado emocional conduzindo à satisfação e gratificação da criança, da família e do enfermeiro. Assim, podemos concluir que o trabalho emocional promove o bem-estar das pessoas em interação. Além disso, tem uma influência positiva na experiência intensa vivenciada através de intervenções intrínsecas ao cuidar, assim os enfermeiros potenciam a gestão das emoções nos clientes e neles próprios (Diogo, 2015). Apesar deste constituir um campo de intervenção da enfermagem com resultados visíveis, contudo ainda é pouco valorizado e por vezes, pouco consciente na prática dos enfermeiros (Diogo, 2019). Pois isto, após a reflexão e partilha com a Enfermeira Chefe, a Enfermeira Orientadora e os restantes membros da equipa e com vista à implementação de atividades ajustadas às necessidades formativas, mas também às necessidades do serviço surgiu a necessidade da realização de uma **sessão de formação em serviço** (Apêndice X) intitulada de “Estratégias de enfermagem que potenciam a gestão emocional da família da criança em processo paliativo”. Quando se verifica a necessidade de aprofundar um tema fundamental no cuidar como é o caso do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica, a formação em serviço torna-se facilitadora desta aprendizagem visto que constitui um método de partilha e mobilização de conhecimentos e experiências.

Com o intuito de aceder a uma experiência clínica que será simultaneamente uma fonte de saberes experienciais e que constitui um subsídio valioso para a reflexão sobre as práticas de cuidar a criança em processo paliativo e sua família, realizamos uma **entrevista a perito** (Apêndice VIII). A entrevista permitiu ao entrevistado partilhar a sua experiência e o seu saber a partir do foco principal proposto pelo entrevistador, tendo como objetivo identificar as estratégias utilizadas pelo enfermeiro perito que potenciam a gestão emocional intensa vivenciada pela criança e família em processo paliativo. Segundo Benner (2001) as enfermeiras “peritas podem descrever situações clínicas onde a sua intervenção fez a diferença, uma parte dos conhecimentos

decorrente da sua prática torna-se visível e, é com esta visibilidade que o realce e reconhecimento da perícia se tornam possíveis” (p.61).

A capacitação e a adaptação da criança e família à doença e a gestão das emoções intensas vivenciadas desempenham um papel preponderante em todo este processo, tendo o enfermeiro uma intervenção primordial. Assim, a prestação de cuidados holísticos e humanizados que permitem dar resposta às necessidades paliativas da criança e família é fundamental, considerando os aspetos físicos, emocionais, sociais, culturais, espirituais e éticos (Cavalcante et al., 2018). O apoio e o envolvimento da família nos cuidados à criança são fundamentais ao longo do processo, sendo nestes incluída a família alargada como os avós e os irmãos, ou pessoas significativas para a criança e família. Felizmente, os avanços das novas tecnologias permitem encurtar as distâncias e manter um contacto regular com a família, o que consideramos ser um fator facilitador desta vivência que demanda os seus desafios e exigências. O papel do brincar, das educadoras e da sala de atividades consideramos que também é fundamental para a vivência de uma hospitalização positiva. As crianças ficavam empolgadas com as atividades e acabavam por direcionar o seu foco de atenção para o brincar e para o que estavam a desenvolver e não para a doença, para os tratamentos ou para a hospitalização. É através do brincar e da brincadeira que as crianças se expressam e como percebem e reconhecem o mundo ao seu redor, quando oferecidos no momento certo estes possuem uma grande influência no desenvolvimento infantil harmonioso (Ferreira & Villela, 2018).

4.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O estágio decorreu na UCIN que pertence a um hospital integrado num Centro Hospitalar da Região de Lisboa. Esta unidade admite recém-nascidos (RN) provenientes da sala de partos ou transferidos de outros hospitais. É dividida em duas vertentes, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais. Ambos os serviços encontravam-se dotados com equipamentos necessários à prestação de cuidados especializados, nestas são internados RN com necessidades de cuidados diferenciados à nascença ou até aos 28 dias de vida relacionadas com cuidados médicos ou cirúrgicos. O que diferencia a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais da Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais é a instabilidade hemodinâmica do RN e a complexidade dos cuidados que

necessita. Em ambos os serviços e devido à situação de pandemia que foi vivenciada por todo o mundo, uma das vagas destinava-se a receber RN com suspeita de SARS-CoV-2 ou com a confirmação do diagnóstico.

O estágio teve início com as atividades que deram resposta ao primeiro objetivo específico proposto “conhecer o contributo do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica no contexto de Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, na vertente organizacional, estrutural e funcional assim como na filosofia de cuidados permitindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados”. Após a apresentação do **Guia Orientador das Atividades de Estágio** (Apêndice II) à Enfermeira Orientadora e à Enfermeira Chefe, perspetivou-se a sua reformulação tendo em conta as sugestões dadas pelas mesmas, não descorando das necessidades do serviço, nem dos objetivos enquanto formanda. Foram definidos mais dois objetivos específicos a cumprir ao longo do estágio, sendo estes:

- Prestar cuidados especializados ao recém-nascido e família;
- Desenvolver estratégias de gestão emocional da família do recém-nascido.

A experiência profissional que detemos foi facilitadora da adaptação técnica a este contexto, contudo, a especificidade e a exigência dos cuidados prestados implicaram a apropriação do conhecimento científico através de pesquisa bibliográfica, da leitura dos protocolos do serviço, mas também da reflexão em conjunto com a EEESIP. O estágio decorreu maioritariamente na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, apesar da oportunidade de experienciar a Unidade de Cuidados Intensivos também ocorreu, o que possibilitou a prestação de cuidados especializados ao recém-nascido e família, indo assim ao encontro do segundo objetivo específico proposto. Desta forma, a colaboração com a EEESIP na prestação de cuidados ao RN e família foi uma constante, o que possibilitou a compreensão do foco na promoção da parentalidade e vinculação na sua intervenção.

O processo de parentalidade tem por base a relação entre os pais e o RN, este constitui uma das experiências mais gratificantes do ser humano, mas também uma das mais desafiantes. A vinculação, por sua vez, é considerada como um processo complexo de proximidade e compromisso que se desenvolve progressivamente, caracterizado por reciprocidade na criação de laços afetivos e emocionais entre o recém-nascido e família, nomeadamente com a mãe. Esta é um elemento-chave para o desenvolvimento da parentalidade, caracterizada por ciclos de atenção e desatenção numa correção entre a família e o RN fundamentais para uma forte vinculação o

que potencia o harmonioso desenvolvimento do RN (Wheeler, 2014). Contudo, quando falamos de um RN pré-termo com necessidade de hospitalização ocorre a separação física da criança e família, o que conseqüentemente, pode levar à separação emocional com repercussões diretas no processo normal de vinculação. Assim, é fundamental encorajar e facilitar o envolvimento da família nos cuidados ao RN estimulando a criação e o desenvolvimento deste vínculo.

Relembro uma situação de cuidados que vivenciamos e que iremos descrever em seguida. Recebemos um bebê vindo do serviço de obstetrícia, o RN iniciou um quadro de prostração e intolerância alimentar pelo que foi efetivada a sua transferência, este deu entrada na Unidade de Cuidados Intermédios em berço acompanhado por a enfermeira do serviço de obstetrícia. A colega referiu que viria mais tarde com a mãe em cadeira de rodas para ver o RN e o pai também estava a caminho do hospital. Realizamos a sua transferência para a incubadora, procedemos à monitorização cardiorrespiratória e avaliamos os sinais vitais. A equipa médica deu indicação para realização de colheita de sangue e colocação de cateter venoso periférico, que ficou com soroterapia em curso a perfundir sem intercorrências. Quando o pai chegou, foi ter com a mãe do RN e chegaram juntos à UCIN. Fui ter com ambos, apresentei-me de forma calma e afetuosa, com um sorriso, expliquei as normas do serviço, validando frequentemente se tinham dúvidas, pois a ansiedade face ao estado de saúde do RN e ao ambiente da unidade pode interferir na sua atenção e pode surgir a dificuldade em compreender e assimilar toda a informação. Posteriormente encaminhei-os para junto do RN, explicando-lhes os “fios” um a um que se encontravam conectados ao bebê e qual a sua importância, para a imagem do seu filho na incubadora com vários dispositivos conectados não fosse mais um fator *stressor*, notando que após a explicação ficaram mais tranquilos. Durante todo o acolhimento mostrei disponibilidade para tudo o que necessitassem. Reforcei que poderiam pegar no RN apesar dos fios e ajudei-os a fazê-lo. Após colocar o RN no colo da mãe no cadeirão e colaborar numa boa pega à mama, o pai sentou-se ao lado e ficaram os três bastante tranquilos. Quando o RN não se encontra estável e se não for possível que o mesmo fique no colo dos pais, incentivo os mesmos a tocarem no bebê pois o tato é o primeiro sistema sensorial a desenvolver-se e representa o primeiro ato de comunicação entre a família e o RN (E3.2.4). Na situação de cuidados supracitada a mobilização de categorias que integram o modelo TEEP (Diogo, 2015) foi evidente, em que a promoção de um ambiente seguro e afetuoso, nutrir os cuidados

com afeto e construir a estabilidade na relação estiveram na base das intervenções realizadas.

O primeiro contato com a UCIN pode ser geradora de stress e ter um forte impacto emocional, devido a todos os equipamentos, pessoas e ambiente envolventes (Wilson, 2014). Assim, a utilização de estratégias de enfermagem na interação de cuidados, de dimensão afetivo-emocional, visa a transformação positiva das emoções intensas e perturbadoras tanto das pessoas que necessitam de cuidados, mas também dos próprios enfermeiros potenciando o bem-estar e a tranquilidade nas interações, assim como a qualidade dos cuidados prestados (Diogo, 2019). O envolvimento da família encontra-se integrada na categoria “gerir as emoções dos clientes“ do Modelo TEEP de Diogo (2015) e ao longo do estágio essa foi uma constante na nossa intervenção (E3.4.1.), tanto com vista ao encontro do terceiro objetivo específico proposto “desenvolver estratégias de gestão emocional da família do recém-nascido” como na promoção da vinculação de forma sistemática, no caso do RN doente ou com necessidades especiais (E3.2.). O adquirir desta competência deveu-se ao desenvolvimento de várias atividades como, encorajar as visitas ao RN e a presença dos pais e observação durante a prestação de cuidados ao RN, negociar o envolvimento da família na prestação de cuidados ao RN (E3.2.6.) (conforme se mostrem disponíveis e confortáveis para o fazer), promover o toque, a massagem terapêutica, a mudança da fralda, o pegar ao colo (quando o estado clínico do RN o permite), a prestação dos cuidados de higiene, a amamentação (E3.2.5) incentivando a mãe a realizar extração de leite materno para ser administrado por SNG, se o RN estiver estável e for possível colocá-lo ao colo e adaptá-lo à mama, se este não estiver ainda preparado para a adaptação à mama administrar o leite materno por SNG mas ao colo da mãe ou em método canguru, o que permite promover a amamentação e simultaneamente a vinculação. Combinar os horários dos cuidados ao RN com a família também se assume como fulcral, pois permite que estejam presentes e sejam incluídos no planeamento de cuidados ao RN, reforçando e explicando aos pais os benefícios do contato físico no desenvolvimento e crescimento do RN. A promoção da esperança também esteve no foco da intervenção, através da adoção de perspetivas positivas, apresentar soluções e alternativas, transmitir otimismo (Diogo, 2015) e ainda, comemorar juntamente com os pais as pequenas conquistas diárias do RN.

Ao longo deste processo de saúde-doença o respeito pela vontade e pelas necessidades da família do RN é muito importante, visto que cada ser é único e como

tal, há pessoas que podem querer colaborar imediatamente nos cuidados ao RN, mas outros podem precisar de dias ou semanas para o fazer. Escutar atentamente a família, as suas preocupações, as suas perguntas, permite responder às suas necessidades e identificar estados emocionais intensos e perturbadores. A valorização das suas atitudes e habilidades, potenciando as suas competências reforça o seu papel parental.

O internamento na UCIN pode ter repercussões diretas a médio e a longo prazo no desenvolvimento neurocomportamental e cognitivo do RN, visto que estes encontram-se expostos a um número elevado de procedimentos dolorosos, vários deles para fins de diagnóstico ou terapêuticos e muitas vezes sem um controlo adequado da dor (Moraes & Freire, 2019). A promoção de um ambiente seguro e afetuoso (Diogo, 2015) assume-se como fundamental nos cuidados ao RN de alto risco. A promoção de um ambiente calmo, com baixo ruído e a otimização da temperatura aliado à baixa luminosidade (Altimier & Philips, 2013), representam algumas das intervenções que mobilizamos considerando o bem-estar e a tranquilidade do RN. Perspetivando a criação de um ambiente de cura em todos os níveis, um ambiente subtil para uma prática de cuidado enérgica e autêntica (Watson, 2018). Toda a equipa zelava pelo bem-estar dos bebés, minimizando as manipulações e estímulos do RN e durante as manipulações estes eram mobilizados de forma suave, respeitados, posicionados, com recurso à nutrição não nutritiva e por vezes contidos, o que reduz os fatores stressores e assim promove o seu crescimento e desenvolvimento.

Há ampla evidência que os recém-nascidos, mesmo os pré-termo são neurologicamente capazes de sentir dor (Jacob, 2014). As repetidas e precoces experiências de dor no período neonatal podem influenciar as posteriores experiências de dor, tanto na sensibilidade dolorosa como na forma de lidar com o stress (Direção-Geral da Saúde, 2010). No RN o controlo da dor deve ser realizado com recurso a intervenções que minimizem a sua intensidade, ajudando na recuperação e reorganização do RN após o procedimento gerador de elevado stress (Marques et al., 2021). Assim, a gestão diferenciada da dor e do bem-estar do RN, otimizando as respostas (E2.2.) foi esplanada na reflexão e análise de uma situação de cuidados vivenciada, em que enfatiza a importância da avaliação da dor no RN e a utilização de medidas não farmacológicas no controlo da dor com influência direta

na gestão emocional da família, sob a forma de **Jornal de Aprendizagem** (Apêndice XI).

Apesar de não ter tido contato direto com o RN com necessidades paliativas, verifiquei que as barreiras à implementação dos cuidados paliativos neonatais são várias como a incerteza quanto ao prognóstico, a dificuldade de aceitação e reconhecimento da família de uma doença incurável no recém-nascido, conflitos e falta de comunicação entre a família e os profissionais de saúde e por fim, a falta de formação específica dos profissionais para a prestação destes cuidados especializados (Silva, Silva & Silva, 2019). Contudo, a sua implementação vai ganhando importância devido à elevada prematuridade, sendo estas crianças portadores de doenças crônicas complexas, limitantes e/ou ameaçadoras de vida. Tendo em conta o referido, reforço a importância da realização da **sessão de formação em serviço** (Apêndice XII) intitulada de “Cuidados Paliativos Neonatais: Gestão Emocional da Família” aos profissionais perante a necessidade de implementação e prestação de cuidados paliativos neonatais.

4.5. Cuidados de Saúde Primários: Unidade de Saúde Familiar

Este percurso formativo teve o seu término na Unidade de Saúde Familiar (USF) da região de Lisboa. A USF é constituída por dois polos e a sua equipa composta por enfermeiros, médicos e administrativos. Estas são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, constituídas por equipas multiprofissionais (Decreto-Lei nº73/2017).

Têm ocorrido uma evolução nos cuidados de saúde primários assumindo um papel cada vez mais importante no tratamento da doença, mas também na sua prevenção (Regulamento n.º 428/2018). A USF em que decorreu o estágio impera o método de enfermeiro de família, “para a prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (Decreto-Lei n.º 118/2014, p.4070). O enfermeiro de família tem assim um contributo importante para a promoção da saúde e prevenção da doença, em que para além da criança, a família também é alvo de cuidados, o que vai ao encontro dos cuidados centrados na família. Este tem também uma intervenção fundamental na vigilância do desenvolvimento infantil em contexto de consulta de saúde infantil e juvenil, o que concorre para a obtenção contínua de ganhos em saúde. O agendamento das consultas é efetuado tendo em contas as idades-chave da criança, coincidindo com

marcos do desenvolvimento psicomotor e harmonizando-as com o plano nacional de vacinação, o que permite identificar precocemente alterações no desenvolvimento infantil e posteriormente proceder ao seu encaminhamento (Correio, 2020). A intervenção precoce tem assim uma importância amplamente reconhecida, tal como o diagnóstico atempado destas situações. As idades-chave referidas não são rígidas, ou seja, as crianças podem dirigir-se à consulta antes ou depois da idade-chave em questão, dependendo da situação (Direção-Geral da Saúde, 2013). Cada criança detém um médico e um enfermeiro de família, pelo que estes trabalham em conjunto na avaliação do desenvolvimento infantil. É prioritário que o EEESIP esteja desperto, numa perspetiva centrada na família e nos cuidados não traumáticos, para a deteção e apoio de crianças com necessidades especiais e em situações de risco que possam afetar o seu bem-estar (E1.2.).

Ao longo do estágio através da observação participativa na prestação de cuidados colaboramos com a EEESIP na prestação de cuidados à criança e família promotores de saúde e do desenvolvimento infantil, sendo este um dos objetivos específicos proposto. A consulta de enfermagem cumpre o preconizado pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013), durante as mesmas tivemos a oportunidade de avaliar o crescimento e desenvolvimento de crianças em diferentes estádios de desenvolvimento (E3.1.1.; E3.1.2.) e efetuar o respetivo registo no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. Também foi possível a aplicação da escala de desenvolvimento infantil de *Mary Sheridan* (E3.1) efetivando os registos de enfermagem no sistema informático SClínico que tem por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). A nossa intervenção na prestação de cuidados antecipatórios foi também um foco, partilhando informação que suporta e promove a parentalidade, a capacitação da criança e da família otimizando assim todas as suas potencialidades enquanto sistema familiar, mas também os comportamentos promotores de saúde (E1.1.5; E3.1.3.). Considero que a valorização das preocupações da família é fundamental, estes são os que melhor conhecem a criança e a observam no seu ambiente “conhecido” e frequentemente, em comparação com os irmãos ou os pares podem suspeitar de uma alteração no desenvolvimento da criança (Correio, 2020). Apesar de cada criança ter os próprios limites e uma variabilidade na aquisição de competências é fulcral os profissionais estarem atentos aos sinais de alarme e manterem a vigilância regular em situações de suspeita de uma alteração do desenvolvimento infantil. O conhecimento das

diferentes etapas do desenvolvimento infantil, a sua antecipação e o aconselhamento e apoio à família sobre atividades promotoras do desenvolvimento da criança, podem ser potenciadores da aquisição de competências da criança permitindo identificar desvios da normalidade passíveis de ser alterados (Pinto, 2009). Assim, surgiu a necessidade de realização do **folheto “Crescer a Brincar”** (Apêndice XIV) para ser entregue à família no decorrer das consultas de saúde infantil e juvenil. Este folheto tem a finalidade de os incentivar a brincar com a criança de uma maneira dirigida potenciando a harmonização do seu desenvolvimento infantil, com enfoque no desenvolvimento emocional. O desenvolvimento emocional da criança constitui uma prioridade, com o investimento na prevenção das perturbações emocionais como podemos constatar no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) visto que, muitos dos problemas emocionais iniciam-se na infância.

No âmbito da prestação de cuidados à criança e família tivemos ainda a possibilidade de promover a vacinação, recorrendo à partilha de informação e administração das vacinas com a cronologia preconizada no Plano Nacional de Vacinação. O cuidar valoriza e reconhece a pessoa como um todo respeitando a sua individualidade, o que concorre para uma maior dignidade humana e preservação da humanidade (Watson, 2012), pelo que, promovemos a partilha de informação para a melhor compreensão da importância da vacinação fornecendo o suporte e a capacitação da família na tomada de decisão informada e, independentemente da decisão tomada pela família respeitamo-la.

A vacinação por ser um procedimento invasivo tem o potencial de ser geradora de uma emocionalidade intensa tanto para a criança como para a família, pelo que na interação de cuidados procuramos promover um ambiente seguro e afetuoso e nutrir os cuidados com afeto, permitindo atenuar e evitar estados emocionais intensos e potenciar a gestão das emoções intensas e perturbadoras. (Diogo, 2015). Também os dez processos Cáritas dos quais destacamos o estar autenticamente presente, capacitar, sustentar e honrar a fé-esperança, horando o mundo subjetivo de si e do outro, ser sensível a si mesmo e aos outros, cultivando crenças e práticas individuais, ouvir autenticamente a história da outra pessoa e o desenvolver e sustentar relações de ajuda, confiança, amor e carinho, assumiram-se como pilares que sustentaram a nossa intervenção (Watson, 2018). A utilização destas estratégias permitiram desenvolver estratégias de gestão emocional da criança e família (E3.4.1.) potenciando a sua tranquilidade e o seu bem-estar, sendo este um objetivo proposto.

Podemos afirmar que a dimensão emocional tem um elevado potencial terapêutico em contexto da prática clínica em enfermagem (Diogo & Mendonça, 2019).

Os cuidados prestados ao longo do estágio permitiram desenvolver competências na gestão diferenciada da dor e bem-estar da criança (E2.2.), através da utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor apropriadas às diferentes fases do desenvolvimento da criança. Quando a criança que necessita de cuidados é um recém-nascido as estratégias utilizadas passam pela presença dos pais, o embalo, as carícias, a amamentação, o recurso à sucção não nutritiva e a utilização de uma música suave. No caso de crianças em idade pré-escolar a utilização da técnica do abraço no colo da família ou o local que a criança escolher ficar mais confortável, a utilização de estratégias de relaxamento (p.e. respiração), do brinquedo favorito e da brincadeira lúdica são fundamentais. Porém, na idade escolar são utilizadas técnicas de relaxamento através de uma respiração lenta e profunda, a massagem ou leitura, a brincadeira lúdica e terapêutica ou a atividade favorita, enquanto que na adolescência pode-se facultar o telemóvel para ouvir música ou algo do seu interesse, o recurso a técnicas de relaxamento também é bastante eficaz, assim como a escrita e o desenho (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

O recurso ao brincar esteve muito presente na intervenção realizada em contexto de saúde infantil e juvenil, o que potenciou o desenvolvimento da relação de confiança entre criança, família e enfermeiro, assim como, a promoção e avaliação do desenvolvimento infantil. Desta forma, surgiu a necessidade da realização de uma **reflexão** (Apêndice XIII) que enfatiza a importância do brincar na interação de cuidados, mas também da aplicação de estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. O material de apoio disponibilizado encontra-se explícito ao longo da reflexão supracitada tendo sido utilizado no decorrer das consultas de saúde infantil e juvenil. Assim, o enfermeiro usa criativamente o eu e todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidar (Watson, 2018), potenciando a sua envolvimento nos cuidados à criança e família e concomitantemente, o fortalecimento da relação terapêutica. Ainda sobre a reflexão, nesta é descrita uma situação de cuidados vivenciada em que a importância de envolver a criança nos cuidados potenciando a sua cooperação e dando-lhe controlo perante a situação intensa associada ao procedimento doloroso foi notória. Porém, a utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor recorrendo a material didático tendo em conta a idade da criança, conforme descrito no Guia Orientador de Boas Práticas: Estratégias

não Farmacológicas para o Alívio da Dor na Criança (2013) também foi fundamental, permitindo uma vivência positiva da situação e concomitantemente, a transformação positiva das emoções.

A mobilização de estratégias de comunicação adequadas, permitindo fortalecer a relação terapêutica e comunicar com clareza com a criança e família potenciando a expressão e conseqüentemente a gestão das emoções, foi também uma constante na nossa intervenção. A promoção e a aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos e o ouvir autenticamente a história da outra pessoa (Watson, 2018), permitiu o encontro com o objetivo específico proposto “desenvolver estratégias de comunicação adequadas com a criança e família tendo em consideração o seu estágio de desenvolvimento”.

Durante o mesmo foi possível experienciar os diferentes contextos de cuidados como a consulta de saúde infantil e juvenil, os cuidados domiciliários, as consultas de planeamento familiar e a sala de tratamentos o que considero uma mais-valia para o crescimento profissional.

A reflexão em questão é relativa a uma situação de cuidados vivenciada em contexto de serviço de urgência pelo que o contato com a criança e família é menor, ou seja, há uma continuidade na construção da relação pois detive dois momentos de contato com a criança e família, mas não se perpetua no tempo devido ao contato ser reduzido, ao contrário do que acontece num serviço de internamento. Mas senti que a relação de confiança foi crescendo quando nos encaminhados para a sala de enfermagem visto que já tinha tido um primeiro contato com a Matilde e a mãe na sala de triagem e, tentei iniciar a construção da estabilidade na relação logo no primeiro contato com as mesmas. Conforme refere Diogo (2015) num primeiro encontro os enfermeiros observam as respostas dos clientes, o seu estado emocional, (...) mas à medida que os encontros se sucedem conhecem e compreendem melhor os clientes, a confiança vai crescendo” (p. 148).

5. PROJETOS FUTUROS

Ao longo do percurso formativo realizado, o desenvolvimento de competências e de conhecimentos foi constante, com base na prática reflexiva e na vivência de situações da prática real, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a crianças e famílias em processo paliativo, com especial enfoque na gestão emocional da família. As inúmeras aprendizagens relativas aos períodos de estágio clínico, os conhecimentos adquiridos nas sessões letivas e as pesquisas autónomas realizadas, concomitantemente, com as competências adquiridas e desenvolvidas transpondo-as para a prática, baseada na melhor evidência científica e na procura da prestação de cuidados especializados à criança e família, foram fundamentais para a aprendizagem.

Durante este percurso surgiram ambições para a realização de iniciativas futuras. O idealizado será direcionado para a equipa de enfermagem do serviço de internamento onde exerço funções e/ou para os enfermeiros do Hospital empregador. Ao longo dos estágios clínicos constatei que apesar da elevada carga emocional na experiência de cuidar da criança e família, o trabalho emocional em enfermagem pediátrica continua a ser pouco valorizado pelos enfermeiros, conforme afirma Diogo (2019). Assim, almejamos dinamizar regularmente ações de formação dirigidas aos enfermeiros, contribuindo para a promoção de boas práticas, baseadas na evidência científica e na reflexão. A prestação de cuidados holísticos e humanizados coadunam-se à uniformização dos cuidados prestados à criança e família, perspetivando a prestação de cuidados especializados.

Inicialmente, pretendemos dinamizar ações de formação dirigidas aos enfermeiros do serviço onde presto cuidados e numa fase mais avançada, estender a toda a equipa de enfermagem do Hospital com o propósito de promover a gestão emocional da família de crianças em processo paliativo. A proposta de um plano de formação é constituída por dois módulos: 1 - Cuidar em enfermagem pediátrica perspetivando os Cuidados Paliativos; 2 - O Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica. As ações de formação serão realizadas com recurso ao método expositivo, à partilha de saberes e à reflexão sobre as práticas.

Perspetivo ainda a implementação de um momento formal de discussão e reflexão sobre as práticas, com a partilha de vivências emocionalmente intensas e as

respetivas estratégias de enfermagem utilizadas, promovendo a melhoria contínua dos cuidados, mas também o bem-estar emocional da equipa de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A minha carreira profissional é pautada por vários desafios potenciadores do meu crescimento pessoal e profissional. A realização deste relatório constituiu-se como uma oportunidade de autoconhecimento e de descoberta constantes, vivenciado como um verdadeiro desafio ao longo desta jornada que agora concluo. O término deste ciclo implicou uma reflexão crítica da aprendizagem resultante do percurso experienciado, perspetivando o desenvolvimento de competências enquanto EEESCJ e a mobilização de conhecimentos fundamentais para a prestação de cuidados humanizados e holísticos.

Ao longo deste percurso e através da vivência dos diferentes contextos de cuidados proporcionados pelos estágios, a consciencialização da importância das conceções teóricas que sustentam a prestação de cuidados e como estas influenciam estes mesmos cuidados, mas também a necessidade e importância de uma prática baseada na evidência em que o conhecimento técnico é suportado pela investigação, foi crescente. Procurei, no decorrer deste percurso formativo, aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem revelando o meu percurso e as aprendizagens daí derivadas, e explanando-as nos cuidados prestados à criança e família assim como, nas atividades desenvolvidas. Este relatório possibilitou a realização de uma análise crítica do percurso efetuado, considerando as competências desenvolvidas ao longo do mesmo, além de me incentivar a refletir na intervenção do EEESIJ. A produção escrita, que se encontra apresentada nos apêndices, representa o fruto desta aprendizagem e do pensamento crítico e reflexivo desenvolvido, pois “a perícia desenvolve-se quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real” (Benner, 2001, p.32).

O estudo, a reflexão e a ação na procura de novos conhecimentos foram bases sólidas que sustentaram esta caminhada enquanto futura EEESIP, fundamentais na descoberta de novos significados e na compreensão do processo de cuidar da pessoa durante as experiências de saúde-doença (Watson, 2012). É neste envolvimento do enfermeiro e no compromisso consigo mesmo e com os outros no cuidar, que a enfermagem oferece a promessa da preservação humana na sociedade (Watson, 2012). O cuidar é o ideal moral da Enfermagem (Watson 2012) e é neste cuidar e no seu amor subjacente, no compromisso de cuidar e de estar presente para e com o outro, que me reencontro enquanto pessoa e enfermeira. A Teoria do Cuidado

Humano de Watson, que sustentou e orientou todo este percurso, defende o cuidado holístico, no qual a pessoa é vista como um todo, mas também o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica que orienta a prática dos enfermeiros na gestão da emocionalidade associada a situações de cuidados que têm o potencial de serem emocionalmente intensas para a criança e família como para o enfermeiro (Diogo, 2019), perspectiva o cuidado humanizado e holístico.

Assim, a minha intervenção nos diferentes contextos de cuidados e através das atividades desenvolvidas, foi fundamental para a sensibilização relativamente às estratégias de enfermagem que potenciam a gestão emocional da família da criança em processo paliativo, sendo esta a problemática desenvolvida. Os ensinamentos clínicos assumiram-se como um importante contributo para o meu crescimento pessoal e profissional, onde experienciei e compartilhei situações de cuidados absolutamente transformadoras, sendo estas valiosas fontes de reflexão. A prática reflexiva é a base da metodologia do relatório, além disso, é uma ferramenta fundamental para a aprendizagem.

O percurso formativo foi caracterizado pela constante motivação, empenhando-me a prestar cuidados de qualidade à criança e família, com especial enfoque no cuidado emocional da família da criança, perspectivando o seu bem-estar. O esforço e dedicação também estiveram bastante presentes neste percurso, multiplicando-se por vezes quando o cansaço se fazia sentir. Verificaram-se limitações que condicionaram as atividades propostas e em que a reformulação foi necessária. Estas limitações foram encaradas e superadas da melhor forma, tendo como foco a concretização dos objetivos propostos e conseqüentemente, o desenvolvimento de competências de EEESIP. Considero que a evolução enquanto mestranda foi notória, mas também a capacidade de adaptação e resiliência face às adversidades encontradas.

Para terminar, experiencio este término e após a reflexão efetuada do percurso realizado, com satisfação e gratidão por tudo o que vivenciei e aprendi. Será apenas o início do longo caminho enquanto EEESIP, perspectivando que a minha aprendizagem continuará a ser constante e o meu propósito seja elemento de mudança nos contextos de cuidados onde exerço e irei exercer funções, visando a prestação de cuidados humanos e holísticos à criança e família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382. Acedido 20-01-2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/DYhM34cLHw3zSjvQTR63nj/abstract/?lang=pt>;
- Altimier, L. & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Devopmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22. Acedido 01-05-2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1527336912001997?via%3Dihub>;
- Benner; P. (2001) *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora;
- Brazelton, T. (2013). *O grande livro da criança*. Lisboa: Editorial Presença;
- Cavalcante, A., Netto, J., Martins, K., Rodrigues, A., Goyanna, N. & Aragão, O. (2018). Percepção de cuidadores familiares sobre cuidados paliativos. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 25(1), 24-28. DOI: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.25.1.2018.685>;
- Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Psilogos*, 15(1), 91-101. DOI: <https://doi.org/10.25752/psi.9725>;
- Chambers, L. (2018). *A Guide to Children's Palliative Care*: Inglaterra;
- Collière, M. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida* (2ª edição). Lisboa: Lusociência;
- Correio, S. (2020). A importância da vigilância do neurodesenvolvimento na consulta de saúde infantil e juvenil em Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 36, 215-2020. Acedido 03-02-2022. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12501>;
- Decreto-Lei nº 73/2017 de 21 de junho (2017). Diário da República, I Série (nº 118 de 21-06-2017), 3128-3140. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/73/2017/06/21/p/dre/pt/html>;
- Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto (2014). Reforço do papel das entidades integrantes da Rede de Cuidados Primários. Diário da República, I Série, (N.º

- 149 de 05-08-2014), 4069-4071. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>;
- Diogo, L. & Silva, D. (2021) "DIR-Floortime: sob o olhar da Gestalt-Terapia". In Farias, H. *Diversidade, Meio Ambiente e o Processo Interdisciplinar na Contemporaneidade*. (p.63-100). Rio de Janeiro: Editora Pitaya;
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau;
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar* (2.^a ed.). Loures: Lusociência;
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2^a versão revista). Acedido 10-09-2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_e_m_Enfermagem_Pediatria_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista/link/5dd82e9da6fdccdb445a1c17/download;
- Diogo, P., Freitas, B., Costa, A. & Gaíva, M. (2021). O cuidar em enfermagem pediátrica na perspectiva das emoções: de Nightingale à atualidade. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 74(4), 1-5. Acedido 20-09-2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/352151722_O_cuidar_em_enfermagem_pediatria_na_perspectiva_das_emocoes_de_Nightingale_a_atualidade;
- Diogo P. & Mendonça, T. (2019). Trabalho Emocional em Cuidados de Saúde: Uma revisão scoping. *Revista Pensar Enfermagem*. 23(1), 21-40. Acedido 20-08-2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337276054_Trabalho_Emocional_e_m_Cuidados_de_Saude_uma_revisao_scoping;
- Diogo, P., Sousa, O., Rodrigues, A., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2020). Cuidar da Criança com Condição Crónica e de sua Família: Competência Emocional dos Enfermeiros Pediatras. *Proenf Saúde da criança e do adolescente*, 15(1), 81-117;
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (13), 43-51. Acedido 19-09-2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/279749883_Enfermeiros_com_comp

- etenci_emocional_na_gestao_dos_medos_de_crianças_em_contexto_de_urg
encia;
- Direção-Geral da Saúde (2010) Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças Orientação da Direção-Geral da Saúde nº 014/2010, de 14/12/2010. Lisboa: DGS; 2010;
- Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;
- Ferreira, F. & Villela, F. (2018). O Desenvolvimento Emocional Infantil e o Lúdico: A Escola como Espaço para Brincar. *Colloquium Humanarum*, 15(2), 420-424. DOI: 10.5747/ch.2018.v15.nesp2.001131;
- Fontaine, A. & Alves, S. (2016). Necessidades e Dificuldades Emocionais dos Pais Face à Doença Paliativa Pediátrica. *Atas- Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1302-1311. Acedido 10-10-2022. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/887>;
- Franco, M. & Santos, N. (2015). Desenvolvimento da Compreensão Emocional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(3), 339-348;
- Goleman, D. (2012). *Inteligência Emocional*. 17ª edição. Lisboa: Temas e Debates;
- Hockenberry, M. (2014). Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 1, (p. 49-70). Loures: LUSOCIÊNCIA;
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p.1 -20). Loures: LUSOCIÊNCIA;
- Horta, K. & Soares, A. (2021). Marcos do Desenvolvimento Emocional na Infância. *Pedagogia em Ação*, 16(2), 152-157;
- Iglesias, S., Zollner, A. & Constantino, C. (2016). Cuidados paliativos pediátricos. *Residência Pediátrica*, 6(1), 46-54. Acedido 1-08-2021. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/v6s1a10.pdf>;
- Jacob, E. (2014) Apreciação e Gestão da Dor na Criança In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p.188-239). Loures: LUSOCIÊNCIA;
- Jorge, A, Carrondo, E. & Lopes, F. (2016). Cuidados paliativos pediátricos domiciliários centrados na família: Contributos para uma orientação

- salutogénica. *Revista Egítania Scientia*, 18, 75-86. Acedido 07-09-2022. Disponível em <http://bdigital.ipg.pt/dspace/handle/10314/3315>;
- Lacerda A., (Coord). Cuidados Paliativos pediátricos: relatório do grupo de trabalho do gabinete do secretário de estado adjunto do ministro da saúde [Internet]. Porto: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2014;
- Lacerda, A. & Mendes, J. (2020). Integração dos cuidados paliativos na prática de cuidados assistencial: Visão e desafios. *Revista oficial da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*. 07(01), 18-19. Acedido 12-09-2022. Disponível em: <https://www.apcp.com.pt/revista-cuidados-paliativos/revista-cuidados-paliativos-volume-07-n-1-outubro-2020.html>;
- Marques, V., Júnior, C., Silva, E., Lima, M., Silva, R., Sousa, E., Silva, J., Ferreira, T., Oliveira, E., Santos, M. & Resende, C. (2021). Medidas Utilizadas para o Alívio da Dor em Recém-Nascidos. *RECIMA21- Revista Científica Multidisciplinar*, 2(7), 1-11. Acedido 12-06-2022. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/528>;
- McElfresh, P. & Merck, T. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença Crónica ou Incapacidade In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p.897-1002). Loures: LUSOCIÊNCIA;
- Moraes, E. & Freire, M. (2019). Procedimentos dolorosos, estressantes e analgesia em noenatos na visão dos profissionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 177-184. Acedido 10-07-2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/kBdwCqTvJvWxbPv3P36djhM/?format=pdf&lang=pt>;
- Netto, L., Silva, K. & Rua, M. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Escola Anna Nery*, 22(1), 1-6. DOI: 10.1590/2177-9465;
- Nogueira, A. & Ribeiro, M. (2020). “Na Sombra da Doença”: A Perspetiva de Irmãos de Crianças em Cuidados Paliativos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico Y Evaluación- e Avaliação Psicológica*, 54(1), 19-33. Acedido 11-09-2022. Disponível em <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4596/459664448004/html/index.html>;
- Nunes et al. (2010). Metodologia do projeto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, (15), 1-37;

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* In Cadernos da OE - Série I, 3(3);
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança* in Cadernos da OE- Série I, 6;
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*;
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2001). *O Mundo da Criança*. 8ª edição. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal;
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25, 677-87. Acedido 03-02-2022. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10694>;
- Pordata. "Taxa bruta de mortalidade e taxa de mortalidade infantil". Última atualização em: 22/02/2022;
- Real, A., Cerqueira, M. & Sousa, T. (2017). Vivências dos enfermeiros no cuidar a criança em fim de vida e a família: Estudo descritivo-exploratório. *Revista Onconews*, 35, 24-31. Acedido 12-04-2022. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=44f1c6c7-687d-49e1-85eb-10edb14feccc%40sessionmgr4007>;
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II Série (Nº26, de 6 de fevereiro), 4744- 4750;
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Diário da República, II Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194;
- Regulamento n.º 428/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, II Série (Nº135 de 16-07-2018), 19354-19359;
- 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*. (p.1025-1117). Loures: LUSOCIÊNCIA;

- Silva, R., Paiva, M., Vital, F., Moura, M. & Lourenço, J. (2021). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022. Obtido em 3 de março de 2022, de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>;
- Silva, C., Schmidt, F., Grigol, A. & Schultz, L. (2020). O enfermeiro e a criança: a prática do brincar e do brinquedo terapêutico durante a hospitalização. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 41(1), 95-106. DOI:10.5433/1679-0367.2020;
- Silva, E., Silva, M. & Silva, D. (2019). Percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos neonatais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1787-1794. Acedido 09-05-2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/MS66dKqGn9j9xCLWmsBgQYK/?lang=en>;
- Smith, W. (2018). Concept Analysis of Family-Centered Care of Hospitalized Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57-64. DOI: 10.1016/j.pedn.2018.06.014;
- Sousa, A., Silva, L. & Paiva, E. (2019). Intervenções de enfermagem nos cuidados paliativos em Oncologia Pediátrica: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 556-566. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0121;
- Tonin, L., Nascimento, J., Lacerda, M., Favero, L., Gomes, I. & Denipote, A. (2017). Guia para a realização dos elementos do Processo Clínico Caritas. *Escola Anna Nery*, 21(4), 1-7. Acedido 28-03-2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/FYDp6xcFyLzVtHM9LWQcCdr/abstract/?lang=pt>;
- Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: uma revisão do conceito. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 5, 42-50. Acedido 15-08-2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/263733964_O_trabalho_emocional_no_ato_de_cuidar_em_enfermagem_uma_revisao_do_conceito_The_emotional_labour_in_the_act_of_caring_nursing_a_review_concept;
- Vilelas, J., Diogo, P. (2014). O Trabalho emocional na práxis de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(3), 145-149. Acedido 10-07-2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/TcSv4hCSdcHW3kHv6zMBHyj/?lang=en>;
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência;
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. Canada: Jones & Bartlett Learning;

- Watson, J. (2018). *Unitary Caring Science: The Philosophy and Praxis of Nursing*. Colorado: The University Press of Colorado;
- Wheeler, B. (2014) Cuidados ao Recém-nascido, Centrados na Família In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p.240-293). Loures: LUSOCIÊNCIA;
- Wilson, D. (2014) Promoção da Saúde da Criança em Idade *Toddler* e da Família In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (p.587 -682). Loures: Lusociência;
- World Health Organization (2018). Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics. Obtido em 9 de julho de 2021, de WHO: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274561/9789241514453-eng.pdf?sequence=1&isAllo>.

