

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

**Promoção de Cuidados Centrados na Família no**  
**Serviço de Urgência Pediátrica – Intervenção do**  
**Enfermeiro Especialista**

**Daniela Sofia Costa Reis**

**Lisboa**

**2016**



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

Relatório de Estágio

**Promoção de Cuidados Centrados na Família no**  
**Serviço de Urgência Pediátrica – Intervenção do**  
**Enfermeiro Especialista**


**Daniela Sofia Costa Reis**

Professora Orientadora: Maria Teresa Oliveira Marçal

**Lisboa**

**2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Vi as águas os cabos vi as ilhas  
E o longo baloiçar dos coqueirais  
Vi lagunas azuis como safiras  
Rápidas aves furtivos animais  
Vi prodígios espantos maravilhas  
Vi homens nus bailando nos areais  
E ouvi o fundo som das suas falas  
Que já nenhum de nós entendeu mais  
Vi ferros e vi setas e vi lanças  
Oiro também à flor das ondas finas  
E o diverso fulgor dos outros metais  
Vi pérolas e conchas e corais  
Desertos fontes trémulas campinas  
Vi o rosto de Eurydice das neblinas  
Vi o frescor das coisas naturais  
Só do Preste João não vi sinais  
  
As ordens que levava não cumpri  
E assim contando tudo quanto vi  
Não sei se tudo errei ou descobri”

*Sophia de Mello Breyner Andresen*

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Maria Teresa Oliveira Marçal por todo o apoio e disponibilidade incondicionais, motivação e cuidado.

À Professora Maria José Pinheiro pela orientação e incentivo.

A todos os enfermeiros de referência.

A todas as crianças/jovens e famílias de quem cuidei.

Aos companheiros desta viagem Alexandra, Irina, Helga, Rafael, Ricardo e Taís.

Aos meus amigos.

Aos meus avôs que estão sempre comigo mesmo que longe.

Aos meus pais e à minha avó pelo amor incondicional.

Ao meu filho Tomé.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CCF – Cuidados Centrados na Família

CHC - Committee on Hospital Care

CPEM – Committee on Pediatric Emergency Medicine

CRPC – Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral

EE – Enfermeiro Especialista

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

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

ENA - Emergency Nurses Association

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IPFCC – Institute for Patient-and Family-Centered Care

OE – Ordem dos Enfermeiros

PC – Paralisia Cerebral

RCN – Royal College of Nursing

RCPCH – Royal College of Paediatrics and Child Health

SO – Serviço de Observação

SPN – Society of Pediatric Nurses

SIP - Serviço de Internamento de Pediatria

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

## RESUMO

Este relatório descreve o percurso do Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, e o processo de aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas na conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados especializados à criança, jovem e família. Numa articulação aturada, entre prática de cuidados e teoria, numa compreensão aprofundada do pensamento e saber específico do cuidado de enfermagem, pelo enfermeiro especialista (EE), as atividades e as