APÊNDICES

Apêndice I: Cronograma

Ano	2021/2022																				
Mês	Outubro			Nov./Dez.					Dez./Jan.				Jan./Fev.					Fevereiro			
Dias	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	
Serviço	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	
Serviço de Urgência																					
Consulta de Desenvolvimento																					
Serviço de Internamento																					
Unidade de neonatologia																					
Cuidados de Saúde Primários																					

Apêndice II: Guia Orientador das Atividades de Estágio



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

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Ana Margarida Santos Ferreira Brito



Lisboa
2021/2022



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

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Ana Margarida Santos Ferreira Brito



Orientadora: Professora Doutora Paula Diogo



Lisboa
2021/2022

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	4
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	5
2. ATIVIDADES A DESENVOLVER NOS ESTÁGIOS.....	6
2.1. Serviço de Urgência.....	6
2.2. Consulta de Desenvolvimento	10
2.3. Serviço de Internamento	12
2.4. Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais.....	14
2.5. Cuidados de Saúde Primários	16
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório integrada no 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Este documento orientador das atividades de estágio tem como objetivo descrever e explicitar a experiência de estágio ao longo dos diferentes contextos clínicos, assim como servir de apoio e orientação nas atividades a que me proponho desenvolver em cada contexto. Tem como finalidade desenvolver tanto competências comuns de enfermeiro especialista como competências específicas de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria (EEESIP). O presente Projeto intitula-se de “Cuidados Paliativos Pediátricos: estratégias de enfermagem que potenciam a gestão emocional da família.”

A escolha da temática de cuidados paliativos pediátricos prende-se pelo interesse demonstrado ao longo de todo o meu percurso profissional, assim como da tomada de consciência em relação ao aumento e prolongamento da sobrevivência de crianças com doenças crónicas complexas o que, conseqüentemente, leva à carência de cuidados especializados que permitam dar uma resposta adequada às suas necessidades paliativas. Frequentemente este processo de saúde-doença leva à vivência de emoções perturbadoras e intensas, tendo o enfermeiro uma intervenção fundamental na superação e adaptação dos clientes aos mesmos. Concomitantemente, a gestão das emoções é essencial para a pessoa-enfermeiro e nas interações bem-sucedidas, pois permite que este mostre sensibilidade e compreensão pelo outro, e simultaneamente, consiga gerir a influência nas suas emoções (Diogo, 2015).

Assim, foram definidos como objetivos gerais para este projeto: 1) Desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na prestação de cuidados à criança e família nos diferentes contextos clínicos; 2) Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista no âmbito do cuidado emocional à criança e família em processo paliativo, com enfoque na gestão emocional da família.

Os estágios decorrerão de 11 de outubro de 2021 a 25 de fevereiro de 2022.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Como enfermeira que presta cuidados em contexto hospitalar diariamente acompanho os processos de saúde-doença na criança e família, sendo possível identificar emoções intensas associadas aos mesmos. O ambiente hospitalar frequentemente e durante períodos bastante longos, é a nova realidade da criança e família e nem sempre esta adaptação ocorre de forma linear, o que concorre para uma vivência de sentimentos e emoções perturbadores. Desta forma, o enfermeiro assume um papel fundamental na gestão de emoções da criança e família, assim como nas suas próprias emoções.

Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento e prolongamento da sobrevivência de crianças com doenças crónicas, limitantes e/ou ameaçadores da vida (Lacerda & Mendes, 2020). Segundo a World Health Organization (2018) o número total de crianças que globalmente necessitam de cuidados paliativos pediátricos pode chegar aos 21 milhões por ano e, conseqüentemente, às suas famílias. Em Portugal, estima-se que vivam aproximadamente 7658 crianças com necessidades paliativas (Silva, Paiva, Vital, Moura & Lourenço, 2021). Assim, podemos afirmar que no nosso país a necessidade da instalação de uma resposta paliativa que responda às necessidades da criança e família é prioritária.

Em contexto de cuidados pediátricos, segundo Diogo (2019), a dimensão emocional tem um elevado potencial terapêutico. O trabalho emocional em enfermagem tem-se mostrado crucial nas interações bem-sucedidas, é através da gestão das emoções que o enfermeiro consegue mostrar compreensão e sensibilidade pelo Outro, ao mesmo tempo que gere o impacto destas emoções em si (Diogo, 2015), sendo estes aspetos fundamentais no cuidar em cuidados paliativos pediátricos. A criança e a família são indissociáveis, assim o cuidado à criança implica cuidados à família e é nesta que pretendo focar a minha intervenção.

Atendendo à temática exposta, as conceções teóricas que identifico que sustentam a mesma são a Teoria do Cuidado Humano de Watson, o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica de Diogo, integrando também os princípios dos cuidados centrados na família e dos cuidados não traumáticos assentes nos cuidados humanizados e holísticos, imprescindíveis ao cuidar em enfermagem pediátrica.

2. ATIVIDADES A DESENVOLVER NOS ESTÁGIOS

2.1. Serviço de Urgência

Objetivo Específico	Atividades	Competências
<p>- Conhecer o contributo do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica no contexto de urgência pediátrica, na vertente organizacional, estrutural e funcional assim como na filosofia de cuidados permitindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Reunião/entrevista com o enfermeiro chefe e/ou enfermeiro orientador do contexto clínico permitindo conhecer o serviço, a missão, os objetivos, a área de abrangência, a caracterização da população e a articulação com outros serviços e/ou instituições;- Consulta bibliográfica de protocolos, normas, <i>guidelines</i> e projetos desenvolvidos ou em desenvolvimento;- Observação participante na prestação de cuidados;- Colaborar na implementação de projetos caso se identifique essa necessidade;- Apresentação do presente projeto de estágio ao enfermeiro orientador, avaliar a exequibilidade e necessidade de ajuste do mesmo às atividades a desenvolver.	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u></p> <ul style="list-style-type: none">A- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;C- Domínio da gestão de cuidados.

<p>- Prestar cuidados de enfermagem à criança e família visando a promoção e educação para a saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica pertinente para o aprofundamento de conhecimentos sobre educação e promoção de saúde; - Colaboração e participação nas intervenções de enfermagem promotoras de saúde; - Avaliação e promoção do papel parental; - Transmissão de informação antecipatória à família perante a situação de doença, promovendo os ganhos em saúde; - Realização de ensinamentos que visam capacitar a criança e família na gestão do processo de doença, como a evolução do processo de doença, os sinais de alarme a ter em consideração perante a situação, ensinamentos sobre a medicação a ser administrada e explicação dos procedimentos realizados, permitindo desta forma diminuir a vivência de emoções intensas; - Realização de uma reflexão sobre uma situação de cuidados à luz das dimensões do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica de Paula Diogo. 	<p><u>Competências específicas do EESIP:</u> E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1, E1.2); E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1; E3.2; E3.3; E3.4).</p>
<p>- Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e família em contexto de urgência/emergência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundamento de conhecimentos sobre as situações de instabilidade das funções vitais e implementação das intervenções de enfermagem adequadas; - Observação do EESIP no acolhimento e prestação de cuidados à criança e família em contexto de urgência e participação nos mesmos; - Prestação de cuidados à criança e família com supervisão da Enfermeira Orientadora. 	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> C- Domínio da gestão de cuidados <u>Competências específicas do EESIP:</u> E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1; E1.2); E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2.1; E2.2; E2.4; E2.5); E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de</p>

		vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1; E3.3; E3.4).
- Desenvolver estratégias de comunicação adequadas com a criança e família tendo em consideração o seu estágio de desenvolvimento.	- Identificação das estratégias de comunicação da equipa de enfermagem com a criança e família; - Aprofundamento do conhecimento ao nível do desenvolvimento infantil, permitindo comunicar de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento da criança; - Aprofundamento de conhecimentos das estratégias de comunicação eficazes permitindo comunicar com clareza com a criança e família fortalecendo a relação terapêutica e deste modo, gerir as emoções vivenciadas; - Mobilização das estratégias de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança.	<u>Competências específicas do EESIP:</u> E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1; E3.3).
- Desenvolver estratégias de gestão emocional da criança e família em contexto de urgência.	- Identificação das necessidades emocionais da criança e família; - Identificação e análises dos principais stressores vivenciados pela família no serviço de urgência; - Identificação das estratégias de enfermagem utilizadas na urgência pediátrica que promovem a gestão das emoções na criança e família; - Construção de uma relação terapêutica com a criança e família permitindo a expressão das suas emoções;	<u>Competências Específicas do EESCJ:</u> E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1); E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2.1; E2.2; E2.5); E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de

	- Realização de um Jornal de Aprendizagem sobre uma situação de cuidados vivenciada.	vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1; E3.2).
--	--	---

2.2. Consulta de Desenvolvimento

Objetivo Específico	Atividades	Competências
<p>- Conhecer o contributo do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica no contexto de consulta de desenvolvimento infantil, na vertente organizacional, estrutural e funcional assim como na filosofia de cuidados permitindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.</p>	<p>- Apresentação do presente projeto de estágio ao enfermeiro orientador e, avaliar a exequibilidade e necessidade de ajuste do mesmo às atividades a desenvolver.</p> <p>- Reunião/entrevista com o enfermeiro orientador do contexto clínico permitindo conhecer o serviço, a missão, os objetivos, a área de abrangência, a caracterização da população e a articulação com outros serviços e/ou instituições;</p> <p>- Consulta bibliográfica de protocolos, normas, <i>guidelines</i> e projetos desenvolvidos ou em desenvolvimento;</p> <p>- Observação participante na prestação de cuidados;</p> <p>- Colaborar na implementação de projetos caso se identifique essa necessidade.</p>	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u></p> <p>A- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;</p> <p>C- Domínio da gestão de cuidados.</p>
<p>- Prestar cuidados de enfermagem à criança e família promotores da saúde e do desenvolvimento infantil.</p>	<p>- Pesquisa bibliográfica pertinente para o aprofundamento de conhecimentos sobre crescimento e desenvolvimento infantil;</p> <p>- Colaboração e participação nas intervenções de enfermagem realizadas pela EESIP nas consultas de desenvolvimento infantil;</p> <p>- Transmissão de informação antecipatória à família promovendo a maximização do desenvolvimento da criança;</p> <p>- Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil através da aplicação de instrumentos adequados.</p>	<p><u>Competências específicas do EESIP:</u></p> <p>E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1, E1.2);</p> <p>E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1; E3.2; E3.3; E3.4).</p>

<p>-Desenvolver estratégias de comunicação adequadas com a criança e família tendo em consideração o seu estágio de desenvolvimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação das estratégias de comunicação do enfermeiro orientador com a criança e família; - Aprofundamento do conhecimento ao nível do desenvolvimento infantil, permitindo comunicar de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento da criança; - Aprofundamento de conhecimentos das estratégias de comunicação eficazes permitindo comunicar com clareza com a criança e família fortalecendo a relação terapêutica e deste modo, gerir as emoções vivenciadas; - Mobilização das estratégias de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança. 	<p><u>Competências específicas do EESIP:</u> E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1; E3.3).</p>
<p>- Desenvolver estratégias de gestão emocional da criança e família em contexto de consulta de desenvolvimento infantil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação das necessidades emocionais da criança e família; - Promoção da capacitação da criança e família promovendo a gestão das emoções vivenciadas; - Realização da “caixinha das emoções” permitindo que a criança identifique e compreenda as suas emoções; - Realização de uma reflexão escrita com enfoque no desenvolvimento emocional da criança. 	<p><u>Competências Específicas do EESCJ:</u> E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1); E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2.1; E2.2; E2.5); E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1; E3.2).</p>

2.3. Serviço de Internamento

Objetivo Específico	Atividades	Competências
<p>- Conhecer o contributo do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica no contexto de Internamento de Pediatria, na vertente organizacional, estrutural e funcional assim como na filosofia de cuidados permitindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.</p>	<p>- Apresentação do presente projeto de estágio ao enfermeiro orientador e, avaliar a exequibilidade e necessidade de ajuste do mesmo às atividades a desenvolver;</p> <p>- Reunião/entrevista com o enfermeiro chefe e/ou enfermeiro orientador do contexto clínico permitindo conhecer o serviço, a missão, os objetivos, a área de abrangência, a caracterização da população e a articulação com outros serviços e/ou instituições;</p> <p>- Consulta bibliográfica de protocolos, normas, <i>guidelines</i> e projetos desenvolvidos ou em desenvolvimento;</p> <p>- Colaborar na implementação de projetos caso se identifique essa necessidade.</p>	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u></p> <p>A- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;</p> <p>C- Domínio da gestão de cuidados.</p>
<p>- Prestar cuidados especializados à criança e família em processo paliativo.</p>	<p>- Observação do EESIP na prestação de cuidados à criança e família;</p> <p>- Identificar principais necessidades dos pais da criança em processo paliativo através de consulta e sistematização de diagnósticos mais comuns no sistema informático de registos de enfermagem;</p> <p>- Participação direta de cuidados à criança e família com supervisão da enfermeira orientadora promotores de cuidados centrados da família assim como cuidados não traumáticos, potenciando a relação terapêutica, de confiança e proximidade com a criança e família;</p> <p>- Identificação das estratégias de comunicação utilizadas pela EESIP nos cuidados prestados à</p>	<p><u>Competências específicas do EESIP:</u></p> <p>E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1; E1.2);</p> <p>E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2.2; E2.5);</p> <p>E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.3; E3.4).</p>

	<p>criança e família através da observação participativa nos cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilização de estratégias de comunicação adequadas, permitindo comunicar com clareza com a família e a criança tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento; - Aprofundar conhecimentos ao nível da doença crónica e doença oncológica permitindo a promoção da adaptação da criança e família à mesma. 	
<p>- Desenvolver estratégias de gestão emocional da criança e família com necessidades paliativas.</p>	<p>- Identificação das necessidades emocionais da criança e família através da observação participativa nos cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de uma entrevista semiestruturada a perito sobre o impacto emocional na família que acompanha a criança em processo paliativo; - Reflexão sobre a emocionalidade intensa vivenciada pela família da criança em processo paliativo com a respetiva identificação das estratégias de enfermagem utilizadas pelo EESIP na minimização do impacto dessa emocionalidade, através da elaboração de um jornal de aprendizagem; - Realização de uma sessão de sensibilização dirigida aos enfermeiros, com enfoque nas estratégias de enfermagem que potenciam a gestão emocional da criança e família em processo paliativo. 	<p><u>Competências Específicas do EESCJ:</u> E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1); E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2.2; E2.5); E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1; E3.2; E 3.3).</p>

2.4. Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

Objetivo Específico	Atividades	Competências
<p>- Conhecer o contributo do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica no contexto de Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, na vertente organizacional, estrutural e funcional assim como na filosofia de cuidados permitindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.</p>	<p>- Apresentação do presente projeto de estágio ao enfermeiro orientador e, avaliar a exequibilidade e necessidade de ajuste do mesmo às atividades a desenvolver;</p> <p>- Reunião/entrevista com o enfermeiro chefe e/ou enfermeiro orientador do contexto clínico permitindo conhecer o serviço, a missão, os objetivos, a área de abrangência, a caracterização da população e a articulação com outros serviços e/ou instituições;</p> <p>- Consulta bibliográfica de protocolos, normas, <i>guidelines</i> e projetos desenvolvidos ou em desenvolvimento;</p> <p>- Colaborar na implementação de projetos caso se identifique essa necessidade.</p>	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u></p> <p>A- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;</p> <p>C- Domínio da gestão de cuidados.</p>
<p>- Prestar cuidados especializados ao recém-nascido e família.</p>	<p>- Observação do EESIP na prestação de cuidados ao recém-nascido e família;</p> <p>- Participação direta de cuidados ao recém-nascido e família com supervisão da enfermeira orientadora promotores de cuidados centrados na família e de cuidados não traumáticos, assim como de cuidados promotores de desenvolvimento infantil;</p> <p>- Promoção da parentalidade e vinculação através do envolvimento dos pais nos cuidados ao recém-nascido;</p> <p>- Mobilização de estratégias de comunicação adequadas, permitindo comunicar com clareza com a família do recém-nascido favorecendo assim a expressão e conseqüentemente a gestão das emoções.</p>	<p><u>Competências específicas do EESIP:</u></p> <p>E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1; E1.2);</p> <p>E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2.2; E2.5);</p> <p>E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.3; E3.4).</p>

<p>- Desenvolver estratégias de gestão emocional da família do recém-nascido.</p>	<p>- Promoção da esperança realista e do pensamento positivo, através da celebração das competências adquiridas pelos pais e das conquistas e habilidades adquiridas pelo recém-nascido, com vista à gestão das emoções perturbadoras e intensas vivenciadas no processo de saúde-doença;</p> <p>- Elaboração de um jornal de aprendizagem;</p> <p>- Sensibilização da equipa através da realização de uma sessão sobre a temática dos cuidados paliativos pediátricos assim como das estratégias de enfermagem que potenciam a gestão emocional da família.</p>	<p><u>Competências Específicas do EESCJ:</u></p> <p>E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1);</p> <p>E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2.2; E2.5);</p> <p>E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1; E3.2; E 3.3).</p>
---	--	---

2.5. Cuidados de Saúde Primários

Objetivo Específico	Atividades	Competências
<p>- Conhecer o contributo do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica nos Cuidados de Saúde Primários, na vertente organizacional, estrutural e funcional assim como na filosofia de cuidados permitindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.</p>	<p>- Apresentação do presente projeto de estágio ao enfermeiro orientador e, avaliar a exequibilidade e necessidade de ajuste do mesmo às atividades a desenvolver;</p> <p>- Reunião/entrevista com o enfermeiro chefe e/ou enfermeiro orientador do contexto clínico permitindo conhecer o serviço, a missão, os objetivos, a área de abrangência, a caracterização da população e a articulação com outros serviços e/ou instituições;</p> <p>- Consulta bibliográfica de protocolos, normas, <i>guidelines</i> e projetos desenvolvidos ou em desenvolvimento;</p> <p>- Colaborar na implementação de projetos caso se identifique essa necessidade.</p>	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u></p> <p>A- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;</p> <p>C- Domínio da gestão de cuidados.</p>
<p>- Prestar cuidados à criança e família promotores da saúde e do desenvolvimento infantil.</p>	<p>- Pesquisa bibliográfica pertinente para o aprofundamento de conhecimentos sobre crescimento e desenvolvimento infantil;</p> <p>- Observação do EESIP e colaboração nas intervenções de enfermagem realizadas nas consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil com foco nos cuidados não traumáticos e nos cuidados centrados na família;</p> <p>- Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil através da aplicação de instrumentos adequados;</p> <p>- Realização de uma reflexão sobre o brincar tendo em conta as vivências nas consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil;</p>	<p><u>Competências específicas do EESIP:</u></p> <p>E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1; E1.2);</p> <p>E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2.2; E2.5);</p> <p>E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.3; E3.4).</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Transmissão de informação antecipatória à família promovendo a maximização do desenvolvimento infantil e a gestão das emoções vivenciadas; - Realização de cuidados antecipatórios promotores da parentalidade e vinculação; - Realização de um folheto para a família realçando a importância do brincar e as atividades promotoras do desenvolvimento infantil, com enfoque no desenvolvimento emocional, nas diferentes idades chave. 	
<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver estratégias de comunicação adequadas com a criança e família tendo em consideração o seu estágio de desenvolvimento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação das estratégias de comunicação utilizadas pela EESIP com a criança e família; - Mobilização de estratégias de comunicação adequadas, permitindo fortalecer a relação terapêutica e comunicar com clareza com a criança e família favorecendo assim a expressão e consequentemente a gestão das emoções. 	<u>Competências Específicas do EESCJ:</u> E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1); E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2.2; E2.5); E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1; E3.2; E 3.3).
<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver estratégias de gestão emocional da criança e família. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação das necessidades emocionais da criança e família através da observação participativa nos cuidados; - Participação e prestação de cuidados de enfermagem enfatizando a dimensão emocional; - Promoção da capacitação da criança e família permitindo a gestão das emoções. 	<u>Competências Específicas do EESCJ:</u> E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1); E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2.2; E2.5); E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1; E3.2; E 3.3).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chambers, L. (2018). *A Guide to Children's Palliative Care: Inglaterra*;
- Diogo, P. (2015). *Trabalho Com As Emoções Em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar* (2º ed.). Loures: Lusociência;
- Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática* (2ª versão revista). Acedido 10-05-2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista/link/5dd82e9da6fdccdb445a1c17/download;
- Fontaine, A. & Alves, S. (2016). *Necessidades e Dificuldades Emocionais dos Pais Face à Doença Paliativa Pediátrica. Atas- Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1302-1311. Acedido em 2-12-2021. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/887>;
- Lacerda A., (Coord). *Cuidados Paliativos pediátricos: relatório do grupo de trabalho do gabinete do secretário de estado adjunto do ministro da saúde* [Internet]. Porto: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2014;
- Lacerda, A. & Mendes, J. (2020). *Integração dos cuidados paliativos na prática de cuidados assistencial: Visão e desafios*. Revista oficial da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. 07(01), 18-19. Acedido 12-06-2021. Disponível em: <https://www.apcp.com.pt/revista-cuidados-paliativos/revista-cuidados-paliativos-volume-07-n-1-outubro-2020.html>;
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194;
- Sanders, J. (2014). *Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização*. In Hockenberry, M. & Wilson. D. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 26, (p. 1025-1060). Loures: LUSOCIÊNCIA;
- Silva, R., Paiva, M., Vital, F., Moura, M. & Lourenço, J. (2021). *Plano Estratéxico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022*. Obtido em 3 de março

de 2022, de Ordem dos Enfermeiros:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>;

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

World Health Organization. (2018). Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics. Obtido em 1 de dezembro de 2021, de WHO:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274561/9789241514453-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Apêndice III: Análise de uma situação de cuidados à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



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

Análise de uma Situação de Cuidados à Luz do Modelo
de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Ana Margarida Santos Ferreira Brito

Lisboa
2021



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

Análise de uma Situação de Cuidados à Luz do Modelo
de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Ana Margarida Santos Ferreira Brito

Orientador: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa
2021

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM	5
2. ANÁLISE REFLEXIVA À LUZ DAS DIMENSÕES DO TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA	7
2.1. Promover um ambiente seguro e afetuoso	7
2.2. Nutrir os cuidados com afeto	8
2.3. Facilitar a gestão das emoções dos clientes.....	10
2.4. Construir a estabilidade na relação.....	12
2.5. Regular a disposição emocional para cuidar	13
CONCLUSÃO.....	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

INTRODUÇÃO

A realização da presente reflexão sobre uma situação de cuidados à luz das dimensões do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica de Paula Diogo surge no decorrer do estágio no serviço de urgência pediátrica.

Durante o processo de crescimento e desenvolvimento da criança, podem ocorrer vários acontecimentos geradores de crises no seio familiar como a doença e/ou hospitalização levando à vivência de emoções intensas e perturbadoras (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). A gestão destas emoções torna-se essencial para a promoção na criança e família de “uma tranquilidade, um bem-estar e uma percepção de não ser tão mau estar hospitalizado” (Diogo, 2015, p.128). Segundo Diogo, Freitas, Costa & Gaíva (2021) o bem-estar é conseguido quando há equilíbrio entre o sistema biológico, psicológico, sociocultural, espiritual e desenvolvimental, assim como emocional, pelo que se torna essencial dar enfoque à importância das emoções no cuidado holístico. Podemos perceber que o cuidar tem um elevado envolvimento emocional, ou seja, as emoções dão sentido não só à intervenção de enfermagem, mas também ao próprio cuidar aliando os cuidados emocionais aos cuidados técnicos (Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021).

Assim, o cuidado emocional advém da intencionalidade terapêutica na dádiva de afeto, promovendo um ambiente seguro e efetivo bem como a estabilidade na relação, de forma a satisfazer as necessidades da criança e família. Este cuidado apenas é possível quando o enfermeiro se encontra emocionalmente disponível para cuidar. A gestão das emoções é essencial na intervenção de enfermagem e nas interações bem-sucedidas, pois permite que este mostre sensibilidade e compreensão pelo Outro, e simultaneamente, consiga gerir a influência nas suas emoções (Diogo, 2015).

O presente trabalho tem como objetivo desenvolver competências a nível do trabalho emocional, perspetivando o meu desenvolvimento profissional e pessoal enquanto futura Enfermeira Especialista.

Irei iniciar o mesmo com uma pequena introdução ao trabalho emocional permitindo a clarificação de conceitos essenciais na compreensão da temática e, posteriormente analisarei as dimensões do trabalho emocional em enfermagem pediátrica com base numa situação de cuidados por mim vivenciada no serviço de urgência pediátrica.

1. TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM

A história da enfermagem tem sido alvo de pesquisa contínua pelo que tem sofrido uma evolução e, é com a divulgação do Livro de Florence Nightingale que essa mudança começa a ser observada. Novas concepções sobre o cuidar em enfermagem foram desenvolvidas e sustentadas nas dimensões física, social, cultural, técnica, espiritual, económica e emocional. Sendo que estes avanços permitiram o aprimorar dos saberes sustentando assim, a prática com a teoria (Diogo, Freitas, Costa e Gaíva, 2021).

Segundo Watson (2012) o papel da enfermagem é baseado no cuidar, valorizando e reconhecendo a Pessoa (a pessoa cuidada e a pessoa que cuida) como um todo, respeitando a sua individualidade. Esta interação de cuidados inerente ao cuidar gera um elevado envolvimento emocional. Muitas são as emoções e sentimentos que caracterizam a hospitalização da criança, como o medo, a incerteza e a perda pelo que se torna fundamental a expressão de emoções e sentimentos tanto da pessoa que recebe cuidados como dos que cuidam (Diogo, 2015).

Assim, a atividade artística da enfermagem e do cuidar são baseadas na capacidade de uma pessoa receber expressões de sentimentos de outra pessoa (Watson, 2012) e, saber gerir estes sentimentos e emoções promovendo a prestação de cuidados humanizados e holísticos à criança e família (Diogo, 2015). A mente e as emoções são o ponto de partida, o ponto focal e o ponto de acesso ao corpo e à alma (Watson, 2012), pelo que são fundamentais.

O afeto que se relaciona com o termo amor, são sentimentos intrínsecos ao cuidar em enfermagem. Em pediatria os enfermeiros estão despertos e são sensíveis à necessidade de nutrir os cuidados prestados à criança e família com afeto e assim, potenciar a gestão das suas emoções, sendo esta essencial no cuidado emocional, como defende Goleman (2012) “controlar as emoções perturbadoras é a chave para o bem-estar emocional” (p.68). Watson (2012) refere que o cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e suas consequências. Assim, é fundamental atribuir sentido à intencionalidade terapêutica do afeto tornando-o indispensável no cuidado emocional, promovendo o bem-estar e a harmonia na criança e família (Diogo, Freitas, Costa e Gaíva, 2021). Por isso, a dádiva de afeto permite esta gestão das emoções sendo parte integrante do trabalho emocional.

O conceito de trabalho emocional em enfermagem surge pelos estudos de Pam Smith (1992, 2012), investigadora e pioneira deste conceito (Diogo & Mendonça, 2019), a autora refere que este não só se direciona para os profissionais de saúde como para as pessoas que necessitam de cuidados (Diogo, 2019). Pam Smith defende que o trabalho emocional “significa mobilizar competências que muitas vezes são invisíveis, tais como dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, usar o humor, ter paciência, aliviar o sofrimento, conhecer a pessoa e ajudar a resolver os seus problemas” (Diogo & Mendonça, 2019, p.34). Diogo (2019) defende que o trabalho emocional em enfermagem possui uma tripla centralidade, o cliente, o enfermeiro e a relação enfermeiro-cliente. Este implica a gestão de sentimentos negativos e a transformação positiva das emoções vivenciadas pela família e criança no processo de saúde-doença. Desta forma, visa a gestão das emoções de quem cuida (enfermeiro) e de quem é cuidado (criança e família).

Em Portugal, após um estudo sobre o trabalho emocional em enfermagem pediátrica desenvolvido por Diogo (2010, 2012, 2015) na sua tese de Doutoramento, esta revelou a hipótese de explicar o uso terapêutico das emoções. A autora defende que o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica se traduz em ações de transformação positiva das emoções nas interações de cuidados com as crianças e a família (Diogo, 2019). Assim, surge o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica que orienta os enfermeiros nos cuidados à criança e família, guiando a sua intervenção na gestão das emoções intensas vivenciadas nas interações de cuidados que têm também o potencial de serem emocionalmente desgastantes para os enfermeiros (Diogo, 2019). São cinco as categorias que integram o modelo referido anteriormente: Promover um ambiente seguro e afetivo; Nutrir os cuidados com afeto; Facilitar a gestão das emoções na pessoa; Construir a estabilidade na relação; Regular a disposição emocional para cuidar. Este modelo promove a prestação de cuidados humanizados e holísticos na prática de enfermagem (Diogo, 2019), promovendo os cuidados não traumáticos.

2. ANÁLISE REFLEXIVA À LUZ DAS DIMENSÕES DO TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Ao longo do capítulo irei abordar as cinco categorias do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica identificadas por Diogo (2015).

Descrição da situação de cuidados

A mãe da Matilde (nome fictício) recorre com a filha (de 4 anos de idade) ao serviço de urgência por apresentar rinorreia e febre há dois dias, associado a otalgia bilateral. Após ser chamada à triagem, eu e a enfermeira orientadora apresentamo-nos à mãe e à Matilde que posteriormente se sentaram nas cadeiras que se encontravam à nossa frente. A Matilde ficou ao colo da mãe e segurava um ursinho castanho, disse-lhe que o seu ursinho era muito giro e perguntei como se chamava ao que me respondeu “Teddy” (sic). Perguntei se podia avaliar a temperatura ao Teddy para ver se ele estava doente tendo a Matilde assentido e, posteriormente, perguntei se podia ver a temperatura da Matilde para perceber se ela também estava doente e a mesma voltou a assentir.

Após termos efetuado o algoritmo da triagem de Manchester coloquei uma pulseira amarela à Matilde e disse “vamos colocar uma ao Teddy também porque ele está doente e também temos que cuidar dele” tendo colocado a pulseira igual à da Matilde. Ela esboçou um sorriso e mostrou a todos com bastante orgulho que tinha uma pulseira igual ao do Teddy, ausentando-se da sala de triagem.

2.1. Promover um ambiente seguro e afetuoso

O hospital é considerado pelas crianças e famílias como um ambiente que tem o potencial de ser inseguro, assustador e não familiar, sendo que o impacto físico dos sons, luminosidade, cheiro e temperatura frequentemente surge antes da interação com os enfermeiros (ambiente humano). Ambos são parte integrante do ambiente hospitalar e possuem uma grande influência emocional na criança e família (Diogo, 2015).

Para tal, a humanização do ambiente físico é procurada pelos enfermeiros através da promoção de um ambiente seguro e afetuoso. Estes no primeiro contato com a criança e família procuram acolhê-las, em que se apresentam, cumprimentam-nas e realizam o acolhimento ao serviço, expressam afeto, criam um ambiente familiar,

em que promovem o mundo infantil através da brincadeira e despedem-se de forma calorosa (Diogo, 2015). Através da promoção deste ambiente é possível transformar positivamente a experiência de hospitalização da criança e família, permitindo que se sintam mais à vontade na interação e relação com os enfermeiros e assim, questioná-los sobre as dúvidas que apresentam. Apesar do serviço de urgência não utilizar fardas coloridas e com bonecos e, neste momento devido à pandemia termos de utilizar equipamento de proteção individual o que torna o ambiente ainda mais impessoal e “assustador”, o serviço apresenta as paredes desenhadas o que permite humanizar o ambiente físico e desta forma, conseguirmos utilizar a brincadeira com a criança recorrendo aos bonecos que se encontram desenhados nas paredes fortalecendo assim o início da relação terapêutica.

Após observação médica foi necessário realizar análises à Matilde pelo que voltamos a chamá-la à sala de enfermagem. Vinha a deambular de mão dada com a mãe e a agarrar no Teddy. Entrou na sala de enfermagem já a medo, voltei a apresentar-me assim como a enfermeira orientadora e perguntei à mãe da Matilde se a mesma gostava de música e qual a sua música preferida. Colocamos a tocar a música de eleição da Matilde e a mesma começou entretida a brincar com o Teddy e visivelmente mais alegre. Perguntei à Matilde se gostava da música que estava a dar ao que me responde com um grande “sim” (sic). Assim, criou-se um ambiente acolhedor em que a mãe também ficou visivelmente satisfeita por ver a Matilde a brincar e dançar.

2.2. Nutrir os cuidados com afeto

O afeto encontra-se presente nos cuidados de enfermagem o que é caracterizado por “dar carinho e ternura, transmitir o seu amor, estando a dar de Si ao Outro nas interações” (Diogo, 2015, p.120). O mesmo é apoiado por Diogo, Freitas, Costa & Gaíva (2021) quando referem que os enfermeiros em pediatria são sensíveis e encontram-se despertos para nutrir e enriquecer os cuidados com afeto, sendo possível identificá-lo em cada intervenção que realizam, o que promove a gestão das emoções da criança e família.

Segundo Watson (2012) as necessidades humanas consistem na necessidade em ser amado, cuidado, na necessidade de consideração positiva e na necessidade de ser aceite, compreendido, valorizado, estas necessidades são suprimidas com a utilização do afeto e do amor nos cuidados prestados.

É fulcral que os enfermeiros compreendam as crianças e família como seres únicos, com a sua singularidade e autenticidade, que consigam perceber e identificar os seus sentimentos e emoções. Assim como, atribuir sentido à intencionalidade terapêutica do afeto nos cuidados, o que proporciona bem-estar à criança e família sendo parte integrante do cuidado emocional (Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021).

Conforme postulado por Diogo (2015) o afeto é um direito das crianças e contribui para o seu desenvolvimento. Este é desejado por elas, são as próprias a pedir afeto, além disso, também permite diminuir os fatores de stress associados à hospitalização permitindo que a criança se sinta segura. Os enfermeiros na interação com a criança e família evocam o sorriso utilizando um tom de voz embalado e suave, um olhar meigo, o falar animado com a utilização dos “inhos” e de frases carinhosas, o colo e o carinho através de toques suaves, festas, abraços e beijinhos. Todas estas intervenções proporcionam o aumento da confiança no enfermeiro, tranquilidade e bem-estar assim como alívio do sofrimento e a colaboração da criança e família nos cuidados (Diogo, 2015).

Perante a necessidade de realizar a colheita de sangue à Matilde inicialmente expliquei o procedimento à mãe da Matilde reforçando a importância do mesmo enquanto a Matilde se mantinha a brincar com o Teddy. Posteriormente agachei-me, com o intuito de ficar ao nível da Matilde tendo referido que precisávamos de tratar do Teddy. Recorri a um tom de voz suave e afetuoso e um olhar meigo, apoiando a minha mão nas suas costas para a confortar. Expliquei que precisávamos de perceber o que estava a deixar o Teddy “doentinho”, reforçando que ele tinha que ficar bom para brincar com a Matilde. “Queres-me ajudar?” perguntei-lhe eu, ao que me respondeu “sim” (sic).

Conforme descrito por Diogo (2015) a dádiva de afeto pode ser espontânea, em que se entende como um ato natural, em que os enfermeiros referem que é um ato que é realizado espontaneamente durante a prestação de cuidados, ou pode ser planeada, ou seja, a mesma é intencional e procura colmatar a ausência dos pais ou para aliviar o sofrimento da criança.

A dádiva de afeto nos cuidados prestados concorre para que a criança e família sintam “uma tranquilidade, um bem-estar e uma perceção de não ser tão mau estar hospitalizado” (Diogo, 2015, p.128). Ainda na perceção da criança e família o afeto expresso pelos enfermeiros proporciona um alívio do sofrimento constituindo assim

uma forma de ajuda e apoio, assim como, sentimentos de confiança e segurança nos cuidados prestados.

2.3. Facilitar a gestão das emoções dos clientes

Além de promover um ambiente seguro e afetuoso assim como nutrir os cuidados com afeto os enfermeiros utilizam estratégias que permitem facilitar a gestão das emoções da criança e família, com a finalidade de transformar estados emocionalmente perturbadores e negativos para estados de tranquilidade e bem-estar (Diogo, 2015).

Perante a hospitalização de uma criança e no decorrer do processo de saúde-doença da mesma, este período é caracterizado por vivências potencialmente intensas tanto para a criança como para a família. Ao longo do mesmo, os enfermeiros deparam-se com problemas anteriores vivenciados pelas crianças e família, sendo que estas podem intensificar as emoções sentidas e levar ao sofrimento. Tendo em consideração os recursos da criança e família, os enfermeiros procuram gerir as emoções com a intencionalidade de potenciar o autocontrolo (Diogo, 2015).

Assim, segundo Diogo (2015) são várias as intervenções que atenuam ou podem mesmo evitar a vivência de uma emocionalidade excessiva associada à doença e que levam à vivência de experiências emocionais positivas e gratificantes, sendo categorizadas em dois grupos: a gestão emocional de antecipação e a gestão das emoções reativas. Na primeira destacam-se intervenções como a postura calma e carinhosa, mostrar disponibilidade, preparação para procedimentos, fornecer explicações/informações, favorecer a expressão de sentimentos, dar reforço positivo e distrair. Na gestão das emoções reativas são demonstradas ações como envolver a família nos cuidados, explicar e esclarecer dúvidas, fazer pausas, fomentar a esperança, dar carinho, diferenciar os momentos, desviar o foco de intervenção, encorajar e restringir.

Perante a necessidade de realizar uma colheita de sangue à Matilde e visto que já tinha iniciado a minha intervenção, de forma a explicar-lhe o procedimento recorri ao Teddy para o fazer visto ser um elemento de conforto para a Matilde. A Matilde deitou o Teddy na marquesa e enquanto eu ia colocando o material necessário para a colheita de sangue em cima da marquesa com a Enfermeira Orientadora, a Matilde agarrou imediatamente no penso colorido. Expliquei “que iríamos apertar o braço do Teddy com um bocadinho de força, que ia ser desconfortável, mas que não

ia doer, depois o Teddy ia sentir um fresquinho no braço porque íamos utilizar uma água que ajuda a curar o dói-dói” e ia fazendo os passos com a ajuda da Matilde. Passado uns segundos já era ela que mexia no material e tratava do Teddy bastante animada. Expliquei que o Teddy ia sentir uma “picadinha” no braço, que ia doer um “bocadinho” mas depois passava e que íamos tirar um “bocadinho” de sangue para os tubos e, mostrei-lhe os mesmos. A Matilde agarrou nos tubos e ficou a segurá-los, reforcei que ia doer um “bocadinho” mas depois passava e podíamos colocar o penso, tendo a mesma se mantido bastante atenta durante toda a explicação/brincadeira. Quando terminamos a Matilde colou o penso no braço do Teddy e voltou a envolvê-lo nos braços, todas fizemos uma festa “yupiii a Matilde tratou do Teddy e ele agora vai ficar muito melhor”. A Matilde olhou para a mãe com um ar orgulhoso e sorriu. Expliquei à Matilde que agora era a vez dela, que íamos fazer exatamente o mesmo que fizemos ao Teddy para ela melhorar e para ir para casa dando-lhe a escolher o sítio onde queria ficar, no colo da mãe na marquesa ou na marquesa deitada abraçada à mãe. Tendo a mesma optado pelo colo da mãe, esticamos o braço da colheita e o outro ficou a segurar o Teddy, assim como o penso para colocarmos no final. Tentamos que a Matilde ficasse o mais confortável possível, assim como a mãe, tendo a mãe ficado a envolvê-la nos braços num grande abraço, fui explicando o que estava a fazer enquanto realizava o procedimento, reforçando várias vezes “lembras-te, igual ao que fizemos com o Teddy” e a Matilde assentia com a cabeça. Expliquei à Matilde que era agora que ia sentir uma “picadinha” e a mesma exclama “Ai” (sic) e caiu-lhe uma lágrima mas manteve-se bastante colaborante até ao fim do procedimento o que foi facilitador. Colamos o penso igual ao do Teddy e a Matilde ficou a olhar para ele e juntou o seu braço ao lado do braço do Teddy tendo dito à mãe, “mãe, mãe, olha, são iguais, são iguais” e a mãe sorriu de volta. No fim, batemos muitas palmas à Matilde e reforçamos o seu comportamento exemplar “foste uma valente, postaste-te super bem e ainda trataste tão bem do Teddy, agora têm pensos iguais e pulseiras iguais, dá cá mais 5” ao que me respondeu com um valente “mais 5” na minha mão. Questionei-a sobre o que sentia, se estava bem ao que me respondeu com um grande “sim” (sic) ao mesmo tempo que abraçava o Teddy. A mãe agradeceu, dissemos adeus e a Matilde ausentou-se da sala de enfermagem na companhia da mãe e do Teddy.

Brincar é a linguagem universal da criança, faz parte do seu quotidiano e é considerada uma necessidade básica, que estimula o seu desenvolvimento motor,

cognitivo, sensorial, mental, emocional e social (Silva, Schmidt, Grigol & Schultz, 2020). Esta proporciona conforto e segurança à criança num momento de experiências desconhecidas e potencialmente assustadoras.

Brincar deve ser considerado pelo enfermeiro como a maneira mais adequada de se aproximar da criança. Tornando-se assim uma intervenção valiosa de adesão ao tratamento, permitindo a promoção de uma comunicação eficaz entre criança e enfermeiro. A relação de confiança e segurança que se estabelece promove a gestão de sentimentos e emoções da criança, oferecendo momentos de diversão e descontração.

Assim, as intervenções de enfermagem que potenciam a gestão emocional da criança e família proporcionam tranquilidade e conseqüentemente, diminuição da ansiedade e do medo o que minimiza o seu sofrimento e concomitantemente, desenvolvem a confiança na relação, que é fundamental no cuidar (Diogo, 2015).

2.4. Construir a estabilidade na relação

O cuidar em enfermagem encontra-se impregnado de interações humanas, sendo que estas podem possuir uma tonalidade de harmonia e paz, mas também podem ser portadoras de uma tonalidade negativa. Esta pode dever-se à experiência emocional intensa vivenciada no processo de saúde-doença da criança e que é projetada na interação inerente à prestação de cuidados (Diogo, 2015).

Construir a estabilidade na relação tem como finalidade a tranquilidade nas relações entre enfermeiro e criança/família, utilizando o afeto na relação e assim minimizar conflitos que possam surgir. Esta tranquilidade também se torna potenciadora de confiança nos enfermeiros por parte dos pais e/ou pessoa significativa da criança, em que as informações e explicações realizadas pelos mesmos são consideradas. Assim ocorre uma adaptação e capacidade da família e criança em lidarem com a situação de doença e conseqüentemente, a aceitação e compreensão do enfermeiro (Diogo, 2015).

Para a estabilidade na relação devem ser mobilizados três tipos de intervenções, o envolvimento emocional, a gestão de episódios conflituosos e o equilíbrio de poderes. Segundo Diogo (2015) o envolvimento emocional “traduz o investimento dos enfermeiros numa ligação afetiva, proximidade, conhecimento mútuo e confiança “(p. 147). Esta inicia-se no primeiro contato com a criança e família, desenvolvendo-se ao longo da interação de cuidados.

A reflexão em questão é relativa a uma situação de cuidados vivenciada em contexto de serviço de urgência pelo que o contato com a criança e família é menor, ou seja, há uma continuidade na construção da relação pois detive dois momentos de contato com a criança e família, mas não se perpetua no tempo devido ao contato ser reduzido, ao contrário do que acontece num serviço de internamento. Mas senti que a relação de confiança foi crescendo quando nos encaminhamos para a sala de enfermagem visto que já tinha tido um primeiro contato com a Matilde e a mãe na sala de triagem e, tentei iniciar a construção da estabilidade na relação logo no primeiro contato com as mesmas. Conforme refere Diogo (2015) num primeiro encontro os enfermeiros observam as respostas dos clientes, o seu estado emocional, (...) mas à medida que os encontros se sucedem conhecem e compreendem melhor os clientes, a confiança vai crescendo” (p. 148).

Na gestão de episódios conflituosos que são regulares no serviço de urgência devido à intensa emocionalidade vivenciada pelos pais da criança em processo de doença, os enfermeiros utilizam estratégias como: adotar uma abordagem calma e de controlo, dar espaço para a expressão, desmontar o problema, procurar a reconciliação e não fazer juízos de valor negativos. Relativamente ao equilíbrio de poderes fomentam uma tomada de decisão partilhada, dão espaço à função parental, colaboração mútua, participação do cliente e partilha de informação (Diogo, 2015), enquadrando-se assim nos cuidados centrados na família.

Estas estratégias promovem a harmonia nas relações minimizando os conflitos, predominando a tranquilidade e afetividade nos cuidados. Esta estabilidade na relação é fundamental na gestão emocional e na prestação de cuidados (Diogo, 2015).

2.5. Regular a disposição emocional para cuidar

Os enfermeiros apresentam uma disposição emocional que se traduz na atenção afetiva e sensibilidade para com a criança e família tendo como motivação o querer ajudar e o carinho que sentem pelas crianças, assim como a missão da profissão (Diogo, 2015). Todavia, a disposição emocional dos enfermeiros sofre oscilações, mas é regulada pela intencionalidade terapêutica. Durante a prestação de cuidados e a relação os enfermeiros deparam-se com situações difíceis de lidar e muitas delas emocionalmente intensas para o mesmo, sendo essencial que os enfermeiros consigam gerir as suas emoções de forma a promover a gestão emocional da criança e família. Assim, com a regulação da disposição emocional para

cuidar os enfermeiros utilizam estratégias que lhes permitem inibir ou induzir as suas emoções levando à transformação das emoções perturbadoras, o que faz com que mantenham o envolvimento emocional e continuem a cuidar. Esta regulação e disposição emocional para cuidar previne a exaustão emocional e o *burnout* nos enfermeiros garantido uma atitude de compaixão e presença promotoras de cuidados humanizados. Utilizam estratégias como analisar as experiências, partilhar o que sentem, compreender a reação dos clientes, atenuar positivamente as experiências emocionais intensas e perturbadoras e por fim, não se deixar afetar (Diogo, 2015).

Esta gestão emocional dos enfermeiros proporciona também um bem-estar e alívio do sofrimento à criança e família potenciando a sua adaptação à situação vivenciada (Diogo, 2015).

CONCLUSÃO

A Enfermagem enquanto ciência do cuidar não pode ficar indiferente às emoções humanas (Watson, 2012) pelo que a dimensão emocional dos cuidados tem que ser valorizada. Esta interação inerente ao cuidar implica a compreensão da experiência humana das emoções (Diogo, 2015), em que a relação entre enfermeiro-criança-família é potenciadora de expressão e partilha emocional (Diogo, 2019).

Perante esta interação de cuidados os enfermeiros confrontam-se frequentemente com experiências negativas, associadas ao sofrimento da criança e família e utilizam estratégias que minimizam a sua intensidade permitindo a transformação positiva das emoções. Estas estratégias que levam ao alívio do sofrimento permitem também sentir um maior controlo perante as emoções e geri-las (Diogo, 2015). Assim, é visível a importância que a gestão emocional tem em enfermagem pediátrica e como esta é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade e humanizados à criança e família.

A realização da presente reflexão permitiu-me analisar uma situação de cuidados por mim vivenciada à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica de Diogo, aprofundando assim as diferentes categorias que o compõem. Este permitiu-me refletir sobre a minha prática levando à melhoria dos cuidados por mim prestados. O modelo guia a intervenção do enfermeiro na gestão da emocionalidade intensa vivenciada pela criança e família na interação de cuidados e que têm também o potencial de serem emocionalmente desgastantes para o enfermeiro (Diogo, 2019).

As intervenções adotadas pelos enfermeiros dão sentido ao cuidar pois possuem intencionalidade terapêutica, permitindo transformar emoções perturbadoras em positivas, proporcionam bem-estar e uma melhor adaptação ao processo de saúde-doença da criança e família assim como, previnem a exaustão emocional do enfermeiro (Diogo, 2019). Estas intervenções acrescentam competência ao enfermeiro, visto que as experiências vivenciadas são transformadoras, “por meio de reflexão sobre a prática incrementa-se o conhecimento pessoal, o que influencia positivamente a relação de cuidados” (Diogo, 2019, p.10).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, L. & Silva, D. (2021). *Diversidade, Meio Ambiente e o Processo Interdisciplinar na Contemporaneidade*. Rio de Janeiro:Epitaya;
- Diogo, P. (2015). *Trabalho Com As Emoções Em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar* (2º ed.). Loures: Lusociência;
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2ª versão revista). Acedido 31-10-2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_e_m_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista/link/5dd82e9da6fdccdb445a1c17/download;
- Diogo, P., Freitas, B., Costa, A. & Gaíva, M. (2021). O cuidar em enfermagem pediátrica na perspectiva das emoções: de Nightingale à atualidade. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 74(4), 1-5. Acedido 16-11-2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/352151722_O_cuidar_em_enfermagem_pediatria_na_perspectiva_das_emocoes_de_Nightingale_a_atualidade;
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Revista Pensar Enfermagem*. 20(2), 26-47. Acedido em 30-11-2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/315661355_Os_Medos_das_Criancas_em_Contexto_de_Urgencia_Pediatrica_Enfermeiro_Enquanto_Gestor_Emocional_The_Fears_of_Children_in_Pediatric_Emergency_Context_Nurse_as_Emotional_Manager;
- Real, A., Cerqueira, M. & Sousa, T. (2017). Vivências dos enfermeiros no cuidar a criança em fim de vida e a família: Estudo descritivo-exploratório. *ON* 35, 10, 24-31. Acedido 30-11-2021. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=44f1c6c7-687d-49e1-85eb-10edb14feccc%40sessionmgr4007>;
- Silva, C., Schmidt, F., Grigol, A. & Schultz, L. (2020). O enfermeiro e a criança: a prática do brincar e do brinquedo terapêutico durante a hospitalização. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 41(1), 95-106. DOI:10.5433/1679-0367.2020;

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

Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. Canada: Jones & Bartlett Learning.

Apêndice IV: Jornal de Aprendizagem em contexto de Serviço de Urgência



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

Jornal de Aprendizagem

Ana Margarida Santos Ferreira Brito



Lisboa
2021



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

Jornal de Aprendizagem

Ana Margarida Santos Ferreira Brito



Orientador: Professora Doutora Paula Diogo



Lisboa
2021

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. JORNAL DE APRENDIZAGEM	5
1.1. Descrição da situação de cuidados	5
1.2. Sentimentos	7
1.3. Avaliação, análise e conclusão	7
1.4. Plano de ação	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10

INTRODUÇÃO

A doença e a hospitalização de uma criança são acontecimentos que podem ocorrer no seu crescimento e desenvolvimento com forte impacto no processo familiar (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). O contato com um novo ambiente, a alteração das rotinas, os procedimentos realizados são fatores que causam stress e ansiedade à criança, com influência direta na sua família. Toda esta experiência pode levar à vivência de sentimentos e emoções intensos e perturbadores tanto para a criança e família como para o enfermeiro. A gestão desta vivência é considerada um grande desafio para a equipa de enfermagem, sendo que a mesma assume um papel fundamental.

O cuidar em enfermagem está assente na interação entre enfermeiro-criança-família, estabelecendo-se desta forma uma relação terapêutica. Contudo, esta interação também se encontra impregnada de emoções intensas e perturbadoras tanto para a pessoa que cuida como para a pessoa que é cuidada. Se por um lado a pessoa que necessita de cuidados vivência emoções intensas devido ao processo de doença, por outro lado a pessoa (enfermeiro) prestadora de cuidados experiência emoções em resposta ao sofrimento do outro (Diogo, 2019). O enfermeiro, é também um ser biopsicossocial, pelo que saber gerir as diferentes e complexas emoções humanas é um verdadeiro desafio (Real, Cerqueira & Sousa, 2017), necessitando de habilidades de gestão emocional, ou seja, desenvolve e adquire a competência emocional (Diogo, 2019). Esta requer formação e treino por parte dos enfermeiros e, é considerada uma parte essencial na prestação de cuidados humanizados necessitando do seu envolvimento emocional na relação terapêutica (Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021). Assim, Diogo & Mendonça (2019) defendem que a dimensão emocional tem um elevado potencial terapêutico. A enfermagem enquanto ciência do cuidar não pode ficar indiferente às emoções, conforme afirma Watson (2012) a mente e as emoções são o ponto de partida, o ponto focal e o ponto de acesso ao corpo e à alma, sendo a sua gestão fulcral no cuidado emocional.

O presente Jornal de Aprendizagem tem como objetivo a descrição e reflexão sobre uma situação particular de cuidados vivenciada em contexto clínico no Serviço de Urgência Pediátrica. A situação que irei descrever enquadra-se na temática do relatório, na vertente que enfatiza a importância da gestão emocional da criança e família. Para a realização da mesma recorri ao Ciclo Reflexivo de Gibbs.

1. JORNAL DE APRENDIZAGEM

1.1. Descrição da situação de cuidados

O Bruno (nome fictício) de 10 meses de idade, encontrava-se na companhia do tio, quando recorreu ao serviço de urgência por o Bruno apresentar febre, acessos de tosse e recusa alimentar. Na triagem percebemos que o tio compreendia e falava pouco português, apesar de saber o vocabulário básico ao ponto de percebermos o que estava a expressar. Explicamos ao tio que iríamos avaliar os sinais vitais (utilizando uma linguagem mais simples) ao Bruno, que se encontrava bem, assim como a temperatura, que no momento se encontrava apirético. Expliquei todos os procedimentos e a informação relevante de forma calma, utilizando termos simples e ia questionando se o tio estava a compreender, ao que me respondia que sim. À observação do Bruno apesar de apresentar os sinais vitais estáveis tinha um choro débil e lesões cutâneas dispersas na face e tronco sugestivo de picadas de inseto. Após realizarmos o algoritmo da triagem de Manchester coloquei a pulseira verde ao Bruno e expliquei ao tio que teria que aguardar na sala de espera e que posteriormente o Bruno seria chamado para observação médica, o mesmo assentiu e ausentou-se da sala de triagem com o Bruno no carrinho.

Após observação médica foi decidido o internamento e ficou internado em UCEP, que é um serviço que também integra a urgência pediátrica. No dia seguinte eu e a Enfermeira Orientadora tínhamos sido distribuídas em UCEP e o Bruno ainda se encontrava lá internado pelo que foi possível acompanhá-lo neste processo de doença. Os colegas do turno da noite tinham referido em passagem de ocorrências que o tio se encontrava bastante ansioso, porque queria ir trabalhar e queria que o Bruno tivesse alta para se irem embora. O tio anteriormente já tinha recorrido ao serviço de urgência diversas vezes com o Bruno, pelo que se percebeu que o contexto social em que viviam era complexo e foi feito o encaminhamento do Bruno para o núcleo de apoio de forma à sua situação social ser avaliada pelo serviço social.

No início do turno dirigi-me ao quarto onde se encontrava o Bruno e o seu tio e com um sorriso apresentei-me, utilizando um tom de voz calmo e afetuoso, procurando acolhê-lo no serviço, mas desde logo percebi que o tio se encontrava bastante ansioso, assim que olhou para mim perguntou “Onde está a médica? Quero ir para casa, preciso de ir trabalhar” (sic), com calma e de forma pausada expliquei-lhe que a médica viria observar o Bruno e falar ele durante o turno. Reforcei a

importância de o Bruno estar internado assim como, a utilidade dos “fios” que tinha ligados e senti que ficou mais calmo, estimulando assim o desenvolvimento da relação terapêutica. Colaborei nos cuidados de higiene ao Bruno de forma afetuosa, brincando com o mesmo e conversei com o Tio no decorrer dos mesmos. O Bruno “chapinhou” dentro da banheira e estava bastante sereno, mas continuava a recusar alimentar-se. Durante este processo fui respondendo às dúvidas que o tio colocava, porém, era necessário utilizar o tradutor, por vezes, para facilitar a comunicação e desta forma, tinha a certeza que a informação era efetivamente compreendida. Era notória a relação de carinho e cumplicidade do tio e do Bruno.

Após os cuidados de higiene sentei o Bruno no colo e tentei dar-lhe papa mas o mesmo recusava, expliquei de forma pausada ao tio que era normal ele estar a recusar alimentar-se devido ao processo de doença, pois continuava a fazer febre e encontrava-se mais prostrado, tendo utilizado a palavra “molinho”, mas percebi que o tio cada vez se encontrava mais ansioso, pois a médica ainda não se tinha dirigido ao quarto. Coloquei o Bruno na cadeira de refeições e através da utilização de um brinquedo estimulei a distração tentando simultaneamente, dar-lhe algumas colheres de papa tendo o mesmo recusado. Percebi que a agitação do tio se mantinha, tentei tranquilizá-lo e referi que iria chamar a médica, mas ele foi bastante rápido em referir que precisava de ir trabalhar. Disse-lhe que poderia ir e que o Bruno ficava connosco, que poderia contatar-nos a qualquer hora pois estaríamos sempre disponíveis para o que necessitasse e assim que o tio terminasse o trabalho voltava para perto do Bruno. Mas ele continuava a referir, desta vez num tom de voz mais elevado, que precisava de ir trabalhar e que não o deixava ali saindo do quarto de rompante. Percebi que ia falar com a médica, mas continuava a gritar pelo corredor até ao gabinete da equipa médica. Mantive uma postura calma, coloquei o Bruno no berço com cuidado, aconcheguei-o e fui perceber o que se passava.

Quando estava a sair do quarto já vinha o tio ao lado da médica, que lhe explicava também de forma calma e pausada a importância de o Bruno ficar internado, mas devido ao seu estado emocional apenas repetia vezes sem conta a mesma coisa. Demos-lhe espaço para partilhar o que sentia e depois de falarmos bastante com ele, de lhe explicarmos a importância e a necessidade de manter o Bruno internado assim como questionarmos porque não se ausentava visto que necessitava de trabalhar e deixava o Bruno connosco e voltava posteriormente, acabou por nos declarar que tinha receio que lhe tirássemos o Bruno. Que quando ele voltasse já o tivéssemos

levado, porque no país dele retiravam as crianças à família. Após o tio ter referido o motivo de não se querer ausentar, reforçamos que isso não iria acontecer e que poderia ir descansado que o Bruno estaria à sua espera quando ele regressasse do trabalho. Passado algum tempo acabou por ficar mais calmo e agradeceu.

A médica ausentou-se e acabei por ficar um bocadinho mais a conversar com ele, tendo o mesmo acabado por pedir desculpa pela sua reação, que não era diretamente comigo, mas sim devido a toda esta situação de doença do Bruno ao que respondi que compreendia.

1.2. Sentimentos

Perante a situação descrita o que vivenciei foi diferente ao longo da mesma. Ao início senti que estava a conseguir gerir as emoções do tio e que verdadeiramente consegui responder às suas necessidades e dúvidas permitindo que o mesmo estivesse mais calmo em relação ao internamento do Bruno. Através da minha intervenção com foco na gestão emocional de antecipação adotando uma postura calma e carinhosa pretendia atenuar a emocionalidade intensa vivenciada pelo tio, *“para não perturbar ou acentuar o estado emocional do cliente”* (Diogo, 2015, p.135)

Apesar da disponibilidade por mim demonstrada, assim como das intervenções realizadas serem promotoras de uma transformação positiva das emoções vivenciadas, o tio acabou por apresentar um período de intensa emocionalidade. Contudo, após o episódio referido anteriormente com uma conotação intensa tanto para o tio como para a equipa de saúde, foi possível perceber o que verdadeiramente o preocupava.

Também aquela situação me levou à vivência de uma situação emocionalmente intensa. Consegui compreender a reação do tio e percebi que não era dirigido a mim, mas sim a todo o processo de doença do Bruno o que me permitiu minimizar o impacto negativo, *“anulando as emoções de tonalidade negativa que os clientes projetam (...)”* (Diogo, 2015, p. 167) nos enfermeiros. Regular a disposição emocional para cuidar é essencial sendo uma categoria que integra o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica de Paula Diogo.

1.3. Avaliação, análise e conclusão

Após ter percebido o que preocupava o Tio foi possível que este se ausentasse para trabalhar visto que era o único na família que trabalhava, por isso todo o agregado familiar dependia dele, inclusive o Bruno. Fornecemos-lhe alimentação do hospital para levar para o trabalho pois já tinha perdido um dia que não iria receber quando se dirigiu à urgência no dia anterior e o mesmo agradeceu bastante. Quando terminou, regressou ao hospital para junto do Bruno e percebeu que ele estava sereno e confortável o que fez com que nos agradecesse novamente por cuidarmos dele. Foi visível que a relação de confiança com a equipa foi fortalecida.

Esta situação foi intensa e emocionalmente desafiante para mim, mas foi visível o meu desenvolvimento profissional, permitindo-me adquirir e mobilizar competências essenciais enquanto futura Enfermeira Especialista, o que se deveu à aprendizagem que tem ocorrido no meu percurso académico e que reconheço como um aspeto muito positivo. Como menos positivo identifiquei o momento de emocionalidade intensa que o tio vivenciou, que acabou por se transformar numa crise, apesar do apoio e da ajuda por mim disponibilizados. Nas interações de cuidados os enfermeiros muitas vezes confrontam-se com experiências negativas, que são potenciadas pelo sofrimento vivido no processo de doença pela criança e família.

É importante referir e reforçar os mais pequenos pormenores, por muito simples que eles sejam podem fazer toda a diferença. Infelizmente, muitas são as crianças e as famílias que vivem situações de vida complexas e difíceis, com empregos precários, baixo rendimento e condições habitacionais deficientes.

Foi possível perceber que muitas vezes, apesar de estabelecermos uma relação de confiança com o outro as suas experiências anteriores são bastante importantes e têm uma influência avassaladora na forma como as pessoas reagem e na minha opinião foi isso que aconteceu. Como a realidade do tio era a de retirarem as crianças à família, pensou que era isso que iria acontecer, pelo que, foi preciso tempo para que a confiança fosse estabelecida e percebesse que realmente só queríamos o melhor para o tio e para o Bruno.

Esta experiência requereu uma mobilização de conhecimentos e competências no âmbito da comunicação, da relação terapêutica e da gestão emocional com o tio e o Bruno, o que se revelou um verdadeiro desafio para mim. O desenvolvimento da relação terapêutica permitiu promover confiança na relação de cuidados, sendo possível identificar a importância que o enfermeiro tem na adaptação da família e criança ao processo de doença. Ter mantido uma postura calma e serena, o sorriso,

mostrar disponibilidade, respeitando a sua individualidade são estratégias facilitadoras de gestão emocional, promovendo desta forma a estabilidade da relação terapêutica. Estas estratégias levam ao alívio do sofrimento, mas permitem também sentir um maior controlo perante as emoções e geri-las (Diogo, 2015).

1.4. Plano de ação

Em situações futuras irei recordar a situação que descrevi assim como a análise realizada da mesma, mobilizando estratégias de enfermagem que atuam na emocionalidade da criança e família. É notória a importância que a gestão emocional assume em enfermagem pediátrica, sendo também fundamental para a prestação de cuidados à criança e família de qualidade e humanizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2015). *Trabalho Com As Emoções Em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar* (2^o ed.). Loures: Lusociência;
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2^a versão revista). Acedido 31-10-2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_e_m_Enfermagem_Pediatica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista/link/5dd82e9da6fdccdb445a1c17/download;
- Diogo, P., Freitas, B., Costa, A. & Gaíva, M. (2021). O cuidar em enfermagem pediátrica na perspectiva das emoções: de Nightingale à atualidade. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 74(4), 1-5. Acedido 16-07-2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/352151722_O_cuidar_em_enfermagem_pediatica_na_perspectiva_das_emocoes_de_Nightingale_a_atualidade;
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Revista Pensar Enfermagem*. 20(2), 26-47. Acedido em 31-10-2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/315661355_Os_Medos_das_Criancas_em_Contexto_de_Urgencia_Pediatica_Enfermeiro_Enquanto_Gestor_Emocional_The_Fears_of_Children_in_Pediatric_Emergency_Context_Nurse_as_Emotional_Manager;
- Real, A., Cerqueira, M. & Sousa, T. (2017). Vivências dos enfermeiros no cuidar a criança em fim de vida e a família: Estudo descritivo-exploratório. *ON* 35, 10, 24-31. Acedido 31-10-2021. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=44f1c6c7-687d-49e1-85eb-10edb14feccc%40sessionmgr4007>;
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência;
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. Canada: Jones & Bartlett Learning.

Apêndice V: Reflexão sobre a Emocionalidade
Vivenciada pela Família no Serviço de Urgência,
na percepção dos Enfermeiros



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

Reflexão sobre a emocionalidade vivenciada pela
família no serviço de urgência, na perceção dos
enfermeiros

Ana Margarida Santos Ferreira Brito

Lisboa
2021



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

**Reflexão sobre a emocionalidade vivenciada pela
família no serviço de urgência, na perceção dos
enfermeiros**

Ana Margarida Santos Ferreira Brito

Orientador: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa
2021

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. EMOCIONALIDADE VIVIDA PELA FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA, PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS.....	5
CONCLUSÃO.....	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10

INTRODUÇÃO

Ao longo do processo de crescimento e desenvolvimento da criança, podem ocorrer vários acontecimentos geradores de crise com forte impacto no sistema familiar, como a doença e hospitalização da criança. Para as crianças este é um período de elevado stress e ansiedade, sendo experienciados medos associados ao ambiente desconhecido do hospital, assim como a procedimentos e equipamentos que lhe causam dor (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). Este impacto é sentido pela criança e família caracterizado por ser um período emocionalmente intenso e perturbador.

O serviço de urgência é considerado uma das mais traumáticas experiências hospitalares para a criança visto que se deparam com o medo, a ansiedade e a dor associados a procedimentos técnicos (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). Este é também o primeiro contato que a família e a criança têm com o processo de doença pelo que é essencial que a gestão destas emoções ocorra, sendo desta forma possível a transformação de uma vivência positiva em relação à situação.

A gestão desta emocionalidade intensa é considerada um grande desafio para a equipa de enfermagem e esta tem uma intervenção fundamental na mesma. O cuidar em enfermagem pressupõe a interação entre enfermeiro-criança-família pelo que o próprio enfermeiro também vivência sentimentos e emoções intensos e perturbadores em resposta ao sofrimento do outro (Diogo, 2019).

A realização desta reflexão surge integrada no estágio que decorreu no serviço de urgência em que se pretende refletir sobre a emocionalidade vivenciada pela família no serviço de urgência na perspetiva dos enfermeiros tendo por base as questões colocadas aos mesmos e, as respetivas práticas decorrentes da sua experiência profissional. Conforme descrito por Alarcão & Rua (2005) “os estágios clínicos possibilitem aos alunos uma reflexão dialogante sobre o observado e o vívido” (p. 380).

1. EMOCIONALIDADE VIVENCIADA PELA FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA, PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS

O recurso aos serviços de urgência tem aumentado de forma considerável nos últimos anos e Portugal é o país com maior número de admissões no serviço de urgência, representando a idade pediátrica um dos grupos com maior taxa de utilização (Martins, Marques, Sousa, Valério, Cabral & Almeida, 2020). É possível constatar que este serviço presta cuidados a um número bastante elevado da população, o que implica a necessidade de uma resposta diferenciada e a prestação de cuidados de saúde humanizados. Nos primeiros anos de vida as crianças são muito vulneráveis ao aparecimento de patologias que necessitem de hospitalização ou de recorrência ao serviço de urgência (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016).

O serviço de urgência é muitas vezes o primeiro contato que as crianças e famílias têm com o processo de saúde-doença, sendo gerador de vivências emocionais intensas e perturbadoras. O ambiente desconhecido, os profissionais de saúde, os procedimentos e equipamentos que lhe causam desconforto e dor, são tudo fatores potenciadores de uma emocionalidade intensa vivida tanto pela criança como pela família. Segundo Harrison (2010) quando as crianças são afetadas, estas afetam os que as rodeiam, ou seja, a família. As emoções que são vivenciadas com maior intensidade pela família da criança no serviço de urgência segundo os enfermeiros é o medo e a ansiedade. O mesmo é defendido por Sanders (2014) quando afirma que o “medo, ansiedade (...) são sentimentos comuns expressos pelos pais. O medo e a ansiedade podem estar relacionados com a gravidade da doença e o tipo de procedimentos envolvidos” (p.1034-1035). Os enfermeiros referiram que a gestão dessas emoções intensas vivenciadas pela criança e família e em consequência, vividas por eles apresentava-se como um verdadeiro desafio na sua prática de cuidados.

O primeiro contato do enfermeiro com a criança e família ocorre na triagem onde é importante apresentar-nos, transmitir confiança à criança e família permitindo que se sintam bem-vindos, mostrar disponibilidade para responder às suas questões e preocupações, promovendo um ambiente de cuidados afetuoso e acolhedor (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015). Este ambiente afetuoso e de disponibilidade será importante para o início da relação terapêutica e para a confiança da família e criança na equipa, detendo uma influência positiva perante a situação experienciada. Durante

o meu estágio e em conjunto com a enfermeira orientadora fomos distribuídas no decorrer dos turnos para a triagem e a criação deste ambiente na nossa intervenção era bastante evidente, comunicávamos com a criança tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento, esclarecíamos as dúvidas às questões colocadas da criança e família nutrindo assim os cuidados com afeto, perguntávamos à criança em que braço queria colocar a pulseira da triagem permitindo que a mesma participasse nos cuidados prestados assumindo um papel ativo na situação, mas também explicávamos o funcionamento da urgência e outras informações relevantes à família. A informação de que a prioridade do atendimento é por gravidade e não ordem de chegada e que esta tinha em conta a cor de pulseira, muitas vezes informávamos também o tempo de espera estimado quando estes se encontravam longos, permitindo que a família se organizasse minimizando o impacto das emoções negativas e exacerbadas que pudessem surgir. Conforme referido por Smith (2018) o aumento do conforto familiar, da comunicação eficaz assim como da confiança leva a um fortalecimento da função e adaptação familiar permitindo maximizar a sua satisfação. Torna-se importante utilizar diferentes estratégias de comunicação e adaptá-las à singularidade da criança e sua família, estas informações antecipatórias permitiam prevenir ou minimizar estados de tensão geralmente causados por emoções negativas (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016).

A triagem foi referida pelos enfermeiros como o segundo local em que a emocionalidade vivida pelos pais é mais intensa. Muitas vezes ocorrem conflitos que originam crises emocionais intensas, associadas a vários fatores como o tempo de espera, a falta de respostas por parte dos profissionais, o estado de doença da criança e a todo o medo e ansiedade vivenciados no processo de saúde-doença. Conforme afirma Goleman (2012) “cada emoção representa uma diferente predisposição para a ação”. Conforme postulado por Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida (2016) existem situações em que o tempo de espera poderá ser prolongado pelo que o enfermeiro detém a sensibilidade de informar a criança e família do porquê da demora procurando tranquilizá-los. “São frequentemente situações como estas que originam tensão entre o sistema familiar e a equipa de saúde, podendo comprometer toda a relação terapêutica construída até ao momento” (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016, p.48).

Assim, em primeiro lugar e tendo em conta a opinião dos enfermeiros a sala de tratamentos foi referida como o local em que as emoções vivenciadas pela família

eram mais intensas, mas também as emoções vivenciadas pela criança, associadas aos principais *stressores* que se relacionam com a separação, a perda de controlo, a lesão corporal e a dor (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). É neste local que são realizados os procedimentos de enfermagem e por isso, o local referido como o mais intenso de ser vivenciado. Conforme refere Diogo (2015) “algum procedimento pode ser o rastilho para despoletar a explosão emocional do cliente na interação com os enfermeiros” (p.146) mas também pode-se dever a “um incumprimento da parte do profissional de saúde relativamente a uma informação que o cliente reclama posteriormente” (p.147). O enfermeiro necessita de partilhar informação, explicar os procedimentos e preparar a criança e família para os mesmos facilitando a gestão das emoções e potenciando a sua colaboração, mantendo uma postura calma e nutrindo os cuidados com afeto. Ao longo da interação de cuidados é essencial dar espaço para a partilha de sentimentos permitindo avaliar as respostas emocionais da criança e família o que potencia a sua gestão e conduz à diminuição do seu sofrimento assim como, à promoção de bem-estar.

É fulcral envolver a família nos cuidados prestados, pois esta é uma constante na vida da criança. Esta inclusão promove a tomada de decisão partilhada essencial na prestação de cuidados humanizados e de qualidade proporcionando satisfação à criança e família e o aumento da confiança no enfermeiro.

Durante o estágio foi possível observar e experienciar os diferentes contextos de prestação de cuidados que compõem o serviço de urgência, como a triagem, a sala de tratamentos, o SO (sala de observação) e a UCEP (Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos). Conforme refere Watson (2012) o papel da enfermagem é baseado no cuidar, este pressupõe a interação criança-família-enfermeiro, com esta interação o enfermeiro estimula a possibilidade de expressão e partilha emocional (Diogo, 2019). Em todos os diferentes contextos de cuidados a emocionalidade esteve presente, tanto na pessoa recetora de cuidados como na pessoa que presta cuidados o que torna bastante evidente a importância da compreensão da experiência humana das emoções no processo relacional (Diogo, 2015). Várias foram as estratégias utilizadas e referidas pelos enfermeiros que proporcionam a transformação positiva das emoções, como explicar e esclarecer dúvidas, envolver a família nos cuidados, mostrar disponibilidade, explicar os procedimentos, escutar e perceber o outro, dar suporte e tranquilidade e usar o humor. A autora Diogo (2015) também defende que os enfermeiros na sua prática necessitam de adotar estratégias que facilitem a gestão

emocional do Outro e, simultaneamente da própria influência das emoções na sua pessoa, permitindo mostrar sensibilidade e compreensão nos cuidados através do trabalho emocional em enfermagem.

Assim, é possível compreender que a gestão das emoções é fundamental para fomentar interações bem-sucedidas. A criança e família ao vivenciarem a experiência do processo de saúde-doença positivamente influenciará a sua maneira de reagir a situações futuras que poderão ser idênticas e igualmente desafiantes (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016).

CONCLUSÃO

O serviço de urgência origina uma emocionalidade intensa e perturbadora tanto na criança como na família devido à vivência do processo de saúde-doença e a intervenção do enfermeiro torna-se fundamental nesta transformação positiva das emoções. O que pude observar ao longo do estágio é que os enfermeiros estão cada vez mais despertos para a importância do cuidado emocional, consciencializando-se que as emoções dão sentido não só ao agir do enfermeiro, mas ao próprio cuidar, permitindo assim aliar os cuidados emocionais aos cuidados técnicos (Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021).

Para o enfermeiro gerir a complexidade e variedade das emoções humanas é um verdadeiro desafio (Real, Cerqueira & Sousa, 2017) e, conduz à necessidade de mobilizar habilidades de gestão emocional (Diogo, 2019). Esta gestão emocional é parte essencial na prestação de cuidados humanizados necessitando do envolvimento emocional do enfermeiro na relação terapêutica (Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021). Também estes necessitam de regular a sua disposição emocional para cuidar potenciando assim a estabilidade nas relações com influência positiva na gestão da emocionalidade da criança e família promotores de um ambiente de cuidados seguro e afetuoso (Diogo, Sousa, Rodrigues, Rodrigues & Almeida, 2020). Diogo e Mendonça (2019) afirmam que a dimensão emocional tem um elevado potencial terapêutico em contexto da prática clínica em enfermagem e esta importância denota-se evidente, ao longo do vivenciado no estágio.

Esta reflexão permitiu compreender a perceção dos enfermeiros do serviço de urgência relativamente à emocionalidade vivenciada pela família, sendo possível identificar várias estratégias adotadas pelos mesmos, potenciadoras da gestão das emoções intensas experienciadas. A sala de tratamentos é considerada pelos enfermeiros como o local em que a emocionalidade vivenciada é mais intensa, muitas vezes, pela necessidade de realização de procedimentos que causam dor e desconforto à criança e família. Assim, demonstra-se fundamental o investimento na prática reflexiva permitindo “desenvolver uma autoconsciência que potência a gestão de situações emocionalmente intensas” (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016, p.43).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382. Acedido 20-01-2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/DYhM34cLHw3zSjvQTR63nj/abstract/?lang=pt>;
- Diogo, P. (2015). *Trabalho Com As Emoções Em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar* (2º ed.). Loures: Lusociência;
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2ª versão revista). Acedido 10-01-2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatria_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista/link/5dd82e9da6fdccdb445a1c17/download;
- Diogo, P., Freitas, B., Costa, A. & Gaíva, M. (2021). O cuidar em enfermagem pediátrica na perspectiva das emoções: de Nightingale à atualidade. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 74(4), 1-5. Acedido 20-12-2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/352151722_O_cuidar_em_enfermagem_pediatria_na_perspectiva_das_emocoes_de_Nightingale_a_atualidade;
- Diogo, P., Sousa, O., Rodrigues, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2020). Cuidar da Criança com Condição Crónica e de sua Família: Competência Emocional dos Enfermeiros Pediatras. *Proenf-Saúde da Criança e do Adolescente*, 15(1), 81-117;
- 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; Acedido 15-01-2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/279749883_Enfermeiros_com_competencia_emocional_na_gestao_dos_medos_de_crianças_em_contexto_de_urgencia;
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Revista Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47. Acedido em 27-12-2021. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/315661355_Os_Medos_das_Criancas_em_Contexto_de_Urgencia_Pediatrica_Enfermeiro_Enquanto_Gestor_Emocional_The_Fears_of_Children_in_Pediatric_Emergency_Context_Nurse_as_Emotional_Manager;

- Goleman, D. (2012). *Inteligência Emocional*. 17ª edição. Lisboa: Temas e Debates;
- Harrison, T. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 335-343. DOI: 10.1016/j.pedn.2009.01.006;
- Martins, M., Marques, R., Sousa, M., Valério, A., Cabral, I. & Almeida, F. (2020). Utilizadores Frequentes da Urgência Pediátrica: Conhecer, Intervir e Analisar- Um Estudo Piloto. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 33(5), 311-317. Acedido 28-12-2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341132834_Utilizadores_Frequentes_da_Urgencia_Pediatrica_Conhecer_Intervir_e_Analisar_-_Um_Estudo_Piloto;
- Real, A., Cerqueira, M. & Sousa, T. (2017). Vivências dos enfermeiros no cuidar a criança em fim de vida e a família: Estudo descritivo-exploratório. *ON* 35, 10, 24-31. Acedido 28-12-2021. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=44f1c6c7-687d-49e1-85eb-10edb14feccc%40sessionmgr4007>;
- 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*. (p.1025-1117). Loures: LUSOCIÊNCIA;
- Smith, W. (2018). Concept Analysis of Family-Centered Care of Hospitalized Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Nursing*. 42, 57-64. DOI: 10.1016/j.pedn.2018.06.014;
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência;
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. Canada: Jones & Bartlett Learning.

Apêndice VI: A “Caixa das Emoções” em Consulta de Desenvolvimento Infantil



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

Caixa das Emoções

Ana Margarida Santos Ferreira Brito

Lisboa
2021



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

Relatório de Estágio

Caixa das Emoções

Ana Margarida Santos Ferreira Brito



Orientador: Professora Doutora Paula Diogo



Lisboa
2021

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. CAIXA DAS EMOÇÕES.....	7
CONCLUSÃO.....	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório integrada no 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

A caixa das emoções foi realizada no decorrer do estágio que se concretizou na Unidade de Desenvolvimento Infantil, sendo uma atividade integrante do objetivo a que me propus para o mesmo, em que consistia em desenvolver estratégias de gestão emocional da criança e família em contexto de consulta de desenvolvimento infantil.

O conhecimento sobre as emoções na infância não é inato pelo que é importante estimularmos a criança e proporcionarmos-lhe momentos de partilha, permitindo que aprendam a identificar e a reconhecer as suas próprias emoções assim como as emoções dos outros. Estas desempenham um papel essencial no desenvolvimento humano, com influência desde os primeiros anos de vida (Jesus & Lempke, 2015). É através das emoções que a criança conhece o seu Eu, permitindo identificar o que sentem e capacitá-las na sua autorregulação. Não conseguimos evitar que vivenciem emoções perturbadoras, mas podemos ajudá-las a reconhecer, interpretar e organizar essa emoção.

Logo no primeiro mês de vida é possível reconhecer algumas emoções sentidas, conforme ocorre o desenvolvimento da criança também as emoções emergem e vão evoluindo. Aos dois anos de vida as crianças já conseguem reconhecer emoções mais complexas e pelos três anos já reconhecem as suas próprias emoções. A partir dos cinco anos de idade identificam as emoções e apresentam algum controlo emocional (Jesus & Lempke, 2015). Visto que as crianças mostram uma grande dificuldade em expressar verbalmente os seus sentimentos e emoções é fundamental utilizar métodos alternativos para a sua expressão, como é o caso do brincar.

O brincar estimula o desenvolvimento motor, cognitivo, sensorial, mental, emocional e social, é através deste que a criança se expressa e comunica. Pelo que faz parte do seu quotidiano e é considerado uma necessidade básica para a mesma (Silva, Schmidt, Grigol & Schultz, 2020), permitindo revelar as suas capacidades cognitivas (Brazelton, 2013).

O brincar é a linguagem universal da criança, é uma das formas mais importantes de comunicação pelo que deve ser considerado pelo enfermeiro a maneira mais adequada de se aproximar da criança, promovendo o estabelecimento de uma relação de confiança e segurança (Hockenberry, 2014). Assim, esta confiança torna-se facilitadora da gestão de sentimentos e emoções da criança, oferecendo momentos de diversão e descontração. Ao criar uma atmosfera não-ameaçadora, o brincar possibilita a oportunidade de as crianças expressarem as suas preocupações e medos e desta forma, promover a interação com os pares (Engenheiro, Geadas, Lobo, Azougado, Figueiredo & Simpson, 2016). É importante que no brincar o brinquedo utilizado seja escolhido pela criança, sendo adequado à idade e estágio de desenvolvimento.

Reconhecendo a importância do brincar torna-se fundamental referir que a consulta de desenvolvimento infantil permite a intervenção precoce nas perturbações do desenvolvimento. A avaliação da criança é realizada com recurso ao brincar, devido à diferença de idades das crianças que são acompanhadas na Unidade de Desenvolvimento o gabinete encontra-se repleto de brinquedos pelo que a criança escolhe qual o brinquedo do seu agrado e a partir daí a avaliação e a estimulação ocorrem, numa parceria entre a criança-família-enfermeiro. Conforme refere Hockenberry (2014) as sessões com recurso ao brincar servem de instrumento de avaliação, que permite determinar o conhecimento e perceção da criança sobre algum acontecimento, mas também como método de intervenção e avaliação. Os pais são envolvidos na intervenção do enfermeiro, promovendo a parceria de cuidados e assim, os cuidados centrados na família. A participação da família no brincar é um fator importante, pois transmite segurança e apoio à criança, uma vez que são estes uma constante na vida da mesma conhecendo as suas preferências (Silva, Schmidt, Grigol & Schultz, 2020).

Conforme é defendido por Costa, Veríssimo, Toriyama & Sigaud (2016) a utilização do brincar torna possível a criação de um espaço hospitalar mais humanizado, permitindo atenuar as emoções negativas vivenciadas pelas crianças quando em contexto hospitalar.

Desta forma, nasceu a caixa das emoções que é composta pela roda das emoções, pela caixinha das emoções onde se encontram os cartões que permitem identificar as diferentes emoções e, um livro que explica e permite reconhecê-las. Os cartões que identificam a emoção podem ser utilizados também na roda das emoções,

em que é possível realizar a correspondência do cartão com a emoção representada na roda pelo apontador, apesar desta correspondência apenas ser possível de ser realizada em crianças cujo estágio de desenvolvimento permita. O seu uso é recomendado a partir dos dois anos de idade visto que é a idade em que as crianças conseguem reconhecer emoções mais complexas. A utilização dos diferentes elementos que compõem a caixa tem que ser adaptados à criança e ao seu estágio de desenvolvimento.

Foi explicada a sua utilização à equipa de enfermagem da Unidade de Desenvolvimento que reconheceram a importância da utilização da mesma, comprometendo-se a dar continuidade à sua utilização.

1. CAIXA DAS EMOÇÕES





CONCLUSÃO

O brincar é a atividade predominante na infância e é reconhecido como uma necessidade da criança. Através dele a criança é levada para novos espaços de compreensão que a encorajam a prosseguir, permite que expresse o que está a sentir, mas também é utilizado como método de aprendizagem que estimula o seu desenvolvimento (Costa, Veríssimo, Toriyama & Sigaud, 2016). É considerado um instrumento valioso na intervenção do enfermeiro que permite a avaliação da criança e a sua colaboração, promovendo a relação terapêutica. Desta forma, torna-se possível a expressão de sentimentos e emoções e conseqüentemente a sua gestão. Várias são as vivências que podem influenciar negativamente a saúde emocional da criança, pelo que respeitar a sua individualidade é fulcral. É importante considerar que cada criança é uma criança, pelo que se compararmos duas crianças da mesma idade, pode ocorrer que o seu desenvolvimento não seja o mesmo e que as competências adquiridas não sejam idênticas. O mesmo acontece com as emoções, é importante termos em conta que as vivências das crianças se diferenciam e que a forma como manifestam as suas emoções e as reconhecem também é diferente. As emoções influenciam o processo de aprendizagem e o desenvolvimento da criança pois através destas a criança expressa as suas características, personalidade, as suas habilidades, mas também as suas dificuldades (Jesus & Lempke, 2015). Assim, é possível constatar a importância do brincar permitindo à criança expressar o que está a sentir, ou seja, manifestar os seus sentimentos e emoções e como estes são importantes para o seu desenvolvimento. A caixa das emoções surge assim em resposta às necessidades da criança, em que se articula o brincar, que é encarado como uma necessidade da mesma, à importância do reconhecimento e gestão das emoções, fulcrais para o desenvolvimento infantil.

Infelizmente, a caixa das emoções foi realizada, mas não foi possível observar a sua aplicação nas consultas de desenvolvimento antes do término do estágio apesar da equipa se comprometer na continuidade da sua utilização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brazelton, T. (2013). *O grande livro da criança*. Lisboa: Editorial Presença;
- Costa, D., Veríssimo, M., Toriyama, A. & Sigaud, C. (2016). O brincar na assistência de enfermagem à criança – revisão integrativa. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 16(1), 36-43. Acedido 20-12-2021. Disponível em: <https://journal.sobep.org.br/article/o-brincar-na-assistencia-de-enfermagem-a-crianca-revisao-integrativa/>;
- Engenheiro, O., Geadas, C., Lobo, C., Azougado, C., Figueiredo, J. & Simpson, C. (2016). Benefícios do brincar terapêutico em crianças hospitalizadas. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2(1), 489-501;
- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In Hockenberry, M. & Wilson, D. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 1, (p. 122-132). Loures: LUSOCIÊNCIA;
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p.1 -20). Loures: LUSOCIÊNCIA;
- Jesus, R. & Lempke, N. (2015). Manifestações Emocionais das Crianças na Educação Infantil. *Revista Synthesis Revista Digital FAPAM*, 6(6), 309-325;
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* In Cadernos da OE - Série I, 3(3);
- Real, A., Cerqueira, M. & Sousa, T. (2017). Vivências dos enfermeiros no cuidar a criança em fim de vida e a família: Estudo descritivo-exploratório. *ON* 35, 10, 24-31. Acedido 20-12-2021. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=44f1c6c7-687d-49e1-85eb-10edb14feccc%40sessionmgr4007>;
- Silva, C., Schmidt, F., Grigol, A. & Schultz, L. (2020). O enfermeiro e a criança: a prática do brincar e do brinquedo terapêutico durante a hospitalização. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 41(1), 95-106. DOI:10.5433/1679-0367.2020.

Apêndice VII: Reflexão sobre o Desenvolvimento Emocional da Criança



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

Desenvolvimento Emocional da Criança

Ana Margarida Santos Ferreira Brito

Lisboa
2021



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

Desenvolvimento Emocional da Criança

Ana Margarida Santos Ferreira Brito



Orientador: Professora Doutora Paula Diogo



Lisboa
2021

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DA CRIANÇA	5
CONCLUSÃO.....	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório integrada no 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

A reflexão foi realizada no decorrer do estágio que se concretizou na Unidade de Desenvolvimento Infantil, integrada no Guia Orientador das Atividades de Estágio, dando resposta a um dos objetivos a que me propus, desenvolver estratégias de gestão emocional da criança e família em contexto de consulta de desenvolvimento infantil. Após a realização da caixinha das emoções, uma atividade também integrada no objetivo acima referido, foi preponderante a realização da presente reflexão o que permitiu refletir sobre o desenvolvimento emocional da criança e a sua importância para um crescimento infantil harmonioso. Esta relação entre a compreensão emocional e o desenvolvimento infantil é fundamental para sustentar e auxiliar a criança no seu desenvolvimento saudável (Franco & Santos, 2015).

A família da criança assume um papel preponderante no seu crescimento e desenvolvimento, dando-lhe segurança, estimulando-a, mas também é vista como um exemplo para a criança, pelo que é essencial não descorar do brincar visto que este proporciona extensos benefícios na criança. A criança ao brincar expressa o que sente e concomitantemente organiza e gere as emoções e sentimentos.

Ao longo do crescimento da criança são várias as etapas do desenvolvimento infantil que o caracterizam, pelo que, estas representam momentos de crescimento e aprendizagem que incorporam experiências vividas pela criança e, concomitantemente, estas complementam-se. Ao longo da presente reflexão serão aprofundados conceitos fundamentais perante a temática exposta, refletindo também na experiência vivenciada na Unidade de Desenvolvimento Infantil.

1. O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DA CRIANÇA

A criança está em constante crescimento e desenvolvimento e durante este processo ocorre a aquisição de habilidades físicas, cognitivas, motoras e emocionais. Esta evolução é necessária e segundo Erik Erikson (1976) o desenvolvimento é composto por oito etapas, sendo conhecidas pelas 8 idades do Homem ou a Teoria do Desenvolvimento Psicossocial. A primeira idade, confiança básica versus desconfiança básica, é a fase em que o recém-nascido estabelece uma relação de dependência especialmente com a mãe. As mães criam nos filhos um sentimento de confiança em si e no ambiente que os rodeia, cuidando deles e satisfazendo as necessidades individuais da criança. Mas pode surgir o sentimento de desconfiança, pelo que este tem repercussões no desenvolvimento e crescimento da criança. Na segunda idade, autonomia versus vergonha e dúvida, é caracterizada pelo desenvolvimento da autonomia da criança em que começa a manipular objetos. Percebe o que quer e o que não quer expressando-o através do grito ou do choro. Os pais devem ter uma atitude tranquilizadora guiando a criança na sua autonomia com o intuito de não permitir que a criança se volte contra si, sinta raiva e/ou vergonha. Também podem surgir sentimentos de dúvida associados a comportamentos repreensivos dos pais. A iniciativa versus culpa, é a terceira idade e é caracterizada pela iniciativa, a criança evolui na componente física, mental e emocional mostrando-se “mais ela mesma” (Erikson, 1976, p.234) expandindo-se em outras áreas de forma criativa e social. Começa a dar outro sentido ao brincar e tem uma maior percepção do outro e da individualidade. Também é uma fase em que pode surgir a rivalidade e os ciúmes em relação à mãe com os irmãos ou pessoas que se encontrem ao redor, o fracasso relativo à iniciativa desenvolve o sentimento de culpa o que consequentemente leva à ansiedade. A indústria versus inferioridade representa a quarta idade, é nesta fase que a criança desenvolve os seus conhecimentos e habilidades de acordo com os seus interesses, tornando-se competentes no trabalho desenvolvido, tendo como exemplo os seus pais ou pessoas próximas. É importante encorajar, apoiar e incentivar a criança na escola para que esta sinta confiança nas suas habilidades e não tenha o sentimento de inadequação ou inferioridade. Esta é também uma das fases mais decisivas socialmente visto que implica a interação com os pares. A identidade versus confusão de papel diz respeito à quinta idade e é onde começa a juventude. A adolescência é um período em que se questiona tudo o que

anteriormente se acreditava, iniciando-se assim a procura da identidade. Este é um período de drásticas e autoconscientes transformações biológicas. A preocupação com o que são e como são vistos pelos outros é notória, questionando o seu percurso até ao momento. A procura de um novo sentido e a construção de uma identidade é emergente para eles, estes necessitam compreender o seu lugar na sociedade e perceber a sua individualidade, com respeito pelo outro. Por vezes, pode acontecer não se reconhecerem nos novos papéis o que fomenta uma confusão de papel. Na sexta idade, intimidade versus isolamento, o jovem adulto, que foi resultado da procura de uma identidade é capaz de assumir compromissos significativos (com os outros, com o trabalho) aproximando-se de pessoas com valores, gostos e interesses comuns mesmo que para isso sejam necessários sacrifícios. Esta socialização acontece em diferentes contextos, mas pode levar também à incompreensão (ou por parte do próprio ou por parte dos outros) o que potencia o isolamento. A sétima idade, generatividade versus estagnação e a oitava, integridade do ego versus desesperança, correspondem à idade adulta.

Cada etapa do desenvolvimento infantil é experienciada de diferentes formas pela criança e família (Horta & Soares, 2021), sendo que esta última assume um papel preponderante. As atitudes da família dirigidas à criança tornam-se um modelo de comportamentos emocionais futuros (expressão emocional, estratégias de lidar com as emoções, crenças) (Horta & Soares, 2021). Assim, podemos entender que o fator ambiental é facilitador do desenvolvimento emocional da criança, permitindo que a mesma desenvolva as suas potencialidades (Carmo, Silva & Tokuda, 2016; Horta & Soares, 2021).

Tem-se observado um avanço no estudo das emoções e como estas são importantes para o desenvolvimento infantil. Assim, é fundamental definir os conceitos de sentimento e emoção para a melhor compreensão da temática. O sentimento revela “um estado interior, a experiência íntima de alguém” (Diogo, 2015, p.23). Não é possível observar um sentimento, mas “podemos observar o efeito de um sentimento ou os sinais que indicam os sentimentos de alguém” (Diogo, 2015, p.23). Enquanto que a emoção são processos de sentir e, ao mesmo tempo, são conjuntos complicados de respostas químicas, que se manifestam através de mecanismos neurofisiológicos (Diogo, 2019). Goleman (2012) interpreta “a emoção referindo-se a um sentimento e aos raciocínios daí derivados, estados psicológicos e biológicos, e o leque de propensões para a ação” (p. 302). Enquanto que o sentimento faz referência

ao estado interior, diz respeito à mente, as emoções são o corpo (Diogo, 2015). Desta forma, a compreensão emocional é um componente essencial para o melhor entendimento do desenvolvimento infantil.

Assim, surge o conceito de inteligência emocional que segundo Goleman (2012) engloba 5 características: - Conhecer as nossas próprias emoções, tendo a capacidade de reconhecer um sentimento enquanto ele está a acontecer, ou seja, ter consciência das emoções; - Gerir as emoções, em que é fundamental lidar com as sensações de modo apropriado sendo uma capacidade que nasce do autoconhecimento; - Motivarmo-nos a nós mesmos, com enfoque no autocontrolo emocional; - Reconhecer as emoções dos outros, através da empatia que é outra capacidade que nasce da consciência; - Gerir relacionamentos, a arte de nos relacionarmos é, em grande medida, a aptidão para gerir as emoções dos outros. O mesmo é defendido por Denham, Zinsser & Bailey (2011) quando referem que a inteligência emocional diz respeito a um conjunto de habilidades em que a pessoa percebe, avalia e expressa emoção, usam as emoções para facilitar o pensamento, compreendem os antecedentes e consequências das emoções e regulam as suas emoções e as dos outros. Segundo os mesmos autores estas habilidades integram o conceito de competência emocional. Verifica-se que existe uma grande inconsistência na terminologia utilizada, contudo a maioria dos autores utiliza o conceito de competência emocional para referir-se à inteligência emocional (Franco & Santos, 2015).

Logo após o nascimento os recém-nascidos através do seu comportamento demonstram as suas emoções, estes sinais ou pistas dos sentimentos do bebé são fatores importantes do desenvolvimento. Estes conseguem demonstrar prazer, interesse, perturbação (em resposta à dor) mas também repugna (em resposta a sabores ou odores desagradáveis), possíveis de identificar através do choro e do sorriso (que surge por volta das 3 a 6 semanas) (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Estas capacidades inatas e que se desenvolvem rapidamente permitindo o reconhecimento de emoções através da socialização ocorrem imediatamente após o nascimento (Franco & Santos, 2015). Nos primeiros 6 meses reconhece-se emoções básicas como a raiva, a surpresa, a alegria, o medo, a tristeza e a timidez, com o seu crescimento é possível identificar cada vez emoções mais complexas. Dos 18 aos 24 meses podemos identificar a empatia, o ciúme e o embaraço, é também uma fase em que a criança desenvolve a linguagem o que facilita a socialização emocional (Franco

& Santos, 2015). As emoções dirigidas para o self, como a vergonha, a culpa e o orgulho só se desenvolvem depois dos 2 ou 3 anos, visto que é necessário que as mesmas adquiram autoconhecimento (Franco & Santos, 2015; Horta & Soares, 2020; Papalia, Olds & Feldman, 2001). A capacidade de nomear verbalmente as emoções e de proceder à sua identificação não verbal, aumenta dos dois aos quatro anos de idade (Franco & Santos, 2015). Dos quatro aos cinco anos as crianças compreendem que as pessoas possuem desejos, mas também crenças e que essas crenças podem interferir com a reação emocional da pessoa à situação (Franco & Santos, 2015). Segundo os mesmos autores “aos sete anos, as crianças podem considerar que duas emoções podem estar presentes ao mesmo tempo, mas apenas se ambas forem positivas ou negativas e dirigidas ao mesmo alvo” (p.345). Dos 9 aos 11 anos as crianças começam a perceber que uma determinada situação pode desencadear sentimentos diferentes se for encarada de perspectivas diferentes (Franco & Santos, 2015).

O reconhecimento e compreensão das emoções nas crianças, tanto das suas emoções como das emoções dos outros é essencial para o processo de socialização, permitindo compreender como a criança futuramente irá interagir com o outro (Horta & Soares, 2021). Esta consciencialização das emoções auxilia as crianças a controlarem as suas emoções, mas também a serem sensíveis às emoções dos outros (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Estas características são fundamentais para o desenvolvimento da inteligência emocional (Goleman, 2012) conforme foi referido anteriormente. Apesar da compreensão emocional surgir por volta dos 3 anos de idade, esta por vezes é dificultada quando falamos de emoções simultâneas, neste caso, a criança tem dificuldade em reconhecer que podem ser experienciadas diferentes reações emocionais ao mesmo tempo (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Segundo os mesmos autores esta compreensão ocorre gradualmente entre os 4 e os 12 anos, conforme o desenvolvimento da criança. Os autores Horta & Soares (2021) referem que nos primeiros três anos de vida é quando ocorrem intensas atividades cerebrais e um grande desenvolvimento emocional.

Durante o estágio que decorreu na Unidade de Desenvolvimento Infantil foi possível observar e interagir com crianças nos diferentes estádios de desenvolvimento, assim como nas diferentes fases de acompanhamento. Este acompanhamento era realizado através do contato com a criança e família, com foco nos cuidados não traumáticos assim como nos cuidados centrados na família em que

se recorria ao brincar. Este é considerado como uma atividade vital para que a infância seja vivida em plenitude e a vida adulta harmoniosa (Ferreira & Villela, 2018). O mesmo é defendido por Chaves & Wiezzel (2015) quando referem que é através do brincar que a criança consegue lidar com os impulsos e sentimentos, sejam eles de agressividade ou outros como a angústia, o medo, a alegria. Conforme afirma Goleman (2012) “cada emoção representa uma diferente predisposição para a ação” (p.18). Durante as consultas era possível avaliar o desenvolvimento infantil com foco também na componente emocional. Esta avaliação era realizada com recurso ao brincar, além do prazer que as crianças têm em brincar este também é uma forma que estas têm de se expressar (Ferreira & Villela, 2018). Do decorrer da avaliação era perceptível e, várias vezes os pais referiam que a criança fazia muitas “birras”. Segundo a autora Wong (2014) as birras são indicadoras da incapacidade de controlo emocional, desde cedo as crianças regulam as suas emoções consciencializando-se do que estão a sentir, monitorizando-as e modificando-as consoante a necessidade para que estas emoções ajudem a superar situações desafiantes e que não tenham o efeito contrário. Foi também bastante importante envolver a família no brincar, é importante participar e incentivar a criança na sua capacidade inata de brincar (Ferreira & Villela, 2018). O que se observou é que muitas vezes as crianças brincavam sozinhas, ou com os irmãos, que por vezes eram mais novos, o que é fundamental na interação com o outro, mas neste caso o objetivo era na estimulação da linguagem, ou da psicomotricidade, ou mesmo do desenvolvimento emocional. Também era passível de identificar crianças que ficavam várias horas expostas a ecrãs (TV, tablets, computadores) o que não é benéfico para o seu desenvolvimento. Muitas vezes a rotina torna-se difícil e a família referia que a gestão do tempo era um verdadeiro desafio pelo que a nossa intervenção era concretizada com enfoque na criança, mas também na família. Realizávamos ensinamentos no âmbito das atividades promotoras do desenvolvimento, enfatizando a importância de priorizar tanto atividades físicas como as socioemocionais permitindo que a criança desenvolva as várias vertentes, sendo o desenvolvimento emocional uma delas (Horta & Soares, 2021). Conforme descrito no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018) o enfermeiro especialista identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico, demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento, avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem,

transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil e facilita a comunicação expressiva de emoções. Também a Direção-Geral da Saúde (2013) refere no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil que o desenvolvimento emocional integra os cuidados antecipatórios, desde a primeira consulta até aos 9 meses é avaliada a relação emocional da criança, dos 12 meses aos 8 anos procede-se à avaliação de relação emocional e o comportamento da criança e dos 10 anos aos 18 anos é avaliada a parte da socialização tendo em conta os amigos e a família. Reforçando assim a importância que o desenvolvimento emocional apresenta no desenvolvimento infantil.

CONCLUSÃO

É evidente que a idade é preponderante nos recursos da compreensão emocional que a criança apresenta, com o seu crescimento a consciencialização das emoções e das experiências vivenciadas torna-se evidente. Mas desde cedo que este desenvolvimento emocional ocorre sendo caracterizado por várias mudanças cognitivas e comportamentais na criança. Foi possível perceber que a família também assume um papel preponderante no desenvolvimento emocional da criança, permitindo que a mesma adquira inteligência emocional. Esta inteligência emocional engloba habilidades para expressar, interpretar e regular as emoções vivenciadas, bem como entender as emoções dos outros.

O descontrolo emocional pode acarretar consequências arrasadoras como ansiedade, depressão, transtorno de personalidade e dificuldades na socialização impedindo um desenvolvimento infantil harmonioso (Horte & Soares, 2021). Muitos problemas emocionais iniciam-se na infância, podemos observar no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) que o investimento na prevenção das perturbações emocionais e do comportamento constitui uma prioridade.

Em suma, para um desenvolvimento infantil saudável e equilibrado é essencial ter em consideração a componente física, cognitiva, motora e emocional. O equilíbrio entre estas componentes é facilitadora de um desenvolvimento infantil harmonioso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carmo, A., Silva, R. & Tokuda, A. (2016). O Desenvolvimento Emocional na Perspectiva Winnicottiana: Reflexões sobre a influência na tecnologia. *Revista Conexão Eletrônica*, 13(1), 1-12. Acedido 10-02-2022. Disponível em: http://www.aems.edu.br/conexao/edicaoanterior/Sumario/2016/downloads/3.%20Ci%C3%A7%C3%A2ncias%20Sociais%20Aplicadas%20e%20Ci%C3%A7%C3%A2ncias%20Humanas/055_Psicologia%20-%20O%20Desenvolvimento%20Emocional....pdf;
- Chaves, C. & Wiezzel, A. (2015). Desenvolvimento Emocional Infantil e o Brincar como Intermédio de Condutas Agressivas. In Diálogos da Extensão: do saber académico à prática social, 8º Congresso de extensão universitária da UNESP. PROEX, São Paulo;
- Denham, S., Zinsser, K. & Bailey, C. (2011). Emotional intelligence in the first 5 years of life. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, 1-7;
- Diogo, P. (2015). *Trabalho Com As Emoções Em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar* (2º ed.). Loures: Lusociência;
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;
- Erikson, E. (1976). *Infância e Sociedade*. 2ª Edição. Brasil: Zahar Editores;
- Franco, M. & Santos, N. (2015). Desenvolvimento da Compreensão Emocional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(3), 339-348;
- Ferreira, F. & Villela, F. (2018). O Desenvolvimento Emocional Infantil e o Lúdico: a Escola como Espaço do Brincar. *Colloquium Humanarum*, 15(2), 420-424. Acedido 09-02-2022. Disponível em: <http://www.unoeste.br/site/enepe/2018/suplementos/area/Humanarum/Educa%C3%A7%C3%A3o/O%20DESENVOLVIMENTO%20EMOCIONAL%20INFANTIL%20E%20O%20L%C3%9ADICO%20A%20ESCOLA%20COMO%20ESPAA%C3%87O%20DO%20BRINCAR.pdf>;
- Goleman, D. (2012). *Inteligência Emocional*. 17ª edição. Lisboa: Temas e Debates;
- Horta, K. & Soares, A. (2021). Marcos do Desenvolvimento Emocional na Infância. *Pedagogia em Ação*, 16(2), 152-157;

- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2001). *O Mundo da Criança*. 8ª edição. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal;
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência;
- Wilson, D. (2014) Promoção da Saúde da Criança em Idade *Toddler* e da Família In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (p.587 -682). Loures: Lusociência;
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. Diário da República, II Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194.

Apêndice VIII: Entrevista a Perito- Estratégias de enfermagem que potenciam a gestão emocional intensa vivenciada pela criança e família em processo paliativo



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

Entrevista a Perito

Ana Margarida Santos Ferreira Brito



Lisboa
2021



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

Entrevista a Perito

Ana Margarida Santos Ferreira Brito



Orientador: Professora Doutora Paula Diogo



Lisboa
2021

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. PLANO DE ENTREVISTA.....	6
2. ENTREVISTA.....	7
3. CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

INTRODUÇÃO

A doença e a hospitalização de uma criança podem ocorrer durante o seu crescimento e desenvolvimento o que causa um forte impacto no seio familiar (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). Assim, o diagnóstico de uma doença crónica complexa, limitante e/ou ameaçadora de vida da criança concorre para a vivência de sentimentos e emoções intensos e perturbadores tanto para a criança e família como para o enfermeiro, com um forte impacto emocional. A gestão desta vivência é considerada um grande desafio para a equipa de enfermagem, tendo o enfermeiro uma intervenção fundamental na superação e adaptação da criança e família ao processo de saúde-doença. A necessidade de mobilizar estratégias potenciadoras da gestão emocional e a reflexão sobre as mesmas avaliando o seu impacto na criança e família é essencial, construindo um novo saber.

Segundo Benner (2001) as enfermeiras “peritas podem descrever situações clínicas onde a sua intervenção fez a diferença, uma parte dos conhecimentos decorrente da sua prática torna-se visível e, é com esta visibilidade que o realce e reconhecimento da perícia se tornam possíveis” (p.61). Assim, optei por realizar uma entrevista a perito com o intuito de aceder a uma experiência clínica que será simultaneamente uma fonte de saberes experienciais e que constitui um subsídio valioso para a reflexão sobre as práticas de cuidar a criança em processo paliativo e sua família. A Enfermeira Ana Inês Costa é Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica com vasta experiência no cuidado à criança e jovem com cardiopatia e sua família, pós-graduada em Cuidados Paliativos Pediátricos e estudante de Doutoramento em Enfermagem, tendo discutido o projeto de tese “O Processo do trabalho emocional do enfermeiro que cuida de crianças com necessidades paliativas e pais em casa” pelo que considero a partilha do seu conhecimento e experiência enriquecedora e uma mais valia para o desenvolvimento do meu relatório.

Optei pela entrevista pois esta permite ao entrevistado partilhar a sua experiência e o seu saber a partir do foco principal proposto pelo entrevistador. A presente entrevista tem como objetivo identificar as estratégias utilizadas pelo enfermeiro perito que potenciam a gestão emocional intensa vivenciada pela criança e família em processo paliativo.

No decorrer da mesma foram respeitados os princípios de confidencialidade subentendidos, tendo sido solicitada previamente a colaboração da Enfermeira para

a realização da mesma. No término da entrevista foi realizado um agradecimento à entrevistada pela sua colaboração e disponibilidade, bem como a possibilidade de validar o documento redigido.

1. PLANO DE ENTREVISTA

Como guia para a sua realização elaborei um plano de entrevista que funcionou como orientador durante a mesma, composto por as seguintes questões:

- 1- Necessidades da criança e família em processo paliativo mais significativas em termos emocionais.
- 2- Experiência emocionalmente intensa no cuidado a crianças em processo paliativo e família.
- 3- Estratégias de enfermagem que utiliza para minimizar a experiência emocionalmente intensa vivenciada pela criança em processo paliativo e família.
- 4- Estratégias de enfermagem que utiliza para minimizar a experiência emocionalmente intensa vivenciada pela família da criança em processo paliativo. Os irmãos e os avós são também envolvidos nos cuidados prestados.
- 5- Estratégias utilizadas para regular a disposição emocional para cuidar perante situações de cuidados emocionalmente desafiantes para si.

2. ENTREVISTA

A entrevista foi realizada por videoconferência e teve a duração de 60 minutos. Foi entrevistada uma enfermeira perita, com 17 anos de experiência profissional. Iniciou funções em 2005 no Serviço de Cardiologia Pediátrica no Hospital Santa Marta, Centro Hospitalar Lisboa Central EPE até 2018, posteriormente, de 2018 a 2019 integrou a equipa numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Benfica do Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte, Administração de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, desde 2019 exerce funções na Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso. Pós-graduada em Cuidados Paliativos Pediátricos, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e estudante do Doutoramento em Enfermagem.

- 1- Necessidades da criança e família em processo paliativo mais significativas em termos emocionais.

Penso que, a idade da criança é significativa neste processo. As crianças em idade escolar e os adolescentes que vivenciam uma doença crónica complexa e que conseqüentemente, são submetidos a hospitalizações frequentes, referem emoções de tonalidade negativa como incerteza e medo. Os seus pais que além do cansaço físico por acompanharem a criança durante um longo período de tempo, também a convivência com a doença se encontra impregnada de emoções de tonalidade negativa como a tristeza e a depressão. Os pais descansam em cadeirões durante o internamento da criança e sentem a obrigação de estar presentes, penso que isto é algo que necessita ser desmistificado. Os pais da criança necessitam de sair, estar com os amigos, almoçar ou jantar fora do hospital, é fulcral terem tempo para eles próprios, mas também tempo em casal prevenindo que o afastamento do casal ocorra, o que é bastante frequente nestes casos.

No internamento de Cardiologia Pediátrica as hospitalizações são maioritariamente longas, muitas das crianças aguardam meses por um coração disponível ou por um tratamento medicamentoso ou cirúrgico inovador. No decorrer deste processo as crianças reconhecem que não estão bem e que estão diferentes, são confrontadas com a alteração da autoimagem, a diminuição da mobilidade, vendo-se afastadas da escola, da família e dos amigos, todos estes fatores causam um forte

impacto na sua vida. O choque e a negação, a verbalização do “não quero isto!”, “como é que a minha vida mudou tanto?!” mas também a depressão e a incerteza quanto ao futuro são vivenciadas pelas crianças e suas famílias. Os adolescentes, que já tinham planos para a sua vida futura não os conseguem atingir, os dias passam sem objetivo e não fazem nada de diferente.

A criança e sua família necessitam de apoio e suporte por parte dos enfermeiros e acima de tudo, de comunicação. Muitas vezes, o pai que não está tão presente durante o internamento tem dificuldade em acompanhar o decorrer do mesmo, ocorrendo uma ausência de notícias positivas. Frequentemente, os pais referem que têm dificuldade em comunicar com os profissionais o que acentua as emoções de tonalidade negativa, podendo levar ao confronto da família com os profissionais o que fragiliza a relação de cuidados. A angústia sentida pelos pais no que diz respeito ao futuro, pode ser acentuada ou minimizada pelos enfermeiros.

2- Experiência emocionalmente intensa no cuidado a crianças em processo paliativo e família.

Na prestação de cuidados a crianças com doença crónica complexa o enfermeiro sente medo do ambiente de cuidados, pois este é muitas vezes pesado, mas também das perguntas que a criança e família possam colocar, ou das perguntas que coloca a si próprio “o que é que faço para aliviar o sofrimento desta criança e família?”. Somos bastante flexíveis, mas a parte emocional é intensa e torna-se bastante cansativa. Cuidar destas crianças é bastante enriquecedor, mas também é intenso sendo necessário ter em conta o desgaste emocional que causa no enfermeiro, pois gostamos deles, conhecemo-los e sabemos as suas necessidades. É fundamental o equilíbrio no envolvimento emocional para não levar ao distanciamento na prestação de cuidados e na relação. A intervenção conjunta com o intuito de definir estratégias para prevenir a exaustão emocional do enfermeiro é fulcral, pois o medo de errar nas decisões que se tomam é grande.

A dor no adolescente e a preparação para o luto são ambas vivências de cuidados bastante difíceis e representam-se como situações emocionalmente exigentes para o enfermeiro. Este também sente tristeza perante a situação da criança e família, mas apesar do que vivência é potenciador de esperança, sendo que esta promoção da esperança necessita de ser realista e representa um verdadeiro desafio para os enfermeiros.

Na minha experiência, considero que as crianças que se encontram em idade escolar ou os adolescentes são as “mais difíceis” pois estas têm uma maior consciência da perda gradual que vão tendo.

- 3- Estratégias de enfermagem que utiliza para minimizar a experiência emocionalmente intensa vivenciada pela criança em processo paliativo e família.

Considero que a utilização de estratégias de enfermagem com vista à promoção de atividades que as crianças gostem e se interessem é importante, como a estimulação da escrita do diário, a leitura, a música, passear, ir à cafetaria. Promover a esperança a curto prazo na criança e família aliada à esperança realista é também fundamental durante o processo paliativo. É possível se olharmos para os objetivos de vida da criança, realizar em parceria um plano antecipado de vontade não estando este apenas relacionado com o diagnóstico.

A espera do diagnóstico e do tratamento por tempo indefinido é emocionalmente difícil para a criança e família. Para responder às suas necessidades é fundamental conhecer bem a criança e sua família o que é possível através da relação que se desenvolve nas interações de cuidados. Muitas famílias encontram esperança e conforto em Deus. Gosto de satisfazer as suas vontades, necessidades e desejos, mas há outros que não consigo visto que não dependem apenas de mim.

- 4- Estratégias de enfermagem que utiliza para minimizar a experiência emocionalmente intensa vivenciada pela família da criança em processo paliativo. Os irmãos e os avós são também envolvidos nos cuidados prestados.

Os irmãos, avós, ou pais, não se apercebem da evolução da doença, dependendo da pessoa significativa que acompanha a criança. Muitas vezes a irmã não visitou a irmã internada nem mesmo antes da morte ocorrer, levando à vivência de sentimentos e emoções intensas como impotência, frustração e tristeza com interferência direta no processo de luto.

As visitas frequentes da família durante o internamento são fundamentais para a promoção de um ambiente familiar e de esperança, sendo também importantes na tomada de consciência dos familiares. Mesmo a família afastada é fulcral que acompanhe a criança e família no processo paliativo, que se façam presentes de

forma calorosa, que se abracem, que vejam, que sintam, que levem a comida favorita contribuindo para um ambiente mais confortável e acolhedor o que fomenta a normalidade. Para a pessoa que acompanha a criança maximiza a coragem para continuar. A explicação de procedimentos e informações, a promoção do sono, o descanso e a alimentação, são necessidades básicas que proporcionamos à família e criança atenuando o cansaço e a exaustão. Assim, é importante fazer algo diferente de forma estruturada, sem que os pais se sintam culpados por sair, é uma necessidade para os mesmos fazerem algo que gostam fora do ambiente de tensão potenciando as relações humanas significativas, para que estes se sintam bem e que acompanhem a criança da melhor forma possível.

5- Estratégias utilizadas para regular a disposição emocional para cuidar perante situações de cuidados emocionalmente desafiantes para si.

Vivenciamos diariamente situações diferentes e desafiantes, pelo que a análise do que não está a ser bom para nós e a identificação das emoções associadas à situação é fundamental para o nosso bem-estar emocional. Refletir sobre o que está a acontecer, a partilha de situações com colegas de trabalho ou com outras pessoas de fora, que vão olhar para a situação de maneira diferente de quem trabalha connosco, caminhar, apanhar ar e ouvir música são estratégias utilizadas pelos enfermeiros na sua gestão emocional. Estas estratégias aliviam as preocupações e a carga que sentem, pois frequentemente, trazem para casa coisas que deviam ter ficado no trabalho. As estratégias utilizadas podem ser individuais, em que é necessário autoconhecimento, ou estratégias de trabalho. A equipa e o ambiente da equipa é fundamental, a criação de espaços de partilha, reconhecer o cansaço de algum elemento ainda antes que ele verbalize, ou mesmo a mudança do enfermeiro responsável pela criança naquele dia permitem regular a disposição emocional para cuidar. Esta compreensão, aceitação e responsabilidade por parte da equipa com o elemento que se sente mais cansado e o conhecimento dos diferentes elementos da equipa tem um papel fundamental no bem-estar e alegria no local de trabalho, o que potencia a motivação e evita o *burnout*. O olhar para cada um e perceber como cada um pode ajudar no bem-estar de todos é parte integrante do espírito de equipa, essencial para o crescimento da equipa, mas também para o desenvolvimento pessoal e individual no seio da equipa. A criação de relações fora do ambiente

hospitalar e o conhecer o outro num ambiente exterior ao trabalho é potenciador de comportamentos que promovem o desenvolvimento da equipa.

As situações que nos acontecem ficam circunscritas a um espaço e tempo, estas acontecem naquele momento e levam-nos a tomar decisões com base nas informações que dispomos e surgem muitas vezes as preocupações associadas à dúvida de se ter tomado ou não a melhor decisão. Nas diferentes situações de cuidados experienciadas e na minha vida tomo decisões em função disso, da informação que disponho, mas vários são os fatores que influenciam essas decisões como o cansaço, sendo fundamental gerir as emoções de tonalidade negativa com o intuito que estas não interfiram com as emoções de tonalidade negativa dos pais. Gerirmos os conflitos com os pais, perdoarmos o outro e perdoarmo-nos a nós mesmos é fundamental na gestão emocional. Temos que pensar sobre a situação emocionalmente intensa e olhar livremente para ela, isto deixa todos muito mais livres, assim, não se gere culpa muitas vezes presente nos enfermeiros e família. A culpa pela doença, a culpa por sentirem que em algum momento erraram, mas nesse momento é necessário identificar e acolher o que se está a sentir pois todos nós podemos errar.

3. CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A realização da presente entrevista permitiu aprofundar conhecimentos sobre as estratégias utilizadas pelo enfermeiro perito que potenciam a gestão emocional intensa vivenciada pela criança e família em processo paliativo.

A vivência do processo de saúde-doença é experienciada de diferentes maneiras pela criança e podemos perceber que é influenciado pelo seu estágio de desenvolvimento. Crianças que apresentam uma maior consciência do eu e do mundo exterior tendem a experienciar emoções intensas e perturbadoras. Mas também a família experiencia essa emocionalidade intensa, o conhecimento profundo da criança e família pelo enfermeiro é fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem especializados permitindo dar resposta às necessidades da criança e família, com foco na dimensão emocional. Nas interações de cuidados os enfermeiros confrontam-se com experiências negativas, associadas ao sofrimento vivido pela criança e família. Com o intuito de minimizar a sua intensidade utilizam estratégias que potenciam a transformação positiva das emoções. Para o enfermeiro o sofrimento vivido pela criança e família é possível de ser transformado se estes forem ajudados, não permitindo que o mesmo evolua para uma crise. Estas estratégias que levam ao alívio do sofrimento permitem também sentir um maior controlo perante as emoções e geri-las (Diogo, 2015). É fulcral gerir a emocionalidade intensa vivenciada pela criança e família, mas também as emoções perturbadoras e intensas experienciadas pelo enfermeiro, fundamental na regulação da disposição emocional para cuidar.

Ao longo da entrevista foram descritas as diferentes estratégias utilizadas pelo enfermeiro perito que potenciam a gestão emocional intensa vivenciada pela criança e família em processo paliativo, sendo que muitas destas estão integradas nas conceções teóricas que sustentam o projeto em desenvolvimento.

Assim, o trabalho realizado possibilitou a utilização da técnica da entrevista o que promoveu a auto e heteroreflexão sobre as práticas de cuidados vivenciadas na prestação de cuidados à criança e família em processo paliativo.

Pelo que, enquanto futura enfermeira especialista o desenvolvimento da presente entrevista foi fundamental para o desenvolvimento de competências descritas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018) sendo estas, diagnosticadas precocemente e intervêm nas doenças comuns e nas situações de

risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade; comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde. Foi possível também o desenvolvimento de competências descritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) em que promove a proteção dos direitos humanos; promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção; detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro; suporta a prática clínica em evidência científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner; P. (2001) *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora;
- Diogo, P. (2015). *Trabalho Com As Emoções Em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar* (2º ed.). Loures: Lusociência;
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. Diário da República, II Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194;
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Assembleia da República. Diário da República, II Série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750.

Apêndice IX: Emocionalidade Vivenciada pela
Família da Criança em Processo Paliativo



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

Emocionalidade Vivenciada pela Família da Criança
em Processo Paliativo

Ana Margarida Santos Ferreira Brito

Lisboa
2021



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

Relatório de Estágio

Emocionalidade Vivenciada pela Família da Criança
em Processo Paliativo

Ana Margarida Santos Ferreira Brito



Orientador: Professora Doutora Paula Diogo



Lisboa
2021

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. EMOCIONALIDADE VIVENCIADA PELA FAMÍLIA DA CRIANÇA EM PROCESSO PALIATIVO.....	5
CONCLUSÃO.....	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório integrada no 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

A reflexão foi realizada no decorrer do estágio que se concretizou num serviço de internamento de pediatria, integrada no guia orientador das atividades de estágio, dando resposta a um dos objetivos a que me propus, desenvolver estratégias de gestão emocional da criança e família com necessidades paliativas.

O processo de saúde-doença da criança afeta não só a vida da própria criança, mas também causa um forte impacto na família o que concorre para a vivência de emoções intensas e perturbadoras (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). Além dos efeitos da separação esta nova condição leva, inevitavelmente, à emergente reestruturação do sistema familiar com a necessidade de alteração de papéis e rotinas no seio familiar (Sanders, 2014).

O cuidar em enfermagem pediátrica tem vindo a ser desenvolvido como um processo relacional com um grande envolvimento emocional, sendo intrínseca a gestão do fluxo das emoções, daí que seja consciente a sua utilização por parte dos enfermeiros com o intuito da transformação positiva das emoções (Diogo, 2015).

A observação participativa dos cuidados a crianças e suas famílias em processo paliativo levou à realização da presente reflexão, identificando estratégias de gestão emocional e de comunicação utilizadas pela equipa de enfermagem do serviço de internamento de pediatria. Considero que estas foram fulcrais na gestão das emoções da criança e família, mas também na gestão emocional do enfermeiro. Ao longo da mesma serão abordados aspetos emocionais associados à vivência da criança em processo paliativo e sua família assim como a importância da comunicação no cuidar.

1. EMOCIONALIDADE VIVENCIADA PELA FAMÍLIA DA CRIANÇA EM PROCESSO PALIATIVO

A vivência de uma doença crónica complexa pela criança e família causa um forte impacto emocional. A criança em processo paliativo apresenta frequentemente condições clínicas, espirituais, emocionais e sociais complexas (Alves & Fontaine, 2016). O impacto sentido na criança é influenciado pela idade e, pode ter repercussões diretas no seu crescimento e desenvolvimento. Mas este diagnóstico também leva à vivência de emoções intensas e negativas pela família associadas à fase de diagnóstico e à dimensão fatal da doença, uma condição que é capaz de limitar ou condicionar a vida da criança, mas também associadas à necessidade de adaptação a uma nova realidade, com hospitalizações prolongadas e frequentes (Diogo, Sousa, Rodrigues, Rodrigues & Almeida, 2020). Este acontecimento conduz a alterações tanto na estrutura e dinâmica familiar como no ajuste emocional necessário, pelo que esta adversidade é encarada de diferentes maneiras no seio familiar (Nogueira & Ribeiro, 2020). Para algumas famílias esta vivência é caracterizada como perturbadora e stressante, porém, para outras constitui uma oportunidade de crescimento (Fontaine & Alves, 2016).

Várias são as emoções e sentimentos verbalizados pela família da criança no decorrer desta vivência prevalecendo o medo, o sofrimento, a revolta, a incerteza, mas também a esperança foi mencionada quando associada à perspectiva da cura e na conquista de bem-estar e qualidade de vida da criança (Alves & Fontaine, 2016). Assim, Diogo, Sousa, Rodrigues, Rodrigues & Almeida (2020) afirmam que a família vivência muitos sentimentos de conotação negativa “como desespero, sofrimento, ansiedade, medo, depressão, tristeza, desamparo ou incerteza quanto ao futuro” (p. 96).

Durante o estágio foi possível identificar vários sentimentos e emoções acima referidos, muitas vezes associados a internamentos frequentes e prolongados bem como aos tratamentos. Na equipa de enfermagem e através da observação dos cuidados prestados pela Enfermeira Orientadora foi possível identificar estratégias de gestão emocional que foram utilizadas como a dádiva de afeto através do sorriso, da voz embalada e suave, do olhar meigo, mas também na gestão emocional dos clientes através da gestão emocional de antecipação e da gestão das emoções reativas (Diogo, 2015). As estratégias utilizadas na gestão emocional de antecipação passam

por manter uma postura calma e carinhosa, mostrar disponibilidade, a preparação para procedimentos, o fornecer explicações/informações e favorecer a expressão de sentimentos, enquanto que na gestão das emoções reativas, os enfermeiros envolvem a família nos cuidados, explicam e esclarecem dúvidas, o colocar-se ao lado, fazer pausas, fomentar a esperança, dar carinho, encorajar e restringir (Diogo, 2015).

A capacitação e a adaptação da criança e família à doença e às múltiplas mudanças na vida diária e a gestão das emoções intensas vivenciadas desempenham um papel preponderante em todo este processo, tendo o enfermeiro uma intervenção primordial (Sanders, 2014). Assim, torna-se fundamental a prestação de cuidados holísticos e humanizados que permitem dar resposta às necessidades paliativas da criança e família, tendo em consideração os aspetos físicos, emocionais, sociais, culturais, espirituais e éticos (Cavalcante et al., 2018). O apoio e o envolvimento da família nos cuidados à criança são fundamentais ao longo do processo, sendo nestes incluída a família alargada como os avós e os irmãos, ou pessoas significativas para a criança e família.

O cuidar em enfermagem pressupõe a interação entre enfermeiro-criança-família, permitindo o desenvolvimento da relação terapêutica. Através desta interação o enfermeiro estimula a possibilidade de expressão e partilha emocional (Diogo, 2019). Por um lado, a pessoa que necessita de cuidados vivencia emoções intensas fruto do processo de saúde-doença e, por outro a pessoa (enfermeiro) experiencia emoções em resposta ao sofrimento vivido pelo outro, sendo esta gestão de emoções parte integrante do processo de cuidar (Diogo, 2019). Assim, o cuidar em enfermagem pediátrica tem vindo a ser identificado e desenvolvido como um processo relacional com um grande envolvimento emocional, pelo que, as emoções dão sentido não só à intervenção de enfermagem, mas também ao próprio cuidar o que promove a prestação de cuidados especializados à criança e família, aliando os cuidados emocionais aos cuidados técnicos. Este cuidado emocional está inerente à intencionalidade terapêutica através da dádiva de afeto no cuidar e na gestão das emoções na interação de cuidados, promovendo um ambiente seguro e afetivo, assim como a estabilidade na relação terapêutica (Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021). Segundo Watson (2012) o cuidar envolve vontade, valores, um compromisso para cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e de afeto e as suas consequências.

Considero que a comunicação adequada com a família e criança é um pilar essencial no cuidar, facilitando o desenvolvimento da relação terapêutica e a gestão

das emoções perturbadoras e intensas. Através da observação participativa nos cuidados foi possível identificar e mobilizar estratégias de comunicação. Esta comunicação assente na partilha, na relação e na transmissão de informação. Encorajar a família na expressão de sentimentos e emoções, na partilha de dúvidas, mas também o escutar a família é considerado um componente essencial que permite efetivar a comunicação (Hockenberry, 2014). Quando o objetivo de escutar é compreender a pessoa este requer especial atenção a todos os aspetos (comunicação verbal e comunicação não verbal), os silêncios também são fundamentais, visto que para escutarmos o outro é necessário estarmos em silêncio (Hockenberry, 2014). Os silêncios incorporam a comunicação não verbal, sendo parte integrante da comunicação, muitas vezes podem ser embaraçosos, mas também podem representar um momento de profunda troca de emoções e sentimentos, juntamente com a expressão facial, a postura e movimentos, o toque e o contato visual. É fundamental considerar que a comunicação tem que respeitar o ritmo e as necessidades da criança e família, para que a mesma seja eficaz e adequada. A empatia também é descrita por Hockenberry (2014) como bastante importante na comunicação pois esta permite “compreender o que a outra pessoa está a experienciar” (p.126). Conforme descrito no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018) o Enfermeiro Especialista” comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3.)” (p.19194).

Os cuidados de enfermagem especializados apresentam uma base de profundo conhecimento da criança e família visto que vários são os internamentos e a relação terapêutica desenvolve-se no decorrer das interações. Ao longo do processo paliativo o conhecimento mútuo entre a criança-família-enfermeiro aumenta, sendo fundamental dar ênfase à dimensão afetivo-emocional no cuidar. Assim, com o intuito de explicar o processo de uso terapêutico das emoções na prestação de cuidados surge o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica de Diogo, Modelo TEEP (Diogo, 2019). Este modelo permite orientar a prática dos enfermeiros no cuidar em pediatria guiando a sua intervenção na gestão da emocionalidade intensa vivenciada na sua prática, que acrescentam sofrimento à criança e sua família e que também têm o potencial de serem emocionalmente desgastantes para os enfermeiros (Diogo, 2019). Para tal, os enfermeiros necessitam de ter competência emocional.

Várias foram as situações de cuidados emocionalmente intensas vivenciadas ao longo do estágio e diariamente a equipa de enfermagem vivência emoções perturbadoras pelo que a sua gestão nem sempre é simples. Também estes necessitam regular a disposição emocional para cuidar, por várias vezes foi possível verificar que o faziam, maioritariamente, através da análise das experiências vivenciadas e do diálogo com os colegas sobre as mesmas partilhando o que sentiram com a experiência. Estas estratégias permitem que os enfermeiros consigam inibir ou induzir as suas próprias emoções de forma a transformarem as emoções perturbadoras e a continuarem a estar envolvidos emocionalmente no cuidar à criança e sua família (Diogo, 2015).

CONCLUSÃO

A vivência de uma doença crônica complexa tem um forte impacto emocional na criança e sua família, esta é uma realidade, necessitando de uma intervenção multidisciplinar e especializada. Muitos são os sentimentos e emoções vivenciados ao longo do processo paliativo, que podem diferir nas várias fases experienciadas. É importante identificar as necessidades da criança e sua família visando a sua satisfação, os enfermeiros apoiam e dão suporte, mas também promovem a capacitação e a adaptação a esta nova condição com o intuito de atenuar as emoções perturbadoras e potencializar o sentimento de normalidade.

A relação terapêutica que se desenvolve entre o enfermeiro, criança e família é fundamental para o cuidado emocional, esta potência a partilha e expressão emocional fundamentais na sua gestão (Diogo, 2015). A gestão das emoções é fundamental nas interações bem-sucedidas, assim, através da dimensão emocional na prática dos enfermeiros é possível mostrar sensibilidade e compreensão pelo Outro e, simultaneamente, lidar com a influência das emoções na sua pessoa (Diogo, 2015). Conforme descrito por Watson (2002) “a mente e as emoções da pessoa são as janelas da sua alma “(p.89).

Assim, os enfermeiros ao estarem conscientes da emocionalidade intensa vivenciada pela criança e família com necessidades paliativas, mas também da emocionalidade vivenciada pelo próprio enfermeiro face ao sofrimento do outro, proporcionam a transformação positiva das emoções promovendo a tranquilidade e o bem-estar e concomitantemente, previnem a sua exaustão emocional, visto que também estes necessitam de regular a sua disposição para cuidar (Diogo, 2019). Assim, o sofrimento é minimizado e enaltece-se o cuidado emocional levando à satisfação e gratificação da criança, da família e do enfermeiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2015). Trabalho Com As Emoções Em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar (2º ed.). Loures: Lusociência;
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2ª versão revista);
- Diogo, P., Costa, A. & Almeida, T. (2020). Trabalho emocional em Enfermagem: Uma revisão Scoping sobre os Contextos de Cuidados Pediátricos. *Revista Pensar Enfermagem*. 2(24), 43-64;
- Diogo, P., Freitas, B., Costa, A. & Gaíva, M. (2021). O cuidar em enfermagem pediátrica na perspectiva das emoções: de Nightingale à atualidade. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 74(4), 1-5;
- Diogo P. & Mendonça, T. (2019). Trabalho Emocional em Cuidados de Saúde: Uma revisão scoping. *Revista Pensar Enfermagem*. 23(1), 21-40;
- Diogo, P., Sousa, O., Rodrigues, A., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2020). Cuidar da Criança com Condição Crónica e de sua Família: Competência Emocional dos Enfermeiros Pediatras. *Proenf Saúde da criança e do adolescente*, 15(1), 81-117;
- 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;
- Fontaine, A. & Alves, S. (2016). Necessidades e Dificuldades Emocionais dos Pais Face à Doença Paliativa Pediátrica. *Atas- Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1302-1311;
- Goleman, D. (2012). *Inteligência Emocional*. 17ª edição. Lisboa: Temas e Debates;
- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In Hockenberry, M. & Wilson. D. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 6, (p. 122-132). Loures: LUSOCIÊNCIA;
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. Diário da República, II Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194;

- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In Hockenberry, M. & Wilson. D. Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 26, (p. 1025-1060). Loures: LUSOCIÊNCIA;
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência;
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. Canada: Jones & Bartlett Learning.

Apêndice X: Sessão de Formação em serviço para Enfermeiros em contexto de Serviço de Internamento – Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



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

Relatório de Estágio

O Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Ana Margarida Santos Ferreira Brito

Lisboa
2021

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

O Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Ana Margarida Santos Ferreira Brito



Orientador: Professora Doutora Paula Diogo



Lisboa
2021

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. PLANEAMENTO	5
2. IMPLEMENTAÇÃO	7
3. CARTAZ DE DIVULGAÇÃO	8
4. APRESENTAÇÃO.....	9
5. AVALIAÇÃO.....	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

INTRODUÇÃO

A história da enfermagem tem vindo a ser pesquisada e investigada continuamente e é com o desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência que foi possível apresentar novas conceções do cuidar, com foco nas dimensões física, sociocultural, técnica, espiritual e emocional (Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021).

Perante a hospitalização da criança que é caracterizada como uma experiência emocionalmente intensa para a criança, família e para o enfermeiro, a mesma é caracterizada pelo medo, incerteza e perda, tornando-se fundamental a expressão de emoções e sentimentos tanto da pessoa que recebe cuidados como dos que cuidam (Diogo, 2015). Desta forma, a atividade artística da enfermagem e do cuidar são baseadas na capacidade de uma pessoa receber expressões de sentimentos de outra pessoa (Watson, 2012) e saber gerir estes sentimentos e emoções no outro e no próprio, esta partilha assume-se como fundamental para a prestação de cuidados humanizados à criança e família (Diogo, 2015). Watson (2012) acrescenta que a atividade da arte de cuidar, surge pela interação humana numa situação do cuidar.

Assim, o trabalho emocional promove o bem-estar das pessoas em interação com influência positiva na experiência intensa vivenciada através de intervenções intrínsecas ao cuidar, os enfermeiros potenciam a gestão das emoções nos clientes e neles próprios (Diogo, 2015). Apesar deste constituir um campo de intervenção da enfermagem com resultados visíveis, contudo ainda é subvalorizado e frequentemente pouco consciente na prática dos enfermeiros (Diogo, 2019).

Desta forma, quando se verifica a necessidade de aprofundar um tema fundamental no cuidar como é o caso do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica, a formação em serviço torna-se facilitadora desta aprendizagem visto que constitui um método de transmissão e mobilização de conhecimentos e experiências. Como tal, foi planeada a realização de uma sessão de formação em serviço intitulada de “Estratégias de enfermagem que potenciam a gestão emocional da família da criança em processo paliativo”.

1. PLANEAMENTO

Tema: Estratégias de enfermagem que potenciam a gestão emocional da família da criança em processo paliativo.

Local: Sala de Enfermagem

Data: 17 de dezembro

Hora: 11h

Objetivo geral: Sensibilização dos enfermeiros sobre as estratégias de enfermagem que potenciam a gestão emocional da família da criança em processo paliativo.

Objetivos específicos:

- Definir Cuidados Paliativos Pediátricos;
- Identificar as necessidades da criança e família em processo paliativo;
- Explicitar a importância da comunicação eficaz no cuidar em enfermagem;
- Sensibilizar sobre a emocionalidade intensa vivida pela família da criança com necessidades paliativas;
- Refletir sobre o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica aprofundando as cinco categorias que o compõem.

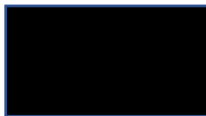
Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos e Atividades Pedagógicas	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	- Apresentação do tema; - Apresentação dos objetivos da sessão.	Expositiva	Computador	5 min
Desenvolvimento	- Cuidados Paliativos Pediátricos; - Necessidades da criança e família em processo paliativo; - Comunicação; - Comunicação não-verbal;	Expositiva	Computador	15 min

	-Emocionalidade vivida pela família da criança com necessidades paliativas; - Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica.			
Discussão	- Partilha de experiências.	Interativa	Computador	5 min
Conclusão	- Síntese do trabalho.	Expositiva	Computador	5 min

2. IMPLEMENTAÇÃO

Para que a sessão de formação em serviço se concretizasse foi realizada uma reunião com a Enfermeira Orientadora em que se procedeu ao levantamento das necessidades do serviço concluindo-se que a realização de uma sessão de formação em serviço aos profissionais era bastante pertinente. Posteriormente, reunimos com a Enfermeira Chefe que concordou com a pertinência da mesma pelo que, após o aval positivo foram disponibilizados os meios necessários para que a sessão se realizasse com êxito. Procedemos à elaboração do cartaz de divulgação tendo sido exposto na Sala de Enfermagem e simultaneamente, partilhado no grupo do serviço com o intuito de fomentar a participação do maior número de elementos da equipa. A sessão de formação em serviço foi agendada em conjunto com a Enfermeira Orientadora tendo em conta a possibilidade do serviço e dos enfermeiros, sendo também possível a sua realização por videoconferência com o objetivo de possibilitar a presença do maior número de participantes.

3. CARTAZ DE DIVULGAÇÃO



Serviço Pediatria



Estratégias de enfermagem que potenciam a gestão emocional da família da criança em processo paliativo

➤ Internamento Pediatria

17 de dezembro de 2021

11h

Ana Margarida Brito

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

4. APRESENTAÇÃO

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

Estratégias de enfermagem que potenciam a gestão emocional da família da criança em processo paliativo

Discente:
Ana Margarida Brito nº10494



Docente orientadora:
Prof.ª Doutora Paula Diogo
Enfermeira Maria Rufino

Lisboa
17 de dezembro
2021

SUMÁRIO

- Objetivos da sessão;
- Cuidados paliativos pediátricos;
- Necessidades da criança e família em processo paliativo;
- Comunicação;
- Comunicação não-verbal;
- Emocionalidade vivida pela família da criança com necessidades paliativas;
- Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica;
- Síntese;
- Partilha de experiências;
- Referências bibliográficas.



OBJETIVOS DA SESSÃO

Objetivo geral:

- Sensibilização dos enfermeiros sobre as estratégias de enfermagem que potenciam a gestão emocional da família da criança em processo paliativo.

Objetivos específicos:

- Definir Cuidados Paliativos Pediátricos;
- Identificar as necessidades da criança e família em processo paliativo;
- Explicitar a importância da comunicação eficaz no cuidar em enfermagem;
- Sensibilizar sobre a emocionalidade intensa vivida pela família da criança com necessidades paliativas.
- Refletir sobre o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica aprofundando as cinco categorias que o compõem.

Definições

Prevenção e alívio do sofrimento da criança e sua família que enfrentam problemas associados a doenças crônicas, limitantes e/ou ameaçadoras de vida.

Doença Crônica Complexa

Qualquer situação médica para que seja razoável esperar uma duração de pelo menos 12 meses (exceto em caso de morte) e que atinja vários diferentes sistemas ou um órgão de forma suficientemente grave, requerendo cuidados pediátricos especializados e provavelmente algum período de internamento.

Condições limitantes de vida

Para as quais não há esperança de cura e resultará na morte da criança.

Condições ameaçadoras de vida

São condições em que o tratamento curativo pode ser viável mas pode falhar.

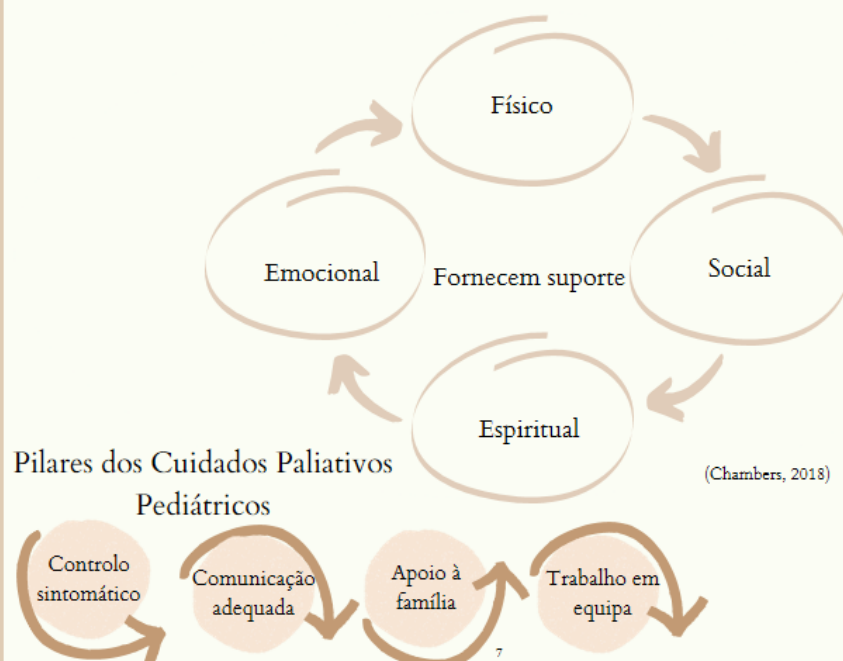
CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

- São cuidados ativos totais para o corpo, mente e espírito, envolvendo também o suporte à família, suportados assim, pela filosofia dos cuidados centrados na família;
- Iniciam-se no diagnóstico, fornecem acompanhamento durante todo o percurso da doença e estendem-se até à morte da criança, ocorrendo o apoio dos familiares no luto;
- Fornecem acompanhamento à criança e família tendo em conta as suas necessidades e preferências;
- É necessária uma abordagem multidisciplinar;
- Os profissionais de saúde devem avaliar e aliviar o sofrimento físico, psicológico e social da criança e família.

4

(World Health Organization, 2018); (Lacerda et al., 2014)

CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS



NECESSIDADES DA CRIANÇA E FAMÍLIA EM PROCESSO PALIATIVO

Diagnóstico ou reconhecimento

- Prognóstico e partilha de informações relevantes;
- Transferência e articulação entre o hospital e a comunidade.



Vivência do processo de saúde-doença

- Avaliação interdisciplinar;
- Elaboração de um plano de cuidados.



Cuidados em fim de vida

- Estabelecimento de um plano de fim de vida;
- Suporte no luto.



(Lacerda et al., 2014)

8

NECESSIDADES DA CRIANÇA E FAMÍLIA EM PROCESSO PALIATIVO

- Fornecimento de informação desde o início, de forma clara e honesta;
- Coordenação dos cuidados;
- Controlo da dor e dos sintomas;
- Sempre que possível, respeitar o local desejado pela criança e família para a prestação de cuidados, assim como a escolha do local de morte e o apoio no luto;
- Apoio social, emocional, psicológico e espiritual à criança e família;
- As crianças devem ter a oportunidade de manter o ensino escolar;
- O descanso do cuidador.

(Chambers, 2018)

9

COMUNICAÇÃO

- A comunicação é um dos pilares dos Cuidados Paliativos. Esta deve respeitar o ritmo e as necessidades da criança e família. Para ser eficaz, a comunicação tem que assentar na honestidade.

•••

Não é o que se diz, mas como se diz.

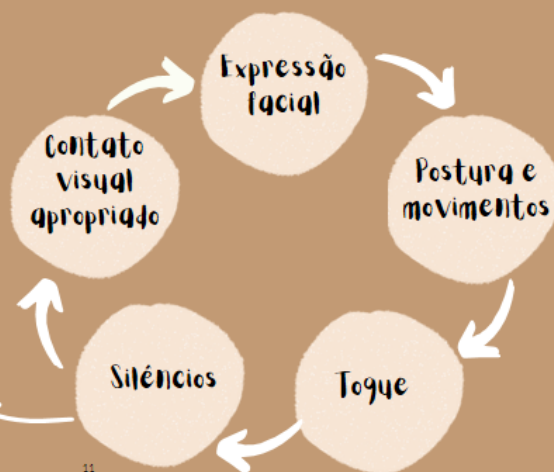


10

COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

- É através da comunicação não verbal que transmitimos a maioria das nossas emoções e sentimentos. Esta oferece um significado mais profundo e verdadeiro do que a linguagem verbal.

•Parte integrante da comunicação e são bastante frequentes nas relações;
•Muitas vezes são embaraçosos;
•Podem representar um momento de profunda troca de emoções e sentimentos;
•São fundamentais, porque para escutar o outro é preciso estar em silêncio.



11



EMOCIONALIDADE VIVIDA PELA FAMÍLIA DA CRIANÇA COM NECESSIDADES PALIATIVAS

A realidade perante o processo de saúde-doença da criança é um período impregnado de incerteza e angústia podendo emergir emoções exacerbadas e potencialmente perturbadoras.

O que leva à vivência de uma emocionalidade intensa pela criança e família, assim como pelo enfermeiro.

12

(Diogo, 2015)

EMOCIONALIDADE VIVIDA PELA FAMÍLIA DA CRIANÇA COM NECESSIDADES PALIATIVAS



Sofrimento

Apresenta-se na vivência do processo de saúde-doença da criança.

Angústia

É sentida pois a família pode oferecer o seu cuidado, mas não consegue reverter o estado de saúde da criança.

Medo

Pode estar associado à insegurança nos cuidados, por perder o ser cuidado ou devido à interação com sentimentos de perda e culpa.

(Fontaine & Alves, 2016)

- Desespero, ansiedade, depressão, tristeza, desamparo, ou incerteza quanto ao futuro.
(Diogo, Sousa, Rodrigues, Rodrigues & Almeida, 2020)

13

EMOCIONALIDADE VIVIDA PELA FAMÍLIA DA CRIANÇA COM NECESSIDADES PALIATIVAS

- A ciência do cuidar não pode permanecer indiferente às emoções humanas. (Watson, 2002)

Pressupõe a interação entre enfermeiro-criança-família.

- Através desta interação o enfermeiro estimula a possibilidade de expressão e partilha emocional. Por um lado, a pessoa que necessita de cuidados vivencia emoções intensas fruto do processo de saúde-doença e, por outro a pessoa (enfermeiro) experiencia emoções em resposta ao sofrimento vivido pelo outro, sendo esta gestão de emoções parte integrante do processo de cuidar.

14

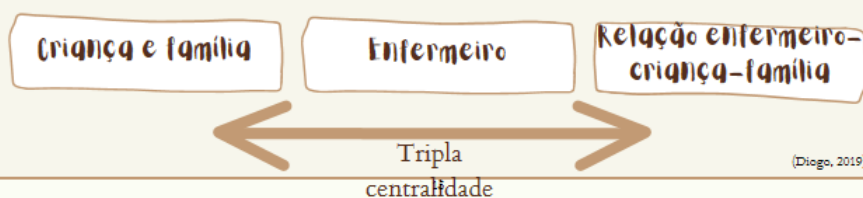
(Diogo, 2019)

TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Definição ampla:

Gestão intencional da emocionalidade da criança e família e do enfermeiro, que visa transformar positivamente as experiências emocionalmente intensas e perturbadoras, com a intencionalidade de aliviar o sofrimento e proporcionar bem-estar, assim como promove o crescimento dos sujeitos em interação.

Os enfermeiros mobilizam estratégias de gestão emocional que previnem a exaustão emocional a nível interno, promovendo o seu bem-estar emocional.



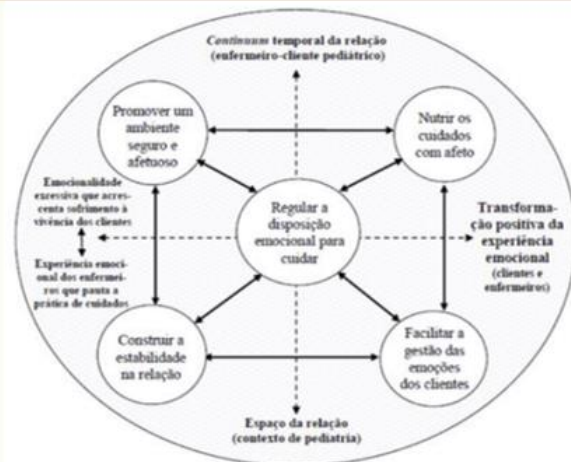
(Diogo, 2019)

TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Definição estrita:

Os enfermeiros ao estarem conscientes da emocionalidade intensa vivenciada pela criança e família e, associada à interação na prática de cuidados proporcionam a transformação positiva das emoções através de cinco categorias:

- Promover um ambiente seguro e afetuoso;
- Nutrir os cuidados com afeto;
- Facilitar a gestão das emoções dos clientes;
- Construir a estabilidade na relação;
- Regular a disposição emocional para cuidar.



16

(Diogo, 2015)

TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA



Promover um ambiente seguro e afetuoso

Os enfermeiros realizam o acolhimento à criança e família, cumprimentam a díade, expressam afeto, criam um ambiente familiar, preservam o quarto da criança e família permitindo estar em sintonia com o mundo infantil, ou seja, o mundo da brincadeira, o mundo fantástico, e despedindo-se de forma calorosa. Estas são intervenções que humanizam os cuidados e permitem que a criança e família se sintam à vontade, facilitando a colocação de questões, que solicitem ajuda ou que verbalizem o que estão a sentir.

17

(Diogo, 2015)

Promover um ambiente seguro e afetivo

CONTEXTO/CONDIÇÕES	AÇÕES/INTERAÇÕES	CONSEQUÊNCIAS
<p>Porquê O ambiente hospitalar é muitas vezes estranho e stressante O cliente tem preconceitos negativos sobre o hospital (ambiente adverso, dominador e que causa insegurança) A criança precisa de proteção</p> <p>Fatores que facilitam <i>Ambiente físico</i> Pinturas nas paredes e tetos Vídeos de desenhos animados Brinquedos Sala de brincadeiras</p>	<p>Como Acolher Cumprimentar Expressar afeto Gerar ambiente familiar Preservar o quarto/unidade da pessoa Sintonia com o mundo infantil (brincadeira; cantar; mobilizar personagens de contos de fada, de filmes ou desenhos animados) Despedidas calorosas Fotografias para recordar</p> <p>Modo Ambiente afetivo que se cria na relação com o cliente, durante os procedimentos e entre os enfermeiros. Uso de fardas coloridas e com bonecos.</p>	<p>A experiência de doença e hospitalização torna-se mais positiva pois o cliente consegue sentir-se à-vontade na relação com os enfermeiros, colocam as suas dúvidas e estão mais tranquilos</p> <p>A recuperação das crianças e dos jovens é mais rápida quando estes estão familiarizados com o ambiente, quando estão melhor adaptados e se sentem seguros no hospital</p>

18

(Diogo, 2015)

TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA



Nutrir os cuidados com afeto

Os enfermeiros na primeira interação com a criança e família prestam cuidados com afeto evocando o sorriso, um olhar meigo, um falar animado, frases carinhosas, a utilização dos "inhos" e, os abraços, todas estas ações vão permitir a construção de confiança da criança e família no enfermeiro estimulando a tranquilidade e a positividade nos cuidados, assim como a sua colaboração.

1

(Diogo, 2015)

TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Nutrir os cuidados com afeto

CONTEXTO/CONDIÇÕES	AÇÕES/INTERAÇÕES	CONSEQUÊNCIAS
<p>Porquê É necessário para o desenvolvimento das crianças É desejado É um direito As crianças apelam Diminui os fatores de stress associados à hospitalização Os cuidados não funcionam sem afetos Pode ser tão ou mais importante do que um procedimento técnico Facilita a execução dos procedimentos É essencial para conquistar a confiança</p> <p>Fatores que facilitam Gostar muito de crianças Considerar as crianças como se fossem o seu próprio filho ou alguém da família Modo afetivo de ser Tempo de contacto e desenvolvimento da relação Experiência de parentalidade</p>	<p>Como <i>Dádiva de afeto</i> Sorriso; Voz embalada e suave; Olhar meigo Falar amigado (adjetivos carinhosos, frases carinhosas, "inhos", movimentos balanceados com a cabeça); Carinho (festas e toques suaves, beijinhos e abraços); Colo</p> <p>Quando <i>Momento próprio</i> Cumprimento no início do turno; Despedidas Tomar conta da criança <i>Vinculado aos procedimentos</i> Conforto; Posicionamento; Higiene Alimentação; Segurança; Procedimentos dolorosos Envolve todos os cuidados e inclui o ambiente e relação entre colegas</p> <p>Modo <i>Espontâneo</i> Ato natural ou que "sai" durante os cuidados <i>Intencional</i> Em substituição dos pais; Aliviar o sofrimento de uma criança/jovem que está só Planeamento de cuidados</p>	<p>A criança ou o jovem sente-se amado e considerado</p> <p>Os pais sentem confiança nos enfermeiros e segurança nos cuidados</p> <p>Tranquilidade, bem-estar e perceção de não ser tão mau estar hospitalizado</p> <p>Alivia o sofrimento e constitui uma forma de ajuda e apoio</p> <p>Desenvolvimento e consolidação da relação</p> <p>Colaboração facilitada das pessoas nos cuidados</p>

20

(Diogo, 2015)

TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA



Facilitar a gestão das emoções dos clientes

Os enfermeiros falam de forma calma e carinhosa, explicando os procedimentos e esclarecendo dúvidas à criança e família. Promovem a esperança e demonstram disponibilidade, o que promove a tranquilidade e bem-estar emocional assim como a confiança da criança e família no enfermeiro.

21

(Diogo, 2015)

Facilitar a gestão das emoções dos clientes

CONTEXTO/CONDIÇÕES	AÇÕES/INTERAÇÕES	CONSEQUÊNCIAS
<p>Porquê As vivências emocionais inerentes à doença e hospitalização são potencialmente intensas Podem existir problemas emocionais anteriores O cliente consegue lidar melhor se for ajudado</p> <p>Fatores que facilitam Acesso prévio à informação sobre o estado emocional do cliente Saber experiencial Sensibilidade vigilante Relação construída</p>	<p>Como <i>Gestão emocional de antecipação</i> Demonstrar postura calma e carinhosa Mostrar disponibilidade Preparar para os procedimentos Fornecer explicações/informações Favorecer a expressão de sentimentos Dar reforço positivo Distrair</p> <p><i>Gestão das emoções reativas</i> Envolver a família nos cuidados Explicar e esclarecer dúvidas Fazer pausas Fomentar a esperança Colocar-se ao lado Dar carinho Diferenciar os momentos Desviar o foco de atenção Encorajar e restringir</p>	<p>Na maioria das interações e a maior parte do tempo permite evitar que o cliente experiencie emoções de tonalidade negativa</p> <p>Promover a tranquilidade e bem-estar emocional</p> <p>Potenciar o autocontrolo emocional</p> <p>Conquistar a confiança que é tranquilizadora</p>

TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA



Construir a estabilidade na relação

Os enfermeiros investem na construção de uma relação de confiança através da proximidade, do afeto e da partilha de informação visando uma tomada de decisão partilhada.

Construir a estabilidade na relação

CONTEXTO/CONDIÇÕES	AÇÕES/INTERAÇÕES	CONSEQUÊNCIAS
<p>Porquê O cliente vive uma experiência emocional intensa que projetam na interação A estabilidade das relações é essencial na prática de cuidados Por vezes a confiança é frágil ou está ausente A cultura do cliente influencia Existe recusa e defesa da pessoa Existem conflitos mal resolvidos entre enfermeiros e cliente A pessoa revela hostilidade Os procedimentos são dolorosos Existem incumprimentos Existem momentos de quebra de confiança</p> <p>Fatores que facilitam Pais calmos e simpáticos Crianças/jovens recetivos Enfermeiros com disponibilidade de tempo Sentimento de empatia Sentimento de confiança Tempo de contacto Figura de referência</p>	<p>Como <i>Envolvimento emocional</i> Ligação afetiva Proximidade Conhecimento mútuo Confiança</p> <p><i>Gestão de episódios conflituosos</i> Abordagem calma e de controlo Dar espaço para a expressão Desmontar o problema Procurar a reconciliação Não fazer juízos de valor negativo</p> <p><i>Equilíbrio de poderes</i> Tomada de decisão partilhada Dar espaço à função parental Colaboração mútua Participação da pessoa Partilha de informação</p>	<p>Tranquilidade nas relações entre enfermeiros e cliente; um convívio pacífico necessário à prestação de cuidados</p> <p>As relações são afetivas e os conflitos são minimizados</p> <p>Tranquilidade da parte dos pais e a uma perceção de que podem contar com os enfermeiros</p> <p>As orientações/explicações que fornecem ao cliente são levadas em conta</p> <p>Melhor adaptação e capacidade para lidar com os processos saúde-doença</p> <p>Aceitação e compreensão para com os enfermeiros</p>

24

(Diogo, 2015)

TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA



Regular a disposição emocional para cuidar

Os enfermeiros utilizam estratégias que permitem regular a sua disposição emocional para cuidar, encontrando um equilíbrio entre a capacidade de estarem presentes, proximidade e envolvimento emocional que minimizem a exaustão emocional, como analisar as experiências vivenciadas, partilhar o que sentem, compreender as reações da criança e família, atenuar positivamente e não se deixar afetar.

25

(Diogo, 2015)

Regular a disposição emocional para cuidar

CONTEXTO/CONDIÇÕES	AÇÕES/INTERAÇÕES	CONSEQUÊNCIAS
<p>Porquê Motivação e missão Persistência para cuidar Vontade construtiva da relação Experienciam situações emocionalmente intensas (ficam afetados, vivem emoções perturbadoras, existência de situações difíceis de lidar)</p> <p>Fatores que facilitam Compensação (relações emocionalmente estáveis, sentimento de gratificação, sentimento de realização, as próprias crianças ajudam) Necessidade de gerirem as suas emoções para conseguir cuidar Conhecimento de si Apoio entre colegas</p> <p>Fatores que dificultam Excesso de trabalho que conduz a intensificação do stress e cansaço Fragilidades pessoais relacionadas com experiências anteriores Características individuais Transferência para os filhos Conflitos na equipa de saúde</p>	<p>Como <i>Analisar as experiências</i> Falar com os colegas Leituras Escrita Reflexão</p> <p><i>Partilhar o que sente</i> Colega específico Grupo de colegas</p> <p><i>Compreensão das reações dos clientes</i> Minimizar o negativo Perceber que não é dirigido a si</p> <p><i>Atenuar positivamente</i> Perceber que não são os únicos a falhar Acreditar na sua competência Encarar como desafio</p> <p><i>Não se deixar afetar negativamente mantendo-se conectado</i> Descentrar-se Afastar-se por momentos Evitar prestar cuidados Cortar com a fonte de emoções Cessar funções</p>	<p>Os enfermeiros conseguem inibir ou induzir emoções nos próprios de modo a conseguirem transformar as emoções perturbadoras e a continuarem a cuidar do cliente, mantendo o envolvimento emocional</p> <p>Promove o bem-estar, o alívio do sofrimento e contribui para a adaptação do cliente à situação</p>

26

(Diogo, 2015)



SÍNTESE

- O cuidar em enfermagem não pode ficar indiferente às emoções. Esta dimensão emocional dos cuidados continua a ser pouco valorizada na prática, “pelo que o trabalho emocional nem sempre é objeto de reflexão e/ou sustentação” (Diogo, 2019, p.1) assim torna-se essencial nortear os enfermeiros na prática através de modelos tendo em consideração o contexto peculiar onde prestam cuidados, neste caso a criança e família.

- É visível a importância que a gestão emocional tem em enfermagem pediátrica e como esta é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade e humanizados à criança e família.

27

Partilha de experiências

“

*“Vocês dizem: É cansativo estar com crianças.
E não há dúvida de que têm razão.
Depois acrescentam:
Porque temos de nos pôr ao nível delas,
Porque temos de nos baixar,
Inclinar, curvar, tornar pequenos.
Mas aí estão enganados.
O que mais cansa não é isso,
O que mais cansa é sermos obrigados
A elevarmo-nos até à altura dos seus
sentimentos,
A esticarmo-nos, a alongarmo-nos,
A ficar em bicos dos pés
Para não as magoar.”*

Janusz Korczak
Judeu polaco, 1878-1942, pediatra, escritor

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chambers, L. (2018). *A Guide to Children's Palliative Care*: Inglaterra;
- Diogo, P. (2015). *Trabalho Com As Emoções Em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusociência;
- Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática* (2ª versão revista). Acedido em 04-12-2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_verseo_revista/link/5dd82e9da6fdccdb445a1c17/download;
- Fontaine, A. & Alves, S. (2016). *Necessidades e Dificuldades Emocionais dos Pais Face à Doença Paliativa Pediátrica*. Atas- Investigação Qualitativa em Saúde, 2, 1302-1311. Acedido em 2-12-2021. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/887>;
- Diogo, P., Sousa, O., Rodrigues, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2020). *Cuidar da Criança com Condição Crónica e de sua Família: Competência Emocional dos Enfermeiros Pediatras*. Proenf-Saúde da Criança e do Adolescente, 15(1), 81-117;
- Goleman, D. (2012). *Inteligência Emocional*. 17ª edição. Lisboa: Temas e Debates;
- Lacerda A., (Coord). *Cuidados Paliativos pediátricos: relatório do grupo de trabalho do gabinete do secretário de estado adjunto do ministro da saúde* [Internet]. Porto: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2014;
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência;
- World Health Organization. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics*. Obtido em 1 de dezembro de 2021, de WHO: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274561/9789241514453-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
-

Grata pela atenção

5. AVALIAÇÃO

A sessão de formação em serviço contou com a presença de 6 enfermeiros presencialmente e 6 enfermeiros virtualmente, perfazendo um total de 12 participantes. Foi bastante facilitador a sua realização por videoconferência visto que possibilitou a participação de um maior número de pessoas.

A apresentação proporcionou a partilha de conhecimentos e experiências entre os vários participantes, o que enriqueceu bastante a temática exposta e reforçou a sua pertinência. Por outro lado, esta permitiu o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Conforme descrito no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) o enfermeiro “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” responsabilizando-se “por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” (p.4749).

Com base na observação dos participantes bem como na sua participação concluo-o que a sessão de formação em serviço foi ao encontro das suas expectativas, tendo sido enriquecida também pela sua participação, pois a temática exposta levou à reflexão e simultaneamente, à partilha das diferentes vivências. O feedback foi espontâneo no final da sessão tendo sido solicitado pelos participantes a apresentação, bem como bibliografia essencial na fundamentação da temática, tendo a mesmo sido fornecida via mail. Considero que foi bastante positivo para todos os intervenientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chambers, L. (2018). *A Guide to Children's Palliative Care*: Inglaterra;
- Diogo, P. (2015). *Trabalho Com As Emoções Em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar* (2^o ed.). Loures: Lusociência;
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2^a versão revista). Acedido em 04-12-2021. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista/link/5dd82e9da6fdccdb445a1c17/download;
- Fontaine, A. & Alves, S. (2016). Necessidades e Dificuldades Emocionais dos Pais Face à Doença Paliativa Pediátrica. *Atas- Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1302-1311. Acedido em 2-12-2021. Disponível em:
<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/887>;
- Diogo, P., Sousa, O., Rodrigues, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2020). Cuidar da Criança com Condição Crónica e de sua Família: Competência Emocional dos Enfermeiros Pediatras. *Proenf-Saúde da Criança e do Adolescente*, 15(1), 81-117;
- Goleman, D. (2012). *Inteligência Emocional*. 17^a edição. Lisboa: Temas e Debates;
- Lacerda A., (Coord). Cuidados Paliativos pediátricos: relatório do grupo de trabalho do gabinete do secretário de estado adjunto do ministro da saúde [Internet]. Porto: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2014;
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Assembleia da República. Diário da República, II Série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750;
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência;
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. Canada: Jones & Bartlett Learning;
- World Health Organization. (2018). Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics. Obtido em 1 de dezembro de 2021, de WHO:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274561/9789241514453-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Apêndice XI: Jornal de Aprendizagem em contexto de Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais



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

Jornal de Aprendizagem

Ana Margarida Santos Ferreira Brito

Lisboa
2022



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

Jornal de Aprendizagem

Ana Margarida Santos Ferreira Brito



Orientador: Professora Doutora Paula Diogo



Lisboa
2022

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. JORNAL DE APRENDIZAGEM	6
1.1. Descrição da situação de cuidados	6
1.2. Sentimentos	8
1.3. Avaliação, análise e conclusão	9
1.4. Plano de ação	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11

INTRODUÇÃO

O internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios Neonatais pode ter repercussões diretas a médio e a longo prazo no desenvolvimento neurocomportamental e cognitivo do recém-nascido, pois estes encontram-se expostos a um número elevado de procedimentos dolorosos, vários deles para fins de diagnóstico ou terapêuticos e muitas vezes, sem um controlo adequado da dor (Moraes & Freire, 2019).

A dor é definida pela Direção Geral da Saúde (2010) como uma “experiência pessoal, multidimensional, desagradável, com grande variabilidade na sua perceção e expressão, sem indicadores específicos e que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações que requerem cuidados de saúde” (p.4). Considerada desde 2003, pela Direção-Geral da Saúde como o 5º Sinal Vital, a avaliação e controlo da dor, é considerado um direito das crianças conforme se encontra descrito na Carta da Criança Hospitalizada e um dever dos profissionais de saúde. A dor na criança é expressada de diversas formas, pelo que é importante ter em conta o seu estágio de desenvolvimento, podendo desencadear reações fisiológicas, emocionais e motoras (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Há ampla evidência que os recém-nascidos, mesmo os pré-termo são neurologicamente capazes de sentir dor (Jacob, 2014). O mesmo é descrito pela Direção Geral da Saúde (2010) quando refere que “as vias nervosas ascendentes necessárias à experiência de dor estão presentes na vida fetal a partir das 20 semanas de gestação e totalmente desenvolvidas por volta das 28 semanas de gestação” (p.3). As repetidas e precoces experiências de dor no período neonatal podem influenciar as posteriores experiências de dor, tanto na sensibilidade dolorosa como na forma de lidar com o stress (Direção-Geral da Saúde, 2010).

No recém-nascido o controlo da dor deve ser realizado através da utilização de intervenções que minimizem a sua intensidade, ajudando na recuperação e reorganização do recém-nascido após o procedimento causador de elevado stress (Marques et al., 2021). As intervenções não farmacológicas para alívio da dor podem ser utilizadas isoladamente ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. A sua utilização tem sido bastante importante nas situações de cuidados potencialmente dolorosas pois estas modificam o significado da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Contudo, é fundamental primordialmente proceder-se à avaliação da dor o que

permite identificar e reconhecer a dor na criança com recurso a escalas adequadas, tendo em consideração o tipo de dor, a situação clínica e a idade da criança. Pelo que, durante o internamento o controlo e alívio da dor deve ser priorizado na prestação de cuidados, com vista à prestação de cuidados não traumáticos, holísticos e humanizados. A dor e o sofrimento que são vivenciados pelo recém-nascido associado a um processo de saúde-doença é uma das maiores preocupações dos pais e/ou família assim como dos enfermeiros (Direção Geral da Saúde, 2013).

O presente Jornal de Aprendizagem tem como objetivo a descrição e reflexão de uma situação particular de cuidados vivenciada na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais. A situação que irei descrever e posteriormente refletir e analisar enfatiza a importância da avaliação da dor no recém-nascido e a utilização de medidas não farmacológicas no controlo da dor com influência direta na gestão emocional da família, neste caso dos pais do recém-nascido, com enfoque nos cuidados não traumáticos e nos cuidados centrados na família. Para a realização da mesma recorrerei à utilização do Ciclo Reflexivo de Gibbs.

1. JORNAL DE APRENDIZAGEM

1.1. Descrição da situação de cuidados

No decorrer do estágio na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais relembro uma situação de cuidados vivenciada nas primeiras semanas de estágio. O Miguel (nome fictício) um recém-nascido pré-termo de 32 semanas, encontrava-se internado no serviço, este é o segundo gêmeo de uma gravidez vigiada, tendo um irmão chamado Manuel (nome fictício). Após o seu nascimento ambos estiveram internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais para uma maior vigilância, pois necessitaram de cumprir alto fluxo e não estavam a tolerar alimentação. Estiveram uns dias internados na Unidade de Cuidados Intensivos e posteriormente foram transferidos para a Unidade de Cuidados Intermédios onde me encontrava a estagiar. Ambos com franca melhoria do estado geral, já em ar ambiente, mas ainda a necessitarem de ficar mais uns dias internados antes de irem para casa para autonomia alimentar.

A situação vivenciada ocorreu no turno da manhã, após a mãe, a Sr^a Maria (nome fictício) e o pai, o Sr^o Francisco (nome fictício), pais dos gêmeos chegarem e eu e a Enfermeira Orientadora estarmos responsáveis pelos cuidados aos mesmos. Apesar de já termos ficado responsáveis pelos gêmeos em turnos anteriores dirigi-me aos pais e apresentei-me novamente com um sorriso, mostrando disponibilidade, tendo os mesmos retribuído. Colaborei na prestação de cuidados aos gêmeos, os pais partilharam experiências e pequenas conquistas que observavam dia após dia com entusiasmo, celebrando-as. Eu celebrei em conjunto com eles pois também eu tinha tido a felicidade de observar esta evolução que os pais referiram. Fiquei grata e contente por partilharem estes pequenos momentos comigo, senti que confiavam em mim e que a relação terapêutica se estava a desenvolver. No fim dos cuidados de higiene auxiliiei os pais a colocarem os gêmeos ao colo, o Miguel ao colo da mãe e o Manuel ao colo do pai, colaborando também na amamentação. Apesar de ainda apresentarem sonda nasogástrica realizavam estimulação à mama e durante a mesma o leite materno era administrado por declive para associarem a mama à saciedade e conforto e desta forma, promover o aleitamento materno e a vinculação. Era notória a evolução que os gêmeos apresentavam e todas as pequenas conquistas eram festejadas pelos enfermeiros e pelos pais.

Os recém-nascidos como foi referido anteriormente, são submetidos a múltiplos procedimentos invasivos causadores de dor e desconforto, sendo este momento também emocionalmente intenso para os pais. Após o Miguel ser observado pela equipa médica era necessária a realização de colheitas de sangue. Dirigi-me aos pais e expliquei que após a observação médica foi solicitada a realização de análises, expliquei o procedimento de forma calma e carinhosa e incentivei a partilha de dúvidas ou preocupações, dando-lhes tempo e solicitando a sua colaboração, caso se sentissem confortáveis para tal. Ambos referiram que queriam estar presentes no procedimento e que não era a primeira vez que o Miguel iria ser submetido a uma punção venosa, mas notei que a Sr^a Maria alterou o seu comportamento ficando ansiosa e inquieta. Questionei também se consideravam oportuno o procedimento ser realizado agora visto que o Miguel estava acordado, ambos assentiram pelo que me ausentei. Referi que iria preparar o material e já regressava, perspetivando que este tempo lhes daria abertura para refletirem no procedimento e em alguma dúvida que surgisse ou algo que fizesse sentido e quisessem partilhar.

Quando regresssei com o material o Sr^o Francisco já tinha colocado o Manuel no berço e a Sr^a Maria mantinha o Miguel ao colo, continuava a senti-la ansiosa, voltei a validar o procedimento com os pais e a questionar se tinham dúvidas ou questões ao que referiram que não. Mas posteriormente a Sr^a Maria soltou uma lágrima, ao aperceber-me da emocionalidade intensa que estava a vivenciar pousei o material novamente na bancada e dirigi-me aos pais dando-lhes tempo e espaço para verbalizarem ou partilharem o que estavam a sentir, caso fizesse sentido para eles. A Sr^a Maria começou por verbalizar que estava cansada, que já estavam ali há bastante tempo e que toda a gestão familiar se tornava difícil apesar de tentarem ao máximo geri-la da melhor forma, que estava cansada que os filhos sentissem dor e que isso a angustiava bastante. Agachei-me para ficar ao mesmo nível que a Sr^a Maria, visto que se encontrava sentada, validando que o que estava a sentir era natural, toda esta vivência é bastante intensa e numa reta final ainda mais visto que a ida para casa se aproximava, perguntei se queria ir lá fora um bocadinho com o Sr^o Francisco e regressava quando se sentisse pronta. A mesma referiu que já se encontrava mais calma e que poderíamos realizar agora o procedimento. Assenti e voltei a ir buscar o material. De forma, a envolvê-los nos cuidados e visto que a sua colaboração era fundamental na diminuição do desconforto do Miguel, recorreremos à contenção e à sucção não nutritiva realizando o procedimento no colo da mãe. Para o procedimento

recorremos também à administração de sacarose a 24% visto que com a sua utilização durante a punção venosa tem-se verificado a expressão facial de tranquilidade no recém-nascido e/ou diminuição do tempo de choro (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Enquanto o Miguel estava no colo da mãe o pai colaborava no segurar da chucha promovendo assim o seu envolvimento nos cuidados ao filho. Garantido antes de mais que todos se encontravam confortáveis, realizamos a colheita de sangue e o Miguel apenas chorou na altura da punção, posteriormente mostrou-se tranquilo tendo ficado no “colinho” da mãe a ser embalado.

O procedimento decorreu pacificamente e o Miguel ficou sereno antes, durante e após o mesmo o que foi tranquilizador tanto para os pais como para nós. No fim, os pais agradeceram a disponibilidade e a atenção, referindo que o procedimento “tinha corrido muito bem e ele ficou mesmo calminho e confortável” (sic). O que foi bastante gratificante de ouvir, agradei a colaboração dos pais com um sorriso e deixei-os naquele ninho de amor.

1.2. Sentimentos

O que senti sofreu oscilações no decorrer da situação de cuidados, sinto que a relação terapêutica desenvolvida ao longo das interações de cuidados foi facilitadora. Inicialmente e após a explicação do procedimento consegui detetar a alteração do estado emocional da Sr^a Maria o que possibilitou a mobilização de intervenções com foco na gestão das emoções intensas vivenciadas. Conforme descrito por Diogo (2015) a sensibilidade vigilante dos enfermeiros é um fator facilitador da gestão das emoções, assim os “enfermeiros avaliam o estado emocional dos clientes para conseguirem identificar as suas necessidades e desenvolverem os cuidados, e que permanece em constante vigilância” (p.132). Desta forma, os enfermeiros ao perceberem as emoções do Outro moldam o seu agir.

Inicialmente e após ter percebido que a Sr^a Maria tinha ficado ansiosa fiquei preocupada, pela possibilidade daquele procedimento ter despoletado um momento de crise levando à vivência de emoções intensas pelos pais. Mas percebi que a minha intervenção através da adoção de uma postura calma e carinhosa, da explicação do procedimento, do momento de pausa antes da realização do mesmo, mas também o ter-me colocado ao lado da Sr^a Maria validando a emocionalidade intensa vivenciada foi determinante. Esta validação das emoções dos clientes “permite a perceção de

estar a ser compreendido e valorizado pelos enfermeiros e isso minimiza a sua angústia e sofrimento” (Diogo, 2015, p.143).

Após a realização do procedimento e a avaliação da dor do Miguel, percebi que o mesmo estava confortável e que a minha intervenção atenuou o impacto do procedimento doloroso e que após o mesmo o Miguel ficou tranquilo no colo da mãe. Considero que o Miguel apenas ter chorado na punção venosa e posteriormente ter ficado sereno também foi determinante na gestão emocional dos pais, pois se tivesse ficado agitado e inconsolável teria exatamente o resultado oposto nos pais. Senti verdadeiramente que a minha intervenção fez diferença tanto no Miguel como nos seus pais.

1.3. Avaliação, análise e conclusão

O controlo da dor da criança é um desafio para mim, visto que esta é subjetiva e pode ser representada de várias formas. Por isso, a avaliação da dor através de escalas adequadas é muito importante minimizando assim o seu impacto. A mobilização de intervenções de enfermagem, quer sejam intervenções farmacológicas ou não farmacológicas para o alívio da dor são fundamentais para a sua gestão. Esta situação de cuidados vivenciada foi bastante enriquecedora pois tanto mobilizou estratégias de gestão emocional nos pais, neste caso da mãe, como estratégias no alívio da dor do recém-nascido associado a um procedimento doloroso.

A compreensão das vivências emocionais da Sr^a Maria e a disponibilidade por mim demonstrada, atenuou a emocionalidade intensa vivenciada pela mesma potenciando a gestão emocional. Também a relação desenvolvida nas diferentes interações de cuidados e a confiança estabelecida promoveram a tranquilidade e o bem-estar emocional nos pais do Miguel. Este envolvimento emocional com o recém-nascido e os seus pais permitem manter a serenidade e harmonia no relacionamento, pois a intencionalidade é a estabilidade dessa mesma relação (Diogo, 2015).

Conforme descrito por Watson (2012) o enfermeiro pode ter acesso indiretamente à mente de uma pessoa, às emoções e ao eu interior, através de qualquer esfera-mente, corpo ou alma- desde que o corpo físico não seja entendido ou tratado separadamente da mente, das emoções e de um sentido mais elevado do eu (alma).

Esta situação vivenciada permitiu-me mobilizar competências essenciais enquanto futura enfermeira especialista, assim como a gestão da dor associada ao

procedimento doloroso o que reconheço como um aspeto muito positivo. Conforme descrito pela Ordem dos Enfermeiros (2013) compete aos “enfermeiros especialistas a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (p.9). Como menos positivo considero a emocionalidade intensa vivenciada pela Sr^a Maria após ter explicado que era necessário realizar uma colheita de sangue ao Miguel. Apesar de considerar que a minha intervenção foi fundamental, considero que o pico de emocionalidade intensa que vivenciou não tivesse ocorrido, ou pelo menos não intensamente, apesar de este ser normal devido ao processo de saúde-doença do recém-nascido e a todas as situações intensas e desafiantes vivenciadas durante o internamento.

1.4. Plano de ação

Futuramente, irei recordar a situação acima descrita e analisada, mobilizando estratégias de gestão da dor e de gestão emocional fundamentais para a prestação de cuidados humanizados e de excelência ao recém-nascido e seus pais. Assim e, após efetuar a análise da situação vivenciada com a Enfermeira Orientadora e uma vez que tinha planeado a realização da sessão de formação em serviço intitulada de “Cuidados Paliativos Neonatais: Gestão Emocional da Família” sinto que esta vivência veio ao encontro da temática desenvolvida. Apesar de não se enquadrar na temática dos Cuidados Paliativos Pediátricos dá resposta à gestão emocional da família. Diariamente a equipa de enfermagem na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais lida com situações emocionalmente intensas, quer seja situações de dor no recém-nascido ou situações emocionalmente intensas tanto para a equipa como para o recém-nascido e/ou família/pais. Desta forma, percebemos a importância que a dimensão emocional e consequentemente a sua gestão assume no cuidar em enfermagem. Assim, a sensibilização dos enfermeiros no cuidado emocional ao recém-nascido e família é fundamental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2015). *Trabalho Com As Emoções Em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar* (2º ed.). Loures: Lusociência;
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2ª versão revista). Acedido 31-10-2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista/link/5dd82e9da6fdccdb445a1c17/download;
- Diogo, P., Freitas, B., Costa, A. & Gaíva, M. (2021). O cuidar em enfermagem pediátrica na perspectiva das emoções: de Nightingale à atualidade. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 74(4), 1-5. Acedido 16-07-2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/352151722_O_cuidar_em_enfermagem_pediatrica_na_perspectiva_das_emocoes_de_Nightingale_a_atualidade;
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Revista Pensar Enfermagem*. 20(2), 26-47. Acedido em 31-10-2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/315661355_Os_Medos_das_Criancas_em_Contexto_de_Urgencia_Pediatrica_Enfermeiro_Enquanto_Gestor_Emocional_The_Fears_of_Children_in_Pediatric_Emergency_Context_Nurse_as_Emotional_Manager;
- Direção-Geral da Saúde (2010) Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação da Direção Geral de Saúde nº 014/2010, de 14/12/2010. Lisboa: DGS; 2010;
- Direção-Geral da Saúde (2003) A dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor. Circular Normativa nº9/DGCG, de 14/06/2003. Lisboa: DGS 2003;
- Jacob, E. (2014) Apreciação e Gestão da Dor na Criança. In Hockenberry, M. & Wilson. D. Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 7, (p. 188-239). Loures: LUSOCIÊNCIA;

- Marques, V., Júnior, C., Silva, E., Lima, M., Silva, R., Sousa, E., Silva, J., Ferreira, T., Oliveira, E., Santos, M. & Resende, C. (2021). Medidas Utilizadas para o alívio da dor em Recém-nascidos. *RECIMA21*, 2(7), 1-11;
- Moraes, E. & Freire, M. (2019). Procedimentos dolorosos, estressantes e analgesia em neonatos na visão dos profissionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 177-184;
- Reis, G., Costa, L., Carvalho, M., Seguro, M., Costa, M., Pimenta, M., Correia, M., & Anjos, O. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não Farmacológicas no Controlo da dor na Criança. na Ordem dos Enfermeiros (Série 1, Número 6). Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-8444-23- 3;
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência;
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. Canada: Jones & Bartlett Learning.

Apêndice XII: Sessão de formação em serviço dirigida aos Enfermeiros em contexto de Cuidados Intensivos Neonatais- Cuidados Paliativos Neonatais, o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



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

O Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Ana Margarida Santos Ferreira Brito

Lisboa
2022



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

O Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Ana Margarida Santos Ferreira Brito



Orientador: Professora Doutora Paula Diogo



Lisboa
2022

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. PLANEAMENTO	6
2. IMPLEMENTAÇÃO	8
3. DIVULGAÇÃO.....	9
4. APRESENTAÇÃO.....	10
5. AVALIAÇÃO.....	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

INTRODUÇÃO

A elaboração da sessão de formação em serviço será realizada no âmbito da Unidade Curricular: Relatório de estágio integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

O presente trabalho tem como objetivo sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática dos cuidados paliativos pediátricos com foco nos cuidados paliativos neonatais, visto ser a área de intervenção do local onde me encontro a estagiar. Para tal, irei realizar uma sessão de formação em serviço para profissionais de saúde. Esta emergiu após reunião com a Enfermeira Chefe e Enfermeiras Orientadoras em que procedemos ao levantamento das necessidades identificadas no serviço, concluindo que os Cuidados Paliativos Neonatais seriam uma mais valia para a formação e sensibilização dos profissionais. Indo também ao encontro da temática desenvolvida ao longo do projeto.

Nos últimos anos o avanço da medicina tem possibilitado a redução da taxa de mortalidade infantil e conseqüentemente, tem-se assistido a um aumento e prolongamento da sobrevivência de crianças com doenças crónicas, limitantes e/ou ameaçadoras da vida (Lacerda & Mendes, 2020). Apesar destes avanços nem todos os recém-nascidos sobrevivem, sendo que a taxa de mortalidade perinatal atinge os 3,1% e neonatal os 1,8%, o que corresponde à morte de 1 criança em 476 no primeiro mês de vida. Assim, 90% destas mortes ocorre em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e implicam desafios e dilemas complexos às equipas de saúde (Silva, Silva & Silva, 2019). Em Portugal, estamos em 17º nos países com uma menor mortalidade de recém-nascidos até aos 28 dias de vida, numa lista de 184 países. Apesar desta diminuição de morte prematura continuam a morrer recém-nascidos e muitos deles sobrevivem, mas sofrem de doenças crónicas complexas, limitantes e/ou ameaçadoras de vida, com forte impacto na sua qualidade de vida e na da sua família o que torna essencial a prestação de Cuidados Paliativos Pediátricos.

A World Health Organization (2018) define cuidados paliativos como a prevenção e alívio do sofrimento de clientes adultos e pediátricos e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças crónicas complexas. Estes apresentam-nos uma nova perspetiva, a de cuidar, para além de curar. Numa fase inicial, sucedem juntamente com os cuidados curativos, mas consoante o decorrer do processo de saúde-doença os cuidados curativos deixam de ser apropriados e o foco evolui para

o alívio do sofrimento e da melhoria da qualidade de vida do recém-nascido e sua família. Assim, os cuidados paliativos neonatais são cuidados holísticos e humanizados, que preservam a individualidade dos indivíduos em interação, sendo também benéficos para os profissionais de saúde. Estes centram-se não só no controlo de sintomas, mas também na componente relacional e de comunicação entre o enfermeiro, criança e família valorizando os aspetos físicos, emocionais, sociais, culturais, espirituais e éticos (Cavalcante et al., 2018). A família é uma constante na vida da criança pelo que a sua capacitação e envolvimento no planeamento dos cuidados assim como, no processo de decisão é fundamental, permitindo que a mesma seja parceira nos cuidados, proporcionando deste modo, uma prestação de cuidados holísticos dando resposta às necessidades identificadas (Sanders, 2018).

O cuidar em enfermagem pressupõe a interação entre enfermeiro-criança-família, possibilitando o desenvolvimento da relação terapêutica. Através desta interação o enfermeiro estimula a possibilidade de expressão e partilha emocional (Diogo, 2019). Por um lado, a pessoa que necessita de cuidados vivência emoções intensas fruto do processo de saúde-doença e, por outro a pessoa (enfermeiro) experiêcia emoções em resposta ao sofrimento vivido pelo outro, sendo esta gestão de emoções parte integrante do processo de cuidar (Diogo, 2019).

Apesar da implementação de cuidados paliativos neonatais ser emergente, várias são as barreiras à sua implementação, como a incerteza quanto ao prognóstico, a dificuldade de aceitação e reconhecimento da família de uma doença incurável no recém-nascido, conflitos e falta de comunicação entre a família e os profissionais de saúde e por fim, a falta de formação específica dos profissionais para a prestação destes cuidados especializados (Silva, Silva & Silva, 2019). Tendo em conta o referido, reforço a importância da realização desta sessão de formação em serviço para profissionais de saúde, perante a necessidade efetiva da implementação e prestação de cuidados paliativos neonatais.

1. PLANEAMENTO

Tema: Cuidados Paliativos Neonatais: Gestão Emocional da Família.

Local: Videoconferência

Data: 26 de janeiro

Hora: 14h

Objetivo geral: Sensibilização dos enfermeiros sobre os cuidados Paliativos Neonatais e as estratégias de gestão emocional da família.

Objetivos específicos:

- Definir Cuidados Paliativos Pediátricos e Cuidados Paliativos Neonatais;
- Identificar as necessidades da criança e família em processo paliativo;
- A comunicação e sua importância;
- Sensibilizar sobre a emocionalidade intensa vivida pela família da criança com necessidades paliativas;
- Refletir sobre o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica aprofundando as cinco categorias que o compõem.

Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos e Atividades Pedagógicas	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	- Apresentação do tema; - Apresentação dos objetivos da sessão.	Expositiva	Computador	5 min
Desenvolvimento	- Cuidados Paliativos Pediátricos; - Cuidados Paliativos Neonatais; - Necessidades da criança e família em processo paliativo; - Comunicação; - Comunicação não-verbal;	Expositiva	Computador	15 min

	- Emocionalidade vivida pela família da criança com necessidades paliativas; - Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica.			
Discussão	- Partilha de experiências vivenciadas;	Interativa	Computador	5 min
Conclusão	- Síntese do trabalho.	Expositiva	Computador	5 min

2. IMPLEMENTAÇÃO

Como foi referido anteriormente, esta sessão de formação em serviço resulta de uma reunião realizada com a Enfermeira Chefe e Enfermeiras Orientadoras, em que procedemos ao levantamento das necessidades identificadas no serviço indo ao encontro da temática desenvolvida ao longo do projeto. Assim, concluiu-se que abordar a temática dos Cuidados Paliativos Neonatais e sensibilizar os profissionais seria fundamental.

A divulgação da sessão foi realizada pela Direção do Serviço de Pediatria tendo a mesma criado uma reunião por videoconferência, procedeu-se ao envio do link para os emails institucionais de toda a equipa facilitando a partilha da informação e permitindo que a sessão fosse de conhecimento geral.

O horário da sessão de formação em serviço foi acordado em conjunto com a Enfermeira Chefe e as Enfermeiras Orientadoras tendo em conta a disponibilidade do serviço.



4. DIVULGAÇÃO

The screenshot shows a mobile application interface for an event. At the top, there is a back arrow and the word "Evento". The main title is "Cuidados Paliativos Neonatais: Gestão emocional da família". Below the title is a Zoom link: "https://zoom.us/j/92321619981?pwd=VVZEVEg5OEIMb2xvUTRuUUoyQWpLUT09". There is a Zoom logo and the word "Zoom", followed by a red "Aceder" button and a share icon. The date and time are "quarta-feira, 26/01/2022 da(s) 14:00 à(s) 14:30". A calendar view shows a green event bar at 14:00 with the text "Cuidados Paliativos Neonatais: Gestão emocional da família" and a Zoom icon. At the bottom, there is a "Calendário" section with a green dot and the text "Calendário". Below that is a "Convite de Direcção Pediatria" with a "DP" icon and a right arrow.


< Evento

Cuidados Paliativos Neonatais: Gestão emocional da família


<https://zoom.us/j/92321619981?pwd=VVZEVEg5OEIMb2xvUTRuUUoyQWpLUT09>

 Zoom Aceder 

quarta-feira, 26/01/2022
da(s) 14:00 à(s) 14:30

13:00
14:00 **Cuidados Paliativos Neonatais: Gestão emocional da família**  Zoom
15:00

Calendário ● Calendário

 Convite de Direcção Pediatria >

4. APRESENTAÇÃO

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

Cuidados Paliativos Neonatais: Gestão Emocional da Família

Discente:

Ana Margarida Santos Ferreira Brito, n.º 10494



Docente orientadora:

Prof.ª Doutora Paula Diogo

Enfermeiras Orientadoras:

Enfermeira Ana Gaspar

Enfermeira Ana Margarida Hipólito

Lisboa
26 de janeiro
2022

SUMÁRIO

- Objetivos da sessão;
- Cuidados Paliativos Pediátricos;
- Cuidados Paliativos Neonatais;
- Necessidades da criança e família em processo paliativo;
- Comunicação;
- Emocionalidade vivida pela criança da família em processo paliativo;
- Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica;
- Referências bibliográficas.



OBJETIVOS DA SESSÃO

Objetivo geral:

- Sensibilização dos enfermeiros sobre os Cuidados Paliativos Neonatais e as estratégias de gestão emocional da família.

Objetivos específicos:

- Definir Cuidados Paliativos Pediátricos e Cuidados Paliativos Neonatais;
- Identificar as necessidades da criança e família em processo paliativo;
- A comunicação e sua importância;
- Sensibilizar sobre a emocionalidade intensa vivida pela família da criança com necessidades paliativas
- Refletir sobre o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica.

3

CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Definição Cuidados Paliativos:

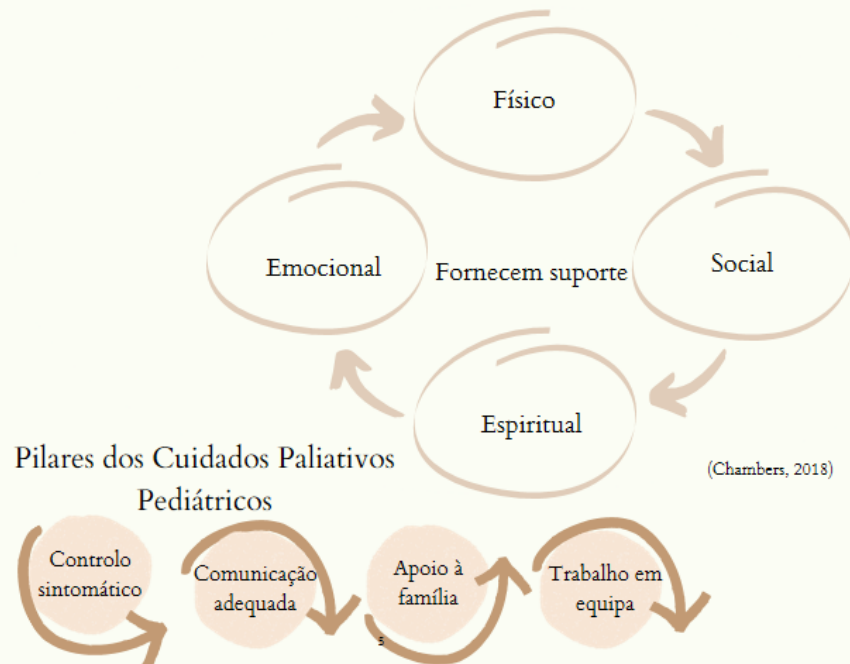
Prevenção e alívio do sofrimento da criança e sua família que enfrentam problemas associados a doenças crônicas, limitantes e/ou ameaçadoras de vida.

- São cuidados ativos totais para o corpo, mente e espírito, envolvendo também o suporte à família, suportados assim, pela filosofia dos cuidados centrados na família;
- Iniciam-se no diagnóstico, fornecem acompanhamento durante todo o percurso da doença e estendem-se até à morte da criança, ocorrendo o apoio dos familiares no luto;
- Fornecem acompanhamento à criança e família tendo em conta as suas necessidades e preferências;
- É necessária uma abordagem multidisciplinar;
- Os profissionais de saúde devem avaliar e aliviar o sofrimento físico, psicológico e social da criança e família.

4

(World Health Organization, 2018); (Lacerda et al., 2014)

CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS



CUIDADOS PALIATIVOS NEONATAIS

- Nos últimos anos o avanço da medicina tem possibilitado a redução da taxa de mortalidade infantil e consequentemente, tem-se assistido a um aumento e prolongamento da sobrevivência de crianças com doenças crónicas, limitantes e/ou ameaçadoras da vida.

Este avanço tecnológico tem permitido a sobrevivência de recém-nascidos cada vez mais prematuros e com malformações graves.

Taxa de mortalidade perinatal- 3,1%.

Taxa de mortalidade neonatal- 1,8%, o que corresponde à morte de 1 criança em 476 no primeiro mês de vida.

90% destas mortes ocorre em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e implicam desafios e dilemas complexos às equipas de saúde.

Cuidados Paliativos Neonatais

○ Critérios para o início da prestação de Cuidados Paliativos Neonatais:

1-) RN com doenças progressivas, sem opção curativa, na qual o tratamento é paliativo desde o diagnóstico.

RN no limiar da viabilidade, determinadas cardiopatias complexas, síndromes polimalformativas major, determinadas doenças metabólicas, doenças genéticas (trisomia 13 e 18), doenças neurodegenerativas, encefalopatia hipóxico-isquêmica grave com mau prognóstico, malformações graves do sistema nervoso central ou com situações com graves sequelas neurológicas.

2-) RN em que o tratamento curativo não constitui solução para o problema ou em que a morte é previsível.

Síndrome de aspiração meconial muito grave, septicemia com falência multiorgânica e sem melhoria clínica, hérnia diafragmática muito grave e sem melhoria clínica ou situações de intestino curto com graves problemas de absorção.

3-) RN com doenças irreversíveis não progressivas, acompanhadas de incapacidade grave.

O prognóstico, relacionado com a qualidade de vida futura, ajuda também a determinar se o RN pode beneficiar de cuidados paliativos neonatais. É o caso de situações de paralisia cerebral muito grave, com necessidades complexas de saúde ou RN que ficam com graves sequelas pulmonares (dependendo da evolução e da gravidade de cada caso).

7

(Mendes & Silva, 2013)

Direcionados para:



RN

- Gestão de sintomas, promoção do conforto, respeito pelos princípios éticos (não-maleficência e beneficência), das decisões em fim-de-vida e da ligação com os pais/família .



Família

- A necessidade de apoio psicológico, emocional, espiritual e religioso, o envolvimento dos mesmos no contacto, nos cuidados ao RN e no acompanhamento durante o luto.



Profissional de saúde

- A necessidade de apoio psicológico e espiritual e a realização de reuniões após a morte neonatal para reflexão em grupo, avaliação construtiva das atitudes terapêuticas e paliativas adotadas permitindo a expressão de sentimentos.

8

(Silva, Silva & Silva, 2019)

São cuidados holísticos e humanizados, que preservam a individualidade dos indivíduos em interação, sendo também benéficos para os profissionais de saúde.

A família é uma constante na vida do recém-nascido pelo que a sua capacitação e envolvimento no planeamento dos cuidados assim como, no processo de decisão é fundamental, permitindo que a mesma seja parceira nos cuidados.

Apresentam-nos uma nova perspetiva, a de **cuidar, para além de **curar**.**
Visam a otimização da qualidade de vida do RN e sua família e o alívio do sofrimento.

9

(Cavalcante et al., 2018); (Sanders, 2018); (Silva, Silva & Silva, 2019)

Necessidades identificadas

- Formação dos profissionais de saúde;
- Desenvolvimento de estratégias de comunicação por parte dos profissionais, permitindo comunicar de forma adequada com a família;
- A criação de protocolos para nortear a atuação dos profissionais perante recém-nascidos e crianças em cuidados paliativos.

Barreiras à implementação dos cuidados paliativos neonatais

- Incerteza quanto ao prognóstico;
- Dificuldade de aceitação e reconhecimento da família de uma doença incurável no recém-nascido;
- Conflitos e falta de comunicação entre a família e os profissionais de saúde;
- A falta de formação específica dos profissionais para a prestação destes cuidados especializados.

10

(Santos et al., 2020); (Silva, Silva & Silva, 2019)

NECESSIDADES DA CRIANÇA E FAMÍLIA EM PROCESSO PALIATIVO

Diagnóstico ou reconhecimento

- Prognóstico e partilha de informação desde o início, de forma clara e honesta;
- Coordenação de cuidados;
- Transferência e articulação entre o hospital e a comunidade.



Vivência do processo paliativo

- Avaliação interdisciplinar;
- Elaboração de um plano de cuidados.



Cuidados em fim de vida

- Estabelecimento de um plano de fim de vida;
- Suporte no luto.



11

(Lacerda et al., 2014)

COMUNICAÇÃO

- A comunicação é um dos pilares dos Cuidados Paliativos. Esta deve respeitar o ritmo e as necessidade da criança e família. Para ser eficaz, a comunicação tem que assentar na honestidade.

●●●
Não é o que se diz, mas como se diz.

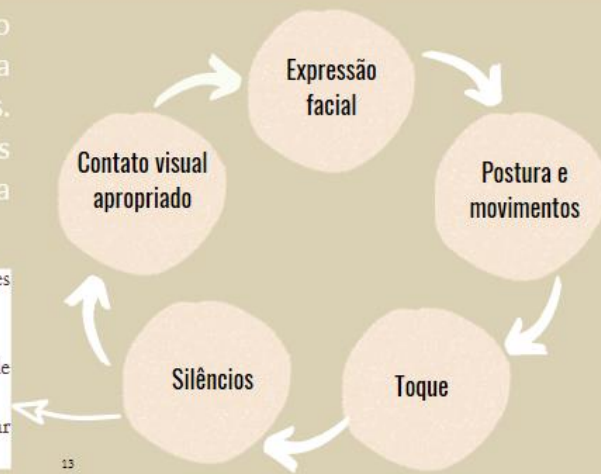


12

COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

- É através da comunicação não verbal que transmitimos a maioria das nossas emoções e sentimentos. Esta oferece um significado mais profundo e verdadeiro do que a linguagem verbal.

- Parte integrante da comunicação e são bastante frequentes nas relações;
- Muitas vezes são embaraçosos;
- Podem representar um momento de profunda troca de emoções e sentimentos;
- São fundamentais, porque para escutar o outro é preciso estar em silêncio.



13

EMOCIONALIDADE VIVIDA PELA FAMÍLIA DA CRIANÇA EM PROCESSO PALIATIVO

Leva à vivência de uma emocionalidade intensa pela criança e família, assim como pelo enfermeiro.

(Diogo, 2015)

→ Sofrimento

Apresenta-se na vivência do processo de saúde-doença da criança.

→ Angústia

É sentida pois a família pode oferecer o seu cuidado, mas não consegue reverter o estado de saúde da criança.

→ Medo

Pode estar associado à insegurança nos cuidados, por perder o ser cuidado ou devido à interação com sentimentos de perda e culpa.

(Fontaine & Alves, 2016)

- Desespero, ansiedade, depressão, tristeza, desamparo, ou incerteza quanto ao futuro, também foram verbalizados. Assim como a esperança.

14

(Diogo, Sousa, Rodrigues, Rodrigues & Almeida, 2020)

EMOCIONALIDADE VIVIDA PELA FAMÍLIA DA CRIANÇA EM PROCESSO PALIATIVO

- O cuidar em enfermagem pressupõe a interação entre enfermeiro-criança-família, possibilitando o desenvolvimento da relação terapêutica.

- Através desta interação o enfermeiro estimula a possibilidade de expressão e partilha emocional. Por um lado, a pessoa que necessita de cuidados vivencia emoções intensas fruto do processo paliativo e, por outro a pessoa (enfermeiro) experiencia emoções em resposta ao sofrimento vivido pelo outro, sendo esta gestão de emoções parte integrante do processo de cuidar.

15

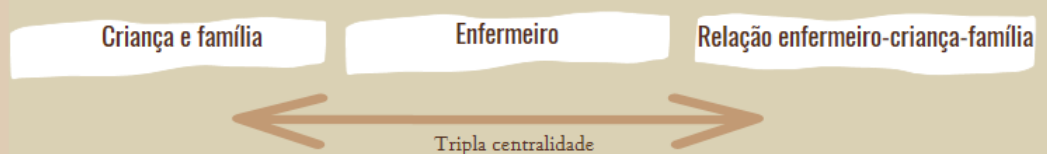
(Diogo, 2019)

TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Definição ampla:

Gestão intencional da emocionalidade da criança e família e do enfermeiro, que visa transformar positivamente as experiências emocionalmente intensas e perturbadoras, com a intencionalidade de aliviar o sofrimento e proporcionar bem-estar, assim como promove o crescimento dos sujeitos em interação.

Os enfermeiros mobilizam estratégias de gestão emocional que previnem a exaustão emocional a nível interno, promovendo o seu bem-estar emocional.



16

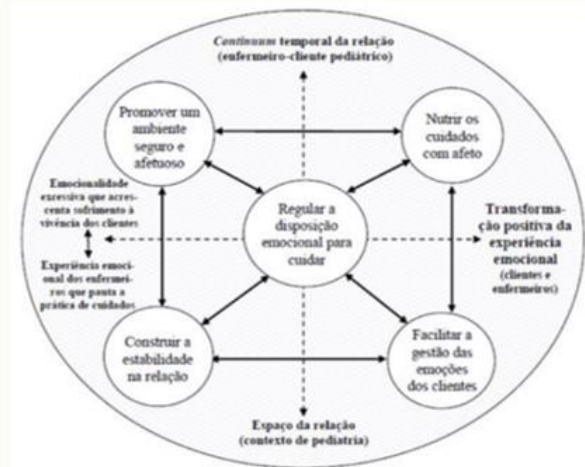
(Diogo, 2019)

TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Definição estrita:

Os enfermeiros ao estarem conscientes da emocionalidade intensa vivenciada pela criança e família e, associada à interação na prática de cuidados proporcionam a transformação positiva das emoções através de cinco categorias:

- Promover um ambiente seguro e afetuoso;
- Nutrir os cuidados com afeto;
- Facilitar a gestão das emoções dos clientes;
- Construir a estabilidade na relação;
- Regular a disposição emocional para cuidar.



17

(Diogo, 2015)

TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA



Promover um ambiente seguro e afetuoso

Os enfermeiros realizam o acolhimento à criança e família, cumprimentam a díade, expressam afeto, criam um ambiente familiar, preservam a unidade da criança. Estas intervenções humanizam os cuidados e permitem proporcionar conforto à criança e família, fazendo com que se sintam à vontade, facilitando a colocação de questões e, que solicitem ajuda quando necessário, ou que verbalizem o que estão a sentir.

18

(Diogo, 2015)

Promover um ambiente seguro e afetuoso

CONTEXTO/CONDIÇÕES	AÇÕES/INTERAÇÕES	CONSEQUÊNCIAS
<p>Porquê O ambiente hospitalar é muitas vezes estranho e stressante O cliente tem preconceitos negativos sobre o hospital (ambiente adverso, dominador e que causa insegurança) A criança precisa de proteção</p> <p>Fatores que facilitam <i>Ambiente físico</i> Pinturas nas paredes e tetos Vídeos de desenhos animados Brinquedos Sala de brincadeiras</p>	<p>Como Acolher Cumprimentar Expressar afeto Gerar ambiente familiar Preservar o quarto/unidade da pessoa Sintonia com o mundo infantil (brincadeira; cantar; mobilizar personagens de contos de fada, de filmes ou desenhos animados) Despedidas calorosas Fotografias para recordar</p> <p>Modo Ambiente afetuoso que se cria na relação com o cliente, durante os procedimentos e entre os enfermeiros. Uso de fardas coloridas e com bonecos.</p>	<p>A experiência de doença e hospitalização torna-se mais positiva pois o cliente consegue sentir-se à-vontade na relação com os enfermeiros, colocam as suas dúvidas e estão mais tranquilos</p> <p>A recuperação das crianças e dos jovens é mais rápida quando estes estão familiarizados com o ambiente, quando estão melhor adaptados e se sentem seguros no hospital</p>

TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA



Nutrir os cuidados com afeto

Os enfermeiros na primeira interação com a criança e família prestam cuidados com afeto evocando o sorriso, a simpatia, um olhar meigo, um falar animado, frases carinhosas, o toque, a utilização dos "inhos" e o dar colo, todas estas ações vão permitir a construção de confiança da criança e família no enfermeiro estimulando a tranquilidade e a positividade nos cuidados.

Nutrir os cuidados com afeto

CONTEXTO/CONDIÇÕES	AÇÕES/INTERAÇÕES	CONSEQUÊNCIAS
<p>Porquê É necessário para o desenvolvimento das crianças É desejado É um direito As crianças apelam Diminui os fatores de stress associados à hospitalização Os cuidados não funcionam sem afetos Pode ser tão ou mais importante do que um procedimento técnico Facilita a execução dos procedimentos É essencial para conquistar a confiança</p> <p>Fatores que facilitam Gostar muito de crianças Considerar as crianças como se fossem o seu próprio filho ou alguém da família Modo afetivo de ser Tempo de contacto e desenvolvimento da relação Experiência de parentalidade</p>	<p>Como <i>Dádiva de afeto</i> Sorriso; Voz embalada e suave; Olhar meigo Falar amimado (adjetivos carinhosos, frases carinhosas, "inhos", movimentos balanceados com a cabeça); Carinho (festas e toques suaves, beijinhos e abraços); Colo</p> <p>Quando <i>Momento próprio</i> Cumprimento no início do turno; Despedidas Tomar conta da criança <i>Vinculado aos procedimentos</i> Conforto; Posicionamento; Higiene Alimentação; Segurança; Procedimentos dolorosos Envolve todos os cuidados e inclui o ambiente e relação entre colegas</p> <p>Modo <i>Espontâneo</i> Ato natural ou que "sai" durante os cuidados <i>Intencional</i> Em substituição dos pais; Aliviar o sofrimento de uma criança/jovem que está só Planeamento de cuidados</p>	<p>A criança ou o jovem sente-se amado e considerado</p> <p>Os pais sentem confiança nos enfermeiros e segurança nos cuidados</p> <p>Tranquilidade, bem-estar e perceção de não ser tão mau estar hospitalizado</p> <p>Alivia o sofrimento e constitui uma forma de ajuda e apoio</p> <p>Desenvolvimento e consolidação da relação</p> <p>Colaboração facilitada das pessoas nos cuidados</p>

TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA



Facilitar a gestão das emoções dos clientes

Os enfermeiros falam de forma calma e carinhosa, explicando os procedimentos e esclarecendo dúvidas à família. Promovem a esperança e demonstram disponibilidade, o que promove a tranquilidade e bem-estar emocional assim como a confiança no enfermeiro.

Facilitar a gestão das emoções dos clientes

CONTEXTO/CONDIÇÕES	AÇÕES/INTERAÇÕES	CONSEQUÊNCIAS
<p>Porquê As vivências emocionais inerentes à doença e hospitalização são potencialmente intensas Podem existir problemas emocionais anteriores O cliente consegue lidar melhor se for ajudado</p> <p>Fatores que facilitam Acesso prévio à informação sobre o estado emocional do cliente Saber experiencial Sensibilidade vigilante Relação construída</p>	<p>Como <i>Gestão emocional de antecipação</i> Demonstrar postura calma e carinhosa Mostrar disponibilidade Preparar para os procedimentos Fornecer explicações/informações Favorecer a expressão de sentimentos Dar reforço positivo Distrair</p> <p><i>Gestão das emoções reativas</i> Envolver a família nos cuidados Explicar e esclarecer dúvidas Fazer pausas Fomentar a esperança Colocar-se ao lado Dar carinho Diferenciar os momentos Desviar o foco de atenção Encorajar e restringir</p>	<p>Na maioria das interações e a maior parte do tempo permite evitar que o cliente experiencie emoções de tonalidade negativa</p> <p>Promover a tranquilidade e bem-estar emocional</p> <p>Potenciar o autocontrolo emocional</p> <p>Conquistar a confiança que é tranquilizadora</p>

TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA



Construir a estabilidade na relação

Os enfermeiros investem na construção de uma relação de confiança através da proximidade, do afeto e da partilha de informação visando uma tomada de decisão partilhada.

Construir a estabilidade na relação

CONTEXTO/CONDIÇÕES	AÇÕES/INTERAÇÕES	CONSEQUÊNCIAS
<p>Porquê O cliente vive uma experiência emocional intensa que projetam na interação A estabilidade das relações é essencial na prática de cuidados Por vezes a confiança é frágil ou está ausente A cultura do cliente influencia Existe recusa e defesa da pessoa Existem conflitos mal resolvidos entre enfermeiros e cliente A pessoa revela hostilidade Os procedimentos são dolorosos Existem incumprimentos Existem momentos de quebra de confiança</p> <p>Fatores que facilitam Pais calmos e simpáticos Crianças/jovens recetivos Enfermeiros com disponibilidade de tempo Sentimento de empatia Sentimento de confiança Tempo de contacto Figura de referência</p>	<p>Como <i>Envolvimento emocional</i> Ligação afetiva Proximidade Conhecimento mútuo Confiança</p> <p><i>Gestão de episódios conflituosos</i> Abordagem calma e de controlo Dar espaço para a expressão Desmontar o problema Procurar a reconciliação Não fazer juízos de valor negativo</p> <p><i>Equilíbrio de poderes</i> Tomada de decisão partilhada Dar espaço à função parental Colaboração mútua Participação da pessoa Partilha de informação</p>	<p>Tranquilidade nas relações entre enfermeiros e cliente; um convívio pacífico necessário à prestação de cuidados</p> <p>As relações são afetivas e os conflitos são minimizados</p> <p>Tranquilidade da parte dos pais e a uma perceção de que podem contar com os enfermeiros</p> <p>As orientações/explicações que fornecem ao cliente são levadas em conta</p> <p>Melhor adaptação e capacidade para lidar com os processos saúde-doença</p> <p>Aceitação e compreensão para com os enfermeiros</p>

25

(Diogo, 2015)

TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA



Regular a disposição emocional para cuidar

Os enfermeiros utilizam estratégias que permitem regular a sua disposição emocional para cuidar, encontrando um equilíbrio entre a capacidade de estarem presentes, proximidade e envolvimento emocional que minimizem a exaustão emocional, como analisar as experiências vivenciadas, partilhar o que sentem, compreender as reações da criança e família, atenuar positivamente e não se deixar afetar.

26

(Diogo, 2015)

Regular a disposição emocional para cuidar

CONTEXTO/CONDIÇÕES	AÇÕES/INTERAÇÕES	CONSEQUÊNCIAS
<p>Porquê Motivação e missão Persistência para cuidar Vontade construtiva da relação Experienciam situações emocionalmente intensas (ficam afetados, vivem emoções perturbadoras, existência de situações difíceis de lidar)</p> <p>Fatores que facilitam Compensação (relações emocionalmente estáveis, sentimento de gratificação, sentimento de realização, as próprias crianças ajudam) Necessidade de gerirem as suas emoções para conseguir cuidar Conhecimento de si Apoio entre colegas</p> <p>Fatores que dificultam Excesso de trabalho que conduz a intensificação do stress e cansaço Fragilidades pessoais relacionadas com experiências anteriores Características individuais Transferência para os filhos Conflitos na equipa de saúde</p>	<p>Como <i>Analisar as experiências</i> Falar com os colegas Leituras Escrita Reflexão</p> <p><i>Partilhar o que sente</i> Colega específico Grupo de colegas</p> <p><i>Compreensão das reações dos clientes</i> Minimizar o negativo Perceber que não é dirigido a si</p> <p><i>Atenuar positivamente</i> Perceber que não são os únicos a falhar Acreditar na sua competência Encarar como desafio</p> <p><i>Não se deixar afetar negativamente mantendo-se conectado</i> Descentrar-se Afastar-se por momentos Evitar prestar cuidados Cortar com a fonte de emoções Cessar funções</p>	<p>Os enfermeiros conseguem inibir ou induzir emoções nos próprios de modo a conseguirem transformar as emoções perturbadoras e a continuarem a cuidar do cliente, mantendo o envolvimento emocional</p> <p>Promove o bem-estar, o alívio do sofrimento e contribui para a adaptação do cliente à situação</p>

27

(Diogo, 2015)



SÍNTESE

- É reconhecida a importância da implementação efetiva dos cuidados paliativos neonatais, permitindo promover o alívio do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida do RN/criança e sua família. O cuidar em enfermagem não pode ficar indiferente às emoções. Esta dimensão emocional dos cuidados continua a ser pouco valorizada na prática, “pelo que o trabalho emocional nem sempre é objeto de reflexão e/ou sustentação” (Diogo, 2019, p.1).

- É visível a importância que a gestão emocional tem em enfermagem pediátrica e como esta é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade e humanizados à RN/criança e família.

28

“

“Vocês dizem: É cansativo estar com crianças.
E não há dúvida de que têm razão.
Depois acrescentam:
Porque temos de nos pôr ao nível delas,
Porque temos de nos baixar,
Inclinar, curvar, tornar pequenos.
Mas aí estão enganados.
O que mais cansa não é isso,
O que mais cansa é sermos obrigados
A elevarmo-nos até à altura dos seus sentimentos,
A esticarmo-nos, a alongarmo-nos,
A ficar em bicos dos pés
Para não as magoar.”

Janusz Korczak:
Judeu polaco, 1878-1942, pediatra, escritor
28

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chambers, L. (2018). *A Guide to Children's Palliative Care*: Inglaterra;
- Diogo, P. (2015). *Trabalho Com As Emoções Em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusociência;
- Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática* (2ª versão revista). Acedido em 04-12-2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista/link/5dd82e9da6fdccdb445a1c17/download;
- Fontaine, A. & Alves, S. (2016). *Necessidades e Dificuldades Emocionais dos Pais Face à Doença Paliativa Pediátrica*. Atas-Investigação Qualitativa em Saúde, 2, 1302-1311. Acedido em 2-12-2021. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/887>;
- Goleman, D. (2012). *Inteligência Emocional*. 17ª edição. Lisboa: Temas e Debates;
- Lacerda A., (Coord). *Cuidados Paliativos pediátricos: relatório do grupo de trabalho do gabinete do secretário de estado adjunto do ministro da saúde* [Internet]. Porto: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2014;
- Mendes, J. & Silva, L. (2013). *Consenso em Cuidados Paliativos Neonatais e em Fim de Vida*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Acedido 22-01-2022. Disponível em: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Cuidados_paliativos.pdf;
- Santos, J., Pedrosa, M., Carvalho, A., Farias, C., Freitas, E., Cordeiro, J., Dias, L., Cardoso, L., Silva, S. & Leal, S. (2020). *Cuidados Paliativos em Neonatologia: uma revisão narrativa*. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(5), 14598-14601. Acedido 20-01-2022. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/18320>;
- Silva, E., Silva, M. & Silva, D. (2019). *Percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos neonatais*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1787-94. Acedido 17-01-2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/r/enf/art/MS66dKqGn9j9xCLWmsBgQYK?format=pdf&lang=pt>;
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência;
- World Health Organization. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics*. Obtido em 1 de dezembro de 2021, de WHO: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274561/9789241514453-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

30

Grata pela atenção

5. AVALIAÇÃO

A sessão contou com a presença de 3 enfermeiros presencialmente e 2 alunas de enfermagem e 21 enfermeiros virtualmente, perfazendo um total de 24 participantes. Considero que a adesão dos profissionais foi muita, o que me deixou bastante satisfeita. A sessão de formação em serviço foi realizada por videoconferência, mas também a divulgação da mesma ter sido através do email institucional foi facilitador, possibilitando a participação de um maior número de pessoas. A temática em si, também suscitou bastante interesse a toda a equipa o que foi muito positivo, viabilizando uma maior adesão por parte da equipa.

A partilha de experiências no decorrer da sessão de formação em serviço entre a equipa, a reflexão sobre essas vivências e o conhecimento desenvolvido enriqueceu grandemente o momento de partilha e de aprendizagem e reforçou a pertinência da temática. A sensibilização dos enfermeiros sobre os cuidados paliativos neonatais permitiu consciencializá-los sobre as limitações da implementação destes cuidados especializados, concomitantemente, com a importância dos mesmos. Fomentando assim, o desenvolvimento do saber com vista à prestação de cuidados de excelência ao recém-nascido com necessidades paliativas e sua família.

A realização da sessão possibilitou a resposta ao objetivo a que me propus, desenvolver estratégias de gestão emocional da família do recém-nascido. A presente apresentação também permitiu o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Com base na observação dos participantes bem como na sua participação concluo-o que a sessão de formação foi ao encontro das suas expectativas, tendo sido enriquecida também pela sua participação, pois a temática exposta levou à reflexão e simultaneamente, à partilha das diferentes vivências experienciadas. O feedback foi espontâneo no final da sessão tendo sido disponibilizada a apresentação, bem como bibliografia essencial na fundamentação da temática. A bibliografia foi facultada via email. Considero que foi uma aprendizagem pessoal bastante enriquecedora assim como para os elementos participantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chambers, L. (2018). *A Guide to Children's Palliative Care*: Inglaterra;
- Diogo, P. (2015). *Trabalho Com As Emoções Em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar* (2^o ed.). Loures: Lusociência;
- Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática* (2^a versão revista). Acedido 09-01-2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_e_m_Enfermagem_Pediatica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista/link/5dd82e9da6fdccdb445a1c17/download;
- Diogo, P., Freitas, B., Costa, A. & Gaíva, M. (2021). O cuidar em enfermagem pediátrica na perspectiva das emoções: de Nightingale à atualidade. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 74(4), 1-5. Acedido 10-01-2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/352151722_O_cuidar_em_enfermagem_pediatica_na_perspectiva_das_emocoes_de_Nightingale_a_atualidade;
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Revista Pensar Enfermagem*. 20(2), 26-47. Acedido em 07-01-2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/315661355_Os_Medos_das_Criancas_em_Contexto_de_Urgencia_Pediatica_Enfermeiro_Enquanto_Gestor_Emocional_The_Fears_of_Children_in_Pediatric_Emergency_Context_Nurse_as_Emotional_Manager;
- Fontaine, A. & Alves, S. (2016). Necessidades e Dificuldades Emocionais dos Pais Face à Doença Paliativa Pediátrica. *Atas- Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1302-1311. Acedido em 2-12-2021. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/887>;
- Goleman, D. (2012). *Inteligência Emocional*. 17^a edição. Lisboa: Temas e Debates;
- Lacerda A., (Coord). *Cuidados Paliativos pediátricos: relatório do grupo de trabalho do gabinete do secretário de estado adjunto do ministro da saúde* [Internet]. Porto: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2014;
- Mendes, J. & Silva, L. (2013). *Consenso em Cuidados Paliativos Neonatais e em Fim de Vida*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Acedido 22-01-2022.

- Disponível em: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Cuidados_paliativos.pdf;
- Real, A., Cerqueira, M. & Sousa, T. (2017). Vivências dos enfermeiros no cuidar a criança em fim de vida e a família: Estudo descritivo-exploratório. *ON* 35, 10, 24-31. Acedido 06-01-2022. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=44f1c6c7-687d-49e1-85eb-10edb14feccc%40sessionmgr4007>;
- 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*. (p.1025-1117). Loures: LUSOCIÊNCIA;
- Santos, J., Pedrosa, M., Carvalho, A., Farias, C., Freitas, E., Cordeiro, J., Dias, L., Cardoso, L., Silva, S. & Leal, S. (2020). Cuidados Paliativos em Neonatologia: uma revisão narrativa. *Brazilian Journal oh health Review*, 3(5), 14598-14601. Acedido 20-01-2022. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/18320>;
- Silva, E., Silva, M. & Silva, D. (2019). Perceção dos profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos neonatais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1787-94. Acedido 17-01-2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/MS66dKqGn9j9xCLWmsBgQYK/?format=pdf&lang=pt>;
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência;
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. Canada: Jones & Bartlett Learning;
- World Health Organization. (2018). Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics. Obtido em 1 de dezembro de 2021, de WHO: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274561/9789241514453-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Apêndice XIII: Reflexão sobre a importância do
brincar no desenvolvimento infantil



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

O brincar

Ana Margarida Santos Ferreira Brito



Lisboa
2022



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

O brincar

Ana Margarida Santos Ferreira Brito

Orientador: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa
2022

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. O BRINCAR EM CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL	5
1.1 Material disponibilizado às crianças em contexto de Consulta de Saúde Infantil e Juvenil.....	8
CONCLUSÃO.....	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório integrada no 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

A reflexão foi realizada no decorrer do estágio que se concretizou numa Unidade de Saúde Familiar, sendo esta uma atividade integrada no guia orientador das atividades de estágio, dando resposta a um dos objetivos a que me propus, prestar cuidados à criança e família promotores da saúde e do desenvolvimento infantil.

O desenvolvimento infantil é um processo contínuo caracterizado por várias mudanças, tanto físicas, como sociais e emocionais. Sendo que, a sua avaliação deve ter início no nascimento e constitui-se um instrumento essencial para a prevenção ou deteção precoce de alterações do desenvolvimento (Costa, Monteiro, Oliveira, Martins, Moraes & Gouvêia, 2019). A intervenção precoce tem sido reconhecida como extremamente benéfica, pelo que, o diagnóstico atempado destas situações é fundamental. As alterações do desenvolvimento infantil causam um forte impacto social, emocional e psicológico tanto na criança, como na família e na sociedade (Maia, Fernandes, Leite, Santos & Pereira, 2016).

A observação participativa nas Consultas de Saúde Infantil originou a presente reflexão, visto que são vários os benefícios já conhecidos do brincar para o desenvolvimento infantil. O recurso ao brincar esteve bastante presente ao longo do ensino clínico, permitindo o desenvolvimento da relação de confiança criança, família e enfermeiro, assim como, a avaliação do desenvolvimento infantil, mas também perante a necessidade de realização de procedimentos invasivos ou até mesmo no reforço positivo.

Ao longo da reflexão serão abordados aspetos vivenciados em Consulta de Saúde Infantil e Juvenil com recurso ao brincar, este foi uma mais-valia nas consultas, permitindo avaliar o crescimento e desenvolvimento infantil com enfoque no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil assim como, no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil.

1. O BRINCAR EM CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

O enfermeiro tem uma intervenção fundamental na vigilância do desenvolvimento infantil em contexto de consulta de Saúde Infantil, promovendo a obtenção contínua de ganhos em saúde.

Cada etapa do desenvolvimento infantil é caracterizada por mudanças que são vivenciadas de diferentes formas pelas crianças, umas conseguem experienciar estas fases de maneira harmoniosa outras apresentam mais dificuldade, o que requer uma maior atenção por parte dos pais. Com o alcançar das diferentes etapas a criança começa a ter uma diferente percepção do mundo e de si própria, o que permite a aquisição de novas competências e habilidades, estas aprendem como usá-las e tornam-se progressivamente mais independentes (Horta & Soares, 2021). A vigilância do desenvolvimento infantil é realizada em contexto de consulta de Saúde Infantil nas diferentes idades-chave, apesar destas idades não serem rígidas, ou seja, as crianças podem dirigir-se à consulta antes ou depois da idade-chave, se a situação assim o permitir (Direção-Geral da Saúde, 2013).

No decorrer do estágio foi bastante enriquecedor observar a intervenção da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e posteriormente, a observação participativa nestas consultas, visto que as idade-chave diferiam bastante possibilitando o aprofundamento de conhecimentos nas diferentes etapas do desenvolvimento infantil. O estágio teve a duração de quatro semanas pelo que, para além das consultas de Saúde Infantil e Juvenil foi possível colaborar na administração da BCG, mas também na realização da prova tuberculínica. Assim, tive a possibilidade de vivenciar vários momentos em que interagi e prestei cuidados à criança e família em diferentes contextos enriquecendo a minha aprendizagem.

Nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil foi possível avaliar o desenvolvimento da criança, através de uma avaliação informal que se iniciava desde o momento em que a mesma entrava na sala acompanhada pela família até ao momento em que saía. A relação com os pais, o seu comportamento e o brincar, são fatores importantes a avaliar no decorrer da consulta. A conversa com os pais é fundamental, respondendo às suas dúvidas e preocupações. Frequentemente, a avaliação informal é a mais utilizada, mas a avaliação clínica com recurso a instrumentos de rastreio standarizados é a mais eficiente (Direção Geral da Saúde, 2013). A escala de desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada foi a que utilizamos no decorrer das

consultas de Saúde Infantil e Juvenil, em que se procedia à aplicação da escala recorrendo ao material sugerido para a mesma, inicialmente brincava com a criança para se sentir mais à vontade e ganhar a sua confiança e posteriormente, caso a criança colabora-se procedia à aplicação da escala na idade específica pretendida. No gabinete afeto às consultas estão à disposição da criança vários brinquedos o que permite à mesma optar pela sua preferência. Através do brincar a criança expande as relações com o ambiente o que promove a vivência positiva de situações que têm o potencial de terem uma conotação negativa (Barroso, Santos, Santos, Nunes & Lucas, 2020). Conforme descrito por Papalia e Feldman (2013) “o brincar contribui para todos os domínios do desenvolvimento. Por meio dele, as crianças estimulam os sentidos, exercitam os músculos, coordenam a visão com o movimento, obtêm domínio sobre seus corpos, tomam decisões e adquirem novas habilidades” (p.26).

Foi notória a importância do brincar na avaliação do desenvolvimento infantil, mas também na relação que se estabelece. Relembro uma situação que vivenciei numa consulta de Saúde Infantil e Juvenil, a criança chamava-se Beatriz (nome fictício) e vinha acompanhada pela sua mãe. A Beatriz de 5 anos de idade era muito extrovertida e engraçada, entrou no gabinete da consulta na companhia da mãe e eu apresentei-me, perguntei se a Beatriz queria pintar e a mesma respondeu prontamente que sim, sentou-se numa cadeira mais pequena apoiando a folha também na que se encontrava atrás da mãe. Perguntei se a podia pesar e medir, assentiu com a cabeça e levantou-se, após ter registado os valores no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil agradeceu a sua colaboração e a mesma voltou ao seu desenho. Falei com a mãe questionando-a se tinha dúvidas ou preocupações e depois dirigi-me para perto da Beatriz, agachei-me para ficar ao seu nível e através do brincar e do material de apoio da escala de desenvolvimento de *Mary Sheridan* procedi à avaliação do desenvolvimento preconizado para os 5 anos. Desenhamos, pintamos e percebi que a Beatriz estava a desfrutar da brincadeira. Como posteriormente teria que atualizar o plano vacinal durante o desenho expliquei o procedimento à Beatriz de forma calma e afetuosa adequando a linguagem à sua idade e detalhei todas as etapas do procedimento. No decorrer da explicação a Beatriz ia colocando questões e eu dava-lhes resposta. Antes do procedimento dei a escolher à Beatriz qual o penso que queria para colocar no braço no final do procedimento e perguntei se a mesma queria ficar a agarrar no penso e ajudar-me ao que me respondeu que sim, voltei a reforçar o procedimento à Beatriz e à mãe e dei-lhe um apito colorido tipo “língua de

sogra” para a mesma apitar. Sentou-se no colo da mãe, posicionei-a de forma confortável e ao longo do procedimento ia explicando o que fazia. Pedi que a Beatriz apitasse e administrei a vacina, no fim coloquei o penso escolhido pela mesma. A sua colaboração foi fundamental na realização do procedimento, pelo que no final batemos palmas e elogiamos o seu comportamento exemplar, tendo escolhido um auto-colante, um balão e também o certificado de valentia para levar para casa, o que a deixou muito contente. Brincamos com o balão e a Beatriz ao longo da consulta esteve bastante bem-disposta e sorridente, vivenciou aquela experiência como uma brincadeira o que considero muito positivo e quando se despediu de mim e da Enfermeira Orientadora perguntou à mãe se podia ficar mais um bocadinho a brincar no gabinete connosco. Despedindo-se posteriormente de nós com um abraço. Nesta situação foi notória a importância de envolver a criança nos cuidados potenciando a sua cooperação e dando-lhe controlo perante a situação intensa associada ao procedimento doloroso, assim, a Beatriz teve um papel ativo durante o mesmo.

Na semana seguinte a irmã da Beatriz dirigiu-se à Unidade de Saúde Familiar para ser administrada a BCG. Vinha na companhia da Beatriz e da mãe, logo à chegada olhou para mim e para a Enfermeira Orientadora e disse “Também quero um balão e autocolantes como a minha mana!” (sic) e todas demos uma grande gargalhada após a sua exclamação. Foi verdadeiramente importante a utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor recorrendo a material didático tendo em conta a idade da criança, como se encontra descrito no Guia Orientador de Boas Práticas: Estratégias não Farmacológicas no Alívio da Dor na Criança (2013).

Brincar é um direito da criança, é através deste que a mesma expressa as suas emoções e necessidades e este deve ser considerado pelo enfermeiro a forma primordial de se aproximar da criança promovendo a relação terapêutica. Assim, podemos perceber que este está envolvido em muitos momentos do cuidar. É fundamental que a criança não reconheça o enfermeiro como uma ameaça e que o associe também à vivência de situações prazerosas. A relação de confiança e segurança estabelecida favorece a comunicação entre criança-família-enfermeiro e potencia a gestão de sentimentos e emoções da criança. Desta forma, a utilização do brinquedo promove a humanização dos cuidados de enfermagem.

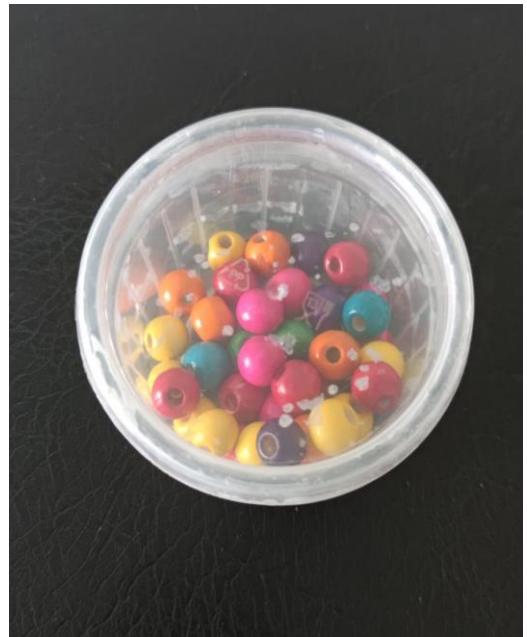
Considerando o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica e refletindo sobre a minha prática considero, que os cuidados por mim prestados são nutridos com afeto, correspondendo à segunda categoria do modelo, esta “é

caracterizada pelo afeto manifestado em cada cuidado, o que significa dar carinho e ternura, transmitir o seu amor, estando a dar de Si ao outro nas interações” (Diogo, 2015, p.120).

Assim, é fundamental incorporar o brincar na intervenção de enfermagem dada a sua importância e sensibilizar a família da criança para o brincar, visto que é essencial “reconhecer o brincar como atividade basilar do desenvolvimento infantil” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.75).

1.1 Material disponibilizado às crianças em contexto de Consulta de Saúde Infantil e Juvenil





CONCLUSÃO

A brincar a criança cresce, manifestada os seus medos, desejos e experiências vividas, mas também expressa as suas emoções assim como as frustrações dando-lhe a possibilidade de fazer escolhas e, adquire controle em situações que lhe causam desconforto ou que a assustam (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Para a criança brincar é uma forma de comunicação com o outro e é essencial que haja reciprocidade, salientando mais uma vez e justificando a importância da realização do folheto “Crescer a Brincar” também realizado no decorrer do estágio.

Conforme descrito por Diogo (2015) “os enfermeiros vão, frequentemente, ao encontro do imaginário das crianças numa sintomia com o mundo fantástico através da brincadeira” (p.118), o que transmite tranquilidade, bem-estar e confiança nos cuidados, mas também permite às crianças vivenciar experiências positivas associadas às consultas, apesar de para a mesma ser muitas vezes um fator de stress. O afeto assume também um papel fundamental no desenvolvimento da criança, para um desenvolvimento harmonioso as crianças necessitam de afeto, é uma necessidade sua, facilitando o alívio do sofrimento que muitas vezes se encontra associado a procedimentos dolorosos assim como, permite que as crianças se sintam consideradas e amadas (Diogo, 2015).

Assim e perante a reflexão realizada, considero que o brincar é essencial no desenvolvimento infantil e deve ser parte integrante do plano de cuidados de enfermagem promovendo desta forma, a satisfação da criança e da família. A mobilização de estratégias que promovem o brincar permitiu-me desenvolver competências descritas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018) em que “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas promove o crescimento e desenvolvimento infantil; comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (p.19193-19194).

Tendo em conta os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2017) saliento a procura “constante da empatia no estabelecimento de uma comunicação com a

criança/jovem, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis”; o estabelecimento de uma parceria com vista ao envolvimento, participação/parceria nos cuidados, capacitação e negociação; a concretização de atividades que visem minimizar o impacto dos fatores stressores relacionados com a experiência da hospitalização e/ou vivências de situações de risco/doença crónica; a facilitação de uma comunicação expressiva de emoções; o fornecimento de informação orientadora dos cuidados antecipatórios, dirigida às famílias, para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil; a identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico” (p.6-7).

Através da reflexão sobre as práticas “incrementa-se o conhecimento pessoal, o que influencia positivamente a relação de cuidados” (Diogo, 2019, p. 10).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barroso, M., Santos, R., Santos, A., Nunes, M. & Lucas, E. (2020). Children's perception of venipuncture through therapeutic toy. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, 1-8. DOI: 10.37689/acta-ape/2020AO0296;
- Brazelton, T. (2013). O grande livro da criança. Lisboa: Editorial Presença;
- Costa, M., Monteiro, A., Oliveira, A., Martins, E., Moraes, J. & Gouvêia, M. (2019). Crescimento e desenvolvimento infantil em crianças hospitalizadas: atuação do enfermeiro. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 8(4), 106-109;
- Diogo, P. (2015). Trabalho Com As Emoções Em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar (2^o ed.). Loures: Lusociência;
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2^a versão revista);
- Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;
- Horta, K. & Soares, A. (2021). Marcos do Desenvolvimento Emocional na Infância. *Pedagogia em Ação*, 16(2), 152-157;
- Maia, A., Fernandes, J., Leite, M., Santos, H. & Pereira, S. (2016). *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32, 248-256;
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* In Cadernos da OE - Série I, 3(3);
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança* in Cadernos da OE- Série I, 6;
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*;
- Papalia, D. & Feldman, R. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12^a edição). Porto Alegre: AMGH;
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. Diário da República, II Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194;

- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In Hockenberry, M. & Wilson. D. Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 26, (p. 1025-1060). Loures: LUSOCIÊNCIA;
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência;
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. Canada: Jones & Bartlett Learning.

Apêndice XIV: Folheto “Crescer a Brincar”



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

Folheto “Crescer a Brincar”

Ana Margarida Santos Ferreira Brito

Lisboa
2022



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

Folheto “Crescer a Brincar”

Ana Margarida Santos Ferreira Brito



Orientador: Professora Doutora Paula Diogo



Lisboa
2022

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. FOLHETO “CRESCER A BRINCAR”	6
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	7

INTRODUÇÃO

A criança é um ser em constante crescimento e desenvolvimento e ao longo do mesmo ocorrem vários processos de mudança. São passíveis de se identificar três domínios principais do desenvolvimento ou esferas do eu, o físico, o cognitivo e o psicossocial. O desenvolvimento físico integra o crescimento do corpo e do cérebro, as capacidades sensoriais, as habilidades motoras e a saúde, a aprendizagem, atenção, memória, linguagem, pensamento, raciocínio e criatividade são referentes ao desenvolvimento cognitivo, enquanto que as emoções, personalidade e relação sociais compõem o desenvolvimento psicossocial (Papalia & Feldman, 2013). Qualquer alteração que ocorra num domínio tem influência direta nos outros domínios.

Ao longo do tempo a criança através das competências que vai adquirindo torna-se mais autónoma e independente, sendo esta aquisição um processo contínuo e sequencial, o que enfatiza a importância de se respeitar a individualidade de cada criança e o seu próprio ritmo de desenvolvimento (Correio, 2020). Existem dois grandes grupos de fatores de risco que podem coexistir na mesma criança e são potenciadores de alterações no seu comportamento, o risco biológico e o risco ambiental (Correio, 2020; Papalia & Feldman, 2013). O risco biológico faz referência à concepção e gestação, durante o parto ou no pós-parto, associado frequentemente a patologias que causam lesão no sistema nervoso central, no risco ambiental a criança está inserida num contexto inapropriado, com exposição a ambientes com hábitos tóxicos, de consumo ou privação emocional, baixo nível socioeconómico ou baixo nível de escolaridade (Correio, 2020). Também a relação da criança com os pais tem influência no seu desenvolvimento cognitivo, assim como na aquisição de competências sociais e emocionais.

A avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e a sua vigilância iniciam-se na primeira consulta, esta vigilância é realizada continuamente através da observação da criança nas idades chave, questionar os pais sobre as suas preocupações e o comportamento da criança também é de extrema importância (Correio, 2020). Contudo, apesar da importância das informações fornecidas pelos pais é também importante a utilização de escalas de desenvolvimento permitindo detetar precocemente atrasos do desenvolvimento psicomotor da criança e consequentemente o acompanhamento de situações que podem afetar

negativamente a saúde da criança e que seja passível a sua correção (Direção Geral da Saúde, 2013).

Assim, podemos constatar que o conhecimento sobre as etapas do desenvolvimento infantil, a sua antecipação e a capacitação dos pais na aquisição de competências da criança através de atividades promotoras do desenvolvimento, podem evitar lacunas na estimulação da criança (Pinto, 2009). Sendo, portanto, o papel do enfermeiro de extrema importância na avaliação do desenvolvimento infantil conforme descrito no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018) o enfermeiro “promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (p.19194).


A realização do presente folheto “Crescer a Brincar” surgiu no estágio que decorreu na Unidade de Saúde Familiar, após reunião com a Enfermeira Orientadora em que procedemos ao levantamento das necessidades concluindo que a realização de um folheto em que são apresentadas atividades promotoras do desenvolvimento nas diferentes idades-chave com o intuito de entregar aos pais no decorrer das consultas de Saúde Infantil e Juvenil seria uma mais-valia. “Pode fazer a diferença incentivar os pais a brincar com o seu filho de uma forma mais dirigida, ensinando-os a dirigir os seus estímulos e a saber que jogos usar.” (Pinto, 2009, p. 677).

No decorrer do estágio não foi possível entregar o panfleto durante as consultas de Saúde Infantil e Juvenil pois o mesmo aguardava aprovação da restante equipa da Unidade de Saúde Familiar, mas a Enfermeira Orientadora comprometeu-se a fazê-lo após a aprovação.

1. FOLHETO “CRESCER A BRINCAR”


4 A

- Promover as construções com lego e puzzles;
- Proporcionar oportunidades para a criança fazer o desenho da figura humana;
- Incentivar brincadeiras que permitam à criança distinguir as cores e ensinar canções e versos;
- Promover brincadeiras que permitam desenvolver habilidades físicas e emocionais;
- Solicitar a sua participação nas tarefas diárias;
- Dar oportunidade à criança de verbalizar a sua vontade e as suas emoções.



5 A

- Restringir o tempo de ecrã (TV, consolas, computador, tablet, telemóvel) com horas e períodos definidos;
- Ensinar a criança a recortar e colar as diferentes figuras geométricas;
- Pedir que explique o significado das palavras simples e incentivar que pergunte as que não conhece;
- Proporcionar responsabilidade à criança;
- Inculcar regras, impor limites e ajudar a lidar com as emoções e os impulsos;
- Promover a participação em jogos que estimulem a expressão de emoções e o desenvolvimento harmonioso.



CRESCER A BRINCAR

?

No caso de dúvida contacte o(a) seu enfermeiro(a) e/ou médico(a) de família.

A brincar criam-se condições para as crianças desenvolverem habilidades físicas, cognitivas, motoras e emocionais essenciais para o seu desenvolvimento.

Bibliografia
 Brazelton, T. (2013). O grande livro da criança. Lisboa: Editorial Presença;
 Direção-Geral de Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção-Geral de Saúde;
 Ferreira, F. & Villela, F. (2018). O Desenvolvimento Emocional Infantil e o Lúdico: a Escola como Espaço do Brincar. Colloquium Humanarum, 15(2), 420-424.

Elaborado por Ana Margarida Brito, aluna do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria da ESEL

1 M

- Colocar o bebé ao colo e embalá-lo suavemente;
- Reproduzir canções de embalar, música instrumental ou músicas calmas com melodias repetidas. Produzir sons suaves com chochalhos ou caixa de música;
- Movimentar objetos coloridos ou pendurá-los perto da face do bebé;
- Realizar massagem corporal suave (máximo de 20 min);
- Falar com o bebé utilizando diferentes tonalidades de voz;
- Evitar ambientes hiperestimulantes.



3 M

- Interagir através da fala, utilizar a expressão facial e imitar o som de determinados objetos ou instrumentos musicais;
- Ouvir música suave com o bebé ao colo, dançar ritmadamente e cantar;
- Levantar o bebé devagar pelas mãos como se o fosse sentar;
- Oferecer objetos para o bebé segurar e colocar objetos pendentes para que possa segui-los.

6 M

- Oferecer brinquedos e estimular a que passe o objeto de uma mão para a outra;
- Sentar o bebé com apoio para que consiga participar no ambiente que o rodeia;
- Conversar e dançar com o bebé estimulando a que produza sons;
- Colocar o bebé num tapete adequado e incentivá-lo a deslocar-se para agarrar os brinquedos que se encontram mais longe;
- Reforçar o ritual de sono.

9 M

- Colocar objetos em cima de uma cadeira incentivando o bebé a colocar-se de pé;
- Referir o nome dos objetos, ensinar a colocar fora e dentro da caixa;
- Dar a experimentar diferentes texturas;
- Brincar ao “esconde” com objetos ou pessoas;
- Realizar brincadeiras com a utilização de jogos repetitivos (tapar e destapar o rosto, bater palmas, dizer adeus);
- Imitar sons de animais e objetos e pedir para a criança imitar.

12 M

- Reagir calmamente às birras para ajudar a criança a gerir as suas emoções;
- Estimular as tarefas/ordens simples e dar reforço positivo após a realização;
- Oferecer vários e diferentes objetos à criança;
- Incentivar a criança a pedir quando quer algo, verbalizando o pedido;
- Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.




18 M

- Ensinar a criança a guardar os brinquedos para que aprenda a organizar-se;
- Pedir à criança que identifique partes do corpo;
- Ensinar a criança a rabiscar num papel;
- Demonstrar o que é, e o que não é perigoso para ela;
- Realizar atividades com música incentivando a criança a cantar e dançar.



2 A

- Proporcionar brincadeiras de pular num só pé, correr e saltar;
- Oferecer tintas para a criança mexer e desenhar;
- Estimular a arrumação;
- Contar histórias e dar puzzles;
- Facilitar o jogo simbólico (faz-de-conta);
- Pedir ajuda em pequenas tarefas diárias;
- Ajudar a criança a pronunciar palavras.



3 A

- Promover atividades lúdicas físicas como saltar, correr, pular e andar de triciclo;
- Estimular a criança a contar histórias ou uma ação passada;
- Incentivar a fantasia e identificar emoções;
- Ajudar a criança a partilhar os brinquedos;
- Altura dos “porquês”, é importante ter paciência e ouvir com atenção a criança respondendo de forma assertiva e ponderada (não dar respostas incorretas e fantasiadas).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brazelton, T. (2013). *O grande livro da criança*. Lisboa: Editorial Presença;
- Correio, S. (2020). A importância da vigilância do neurodesenvolvimento na consulta de saúde infantil e juvenil em Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 36, 215-220. Acedido 20-02-2022. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12501/pdf>;
- Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;
- Ferreira, F. & Villela, F. (2018). O Desenvolvimento Emocional Infantil e o Lúdico: a Escola como Espaço do Brincar. *Colloquium Humanarum*, 15(2), 420-424;
- Papalia, D. & Feldman, R. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12ª edição). Porto Alegre: AMGH;
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25, 677-687;
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. Diário da República, II Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194.

ANEXOS

Anexo I: Teoria do Cuidado Humano de Jean
Watson

TEORIA DO CUIDADO HUMANO DE JAN WATSON: OS DEZ PROCESSOS CÁRITAS

BACKGROUND

meditation, gratitude, and reading inspired texts and literature, help us sustain the shift to a higher frequency of light consciousness.

To capture the daily life of nurses and nursing caring phenomena, the ten Caritas Processes* within the Theory of Transpersonal Caring (Watson 2008, 2012) provide the language of the phenomenon of Unitary Human Caring; they become an entrée into sustaining higher consciousness and practicing human caring and healing.

Within the transpersonal theory, Caritas consciousness transcends time, space, and physicality—thus, consciousness is non-local. That is, Caritas-way-of-being is not localized in the mind or the ego. It resides in the unitary field—thus it is within Era III-Paradigm III: unitary awareness. Caritas Consciousness is opening energetically to the infinite field of universal Love as human consciousness evolves. Thus, a transpersonal caring moment is a mutually shared consciousness field experience, which can potentiate a healing moment in that it becomes part of the life history of each person and of the larger complex pattern of life and the universe (Watson 2012).

The Ten Caritas Processes* (2017) Affirmed as Universals of Human Caring

The named and researched human caring phenomena, ten Caritas Processes, have served as a philosophical-ethical theoretical guide to nursing caring-healing practices, both nationally and globally. These processes are considered universals of human caring, informed by the values and unitary worldview of caring science. A general summary of each process follows.

1. Sustaining humanistic-altruistic values by practicing loving-kindness, compassion, and equanimity with self/other
2. Being authentically present—enabling faith, hope, belief
3. Being sensitive to self and others by cultivating one's own spiritual practices—beyond ego to transpersonal presence
4. Developing and sustaining loving, trusting, caring relationships

BACKGROUND

5. Allowing for expression of positive and negative feelings—listening authentically to another person's story
6. Creatively problem-solving—"solution-seeking" through caring processes
7. Engaging in transpersonal teaching and learning within the context of a caring relationship; staying within the other's frame of reference
8. Creating a healing environment at all levels, a subtle environment for energetic, authentic caring practice
9. Reverentially assisting with basic needs as sacred acts; sustaining human dignity
10. Opening to the spiritual, mystery, unknowns—allowing for miracles.

Finally, caring science and the ten Caritas Processes and their prominent presence and evolution in educational and practice models worldwide invite a new discourse about the relationship between Caritas-Veritas Literacy Processes and unitary caring science as a manifestation of the unfolding maturing of nursing *eupraxis* within the Unitary Transformative paradigm. This evolved unitary science is both scientific and humanitarian; it intersects with the arts and humanities and related fields of study and practices, such as eco-caring, peace studies, philosophy, ethics, women/feminist studies, theology, education, and mind-body-spirit medicine and the growing field of integrative medicine and integrative nursing.

In conclusion, this chapter offered an overview of the evolution of caring science/Caritas Processes and the Theory of Transpersonal Human Caring over the past thirty-plus years. A historic view of the location of "caring" within the intellectual discourse of the nursing paradigm was explored, along with current thinking, which reconciled Caring Science Theory and the Unitary Science of Humans, resulting in Caritas-Veritas Literacy toward unitary caring science *praxis/eupraxis*—that is, "good in and of itself as a moral good" for self and society.

Disponível em: Watson, J. (2018). *Unitary Caring Science: The Philosophy and Praxis of Nursing*. Colorado: The University Press of Colorado.

Anexo II: Modelo TEEP de Paula Diogo

MODELO TEEP DE PAULA DIOGO



LEGENDA: Representação esquemática do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Modelo TEEP); Relação entre as cinco categorias de intervenção designadas pela sua intencionalidade terapêutica (adaptado da Tese de Doutoramento de Paula Diogo, 2010, publicada em 2012 e revista em 2015)

Tabela 1 – Categoria de intervenção “Promover um ambiente seguro e afetivo”

CONTEXTO/CONDIÇÕES	AÇÕES/INTERAÇÕES	CONSEQUÊNCIAS
<p>Porquê O ambiente hospitalar é muitas vezes estranho e stressante Preconceitos negativos sobre o hospital (ambiente adverso, dominador e que causa insegurança) A criança precisa de proteção</p> <p>Fatores que facilitam <i>Ambiente físico:</i> Pinturas nas paredes e tetos Vídeos de desenhos animados Brinquedos Sala de brincadeiras</p>	<p>Como <i>Acolher</i> <i>Cumprimentar</i> <i>Expressar afeto</i> <i>Gerar ambiente familiar</i> <i>Preservar o quarto/unidade do cliente</i> <i>Sintonia com o mundo infantil</i> (brincadeira; cantar; mobilizar personagens de contos de fada, de filmes ou desenhos animados) <i>Despedidas calorosas</i> <i>Fotografias para recordar</i></p> <p>Modo Ambiente afetivo que se cria na relação com os clientes, durante os procedimentos e entre os enfermeiros. Uso de fardas coloridas e com bonecos.</p>	<p>A experiência de doença e hospitalização torna-se mais positiva pois os clientes conseguem sentir-se à-vontade na relação com os enfermeiros, colocam as suas dúvidas e estão mais tranquilos</p> <p>A recuperação das crianças e dos jovens é mais rápida quando estes estão familiarizados com o ambiente, quando estão melhor adaptados e se sentem seguros no hospital.</p>

Tabela 2 – Categoria de intervenção “Nutrir os cuidados com afeto”

CONTEXTO/CONDIÇÕES	AÇÕES/INTERAÇÕES	CONSEQUÊNCIAS
<p>Porquê Necessário para o desenvolvimento das crianças; Desejado; Direito; Apelam; Diminui os fatores de <i>stress</i> associados à hospitalização; Cuidados não funcionam sem afetos; Pode ser tão ou mais importante do que um procedimento perfeito; Facilita a execução dos procedimentos; Essencial para conquistar a confiança</p> <p>Fatores que facilitam Gostar muito de crianças; Considerar as crianças como se fossem o seu próprio filho ou alguém da família; Modo afetivo de ser; Tempo de contacto e desenvolvimento da relação; Experiência de parentalidade</p>	<p>Como <i>Dádiva de afeto</i> Sorriso; Voz embalada e suave; Olhar meigo; Falar amigado (adjetivos carinhosos, frases carinhosas, “inhos”, movimentos balanceados com a cabeça); Carinho (festas e toques suaves, beijinhos e abraços); Colo</p> <p>Quando <i>Momento próprio</i> Cumprimento no início do turno; Despedidas; Tomar conta da criança <i>Vinculado aos procedimentos</i> Conforto; Posicionamento; Higiene; Alimentação; Segurança; Procedimentos dolorosos; Envolve todos os cuidados e inclui o ambiente e relação entre colegas</p> <p>Modo <i>Espontâneo</i> Ato natural ou que “sai” durante os cuidados <i>Intencional</i> Em substituição dos pais; Aliviar o sofrimento de uma criança/jovem que está só; Planeamento de cuidados</p>	<p>O cliente sente-se amado e considerado</p> <p>Pais sentem confiança nos enfermeiros e segurança nos cuidados</p> <p>Tranquilidade, bem-estar e perceção de não ser tão mau estar hospitalizado</p> <p>Alivia o sofrimento e constitui uma forma de ajuda e apoio</p> <p>Desenvolvimento e consolidação da relação</p> <p>Colaboração facilitada dos clientes nos cuidados</p>

Tabela 3 – Categoria de intervenção “Facilitar a gestão das emoções dos clientes”

CONTEXTO/CONDIÇÕES	AÇÕES/INTERAÇÕES	CONSEQUÊNCIAS
<p>Porquê Vivências emocionais potencialmente intensas inerentes à doença e hospitalização; Problemas emocionais anteriores; Os clientes conseguem lidar melhor se forem ajudados.</p> <p>Fatores que facilitam Acesso prévio à informação sobre o estado emocional; Saber experiencial; Sensibilidade vigilante; Relação construída</p>	<p>Como <i>Gestão emocional de antecipação</i> Postura calma e carinhosa Mostrar disponibilidade Preparação para os procedimentos Fornecer explicações/informações Favorecer a expressão de sentimentos Dar reforço positivo Distração</p> <p><i>Gestão das emoções reativas</i> Envolver a família nos cuidados Explicar e esclarecer dúvidas Fazer pausas Fomentar a esperança Colocar-se ao lado Dar carinho Diferenciar os momentos</p>	<p>Na maioria das interações e a maior parte do tempo permite evitar que os clientes experienciem emoções de tonalidade negativa</p> <p>Promover a tranquilidade e bem-estar emocional</p> <p>Potenciar o autocontrolo emocional</p> <p>Conquistar a confiança</p>

	Desviar o foco de atenção Encorajar e restringir	
--	---	--

Tabela 4 – Categoria de intervenção “Construir a estabilidade na relação”

CONTEXTO/CONDIÇÕES	AÇÕES/INTERAÇÕES	CONSEQUÊNCIAS
<p>Porquê Os clientes vivem uma experiência emocional intensa que projetam na interação. A estabilidade das relações é essencial na prática de cuidados Confiança frágil ou ausência desta; A cultura do cliente; A recusa e defesa do cliente; Os conflitos mal resolvidos entre enfermeiros e clientes; Hostilidade dos clientes; Procedimentos dolorosos; Incumprimentos; Momentos de quebra de confiança</p> <p>Fatores que facilitam Pais calmos e simpáticos; Crianças/jovens recetivos; Enfermeiros com disponibilidade de tempo; Sentimento de empatia; Sentimento de confiança; Tempo de contacto; Figura de referência</p>	<p>Como <u><i>Envolvimento emocional</i></u> Ligação afetiva Proximidade Conhecimento mútuo Confiança</p> <p><u><i>Gestão de episódios conflituosos</i></u> Abordagem calma e de controlo Dar espaço para a expressão Desmontar o problema Procurar a reconciliação Não fazer juízos de valor negativo</p> <p><u><i>Equilíbrio de poderes</i></u> Tomada de decisão partilhada Dar espaço à função parental Colaboração mútua Participação do cliente Partilha de informação</p>	<p>Tranquilidade nas relações entre enfermeiros e clientes, um convívio pacífico necessário à prestação de cuidados</p> <p>As relações são afetivas e os conflitos são minimizados</p> <p>Tranquilidade da parte dos pais e a uma percepção de que podem contar com os enfermeiros</p> <p>As orientações/explicações que fornecem aos clientes são levadas em conta</p> <p>Melhor adaptação e capacidade para lidar com a situação de doença e hospitalização</p> <p>Aceitação e compreensão para com os enfermeiros</p>

Tabela 5 – Categoria de intervenção “Regular a disposição emocional para cuidar”

CONTEXTO/CONDIÇÕES	AÇÕES/INTERAÇÕES	CONSEQUÊNCIAS
<p>Porquê Motivação e missão; Persistência para cuidar; Vontade construtiva da relação. Experienciam situações emocionalmente intensas (ficam afetados, vivem emoções perturbadoras, existência de situações difíceis de lidar)</p> <p>Fatores que facilitam Compensação (relações emocionalmente estáveis, sentimento de gratificação, sentimento de realização, as próprias crianças ajudam); Necessidade de gerirem as suas emoções para conseguir cuidar; Conhecimento de si; Apoio entre colegas</p> <p>Fatores que dificultam Excesso de trabalho que conduz a intensificação do <i>stress</i> e cansaço; Fragilidades da pessoa relacionadas com experiências anteriores; Características individuais; Transferência para os filhos; Conflitos na equipa de saúde</p>	<p>Como <u><i>Analisar as experiências</i></u> Falar com os colegas Leituras Escrita Reflexão</p> <p><u><i>Partilhar o que sente</i></u> Colega específico Grupo de colegas</p> <p><u><i>Compreensão das reações dos clientes</i></u> Minimizar o negativo Perceber que não é dirigido a si</p> <p><u><i>Atenuar positivamente</i></u> Perceber que não são os únicos a falhar Acreditar na sua competência Encarar como desafio</p> <p><u><i>Não se deixar afetar</i></u> Descentrar-se Afastar-se por momentos Evitar prestar cuidados Cortar com a fonte de emoções Cessar funções</p>	<p>Com a maioria das estratégias os enfermeiros conseguem inibir ou induzir emoções nos próprios de modo a conseguirem transformar as emoções perturbadoras e a continuarem a cuidar dos clientes, mantendo o envolvimento emocional</p> <p>Promove o bem-estar, o alívio do sofrimento e contribui para a adaptação do cliente à situação</p>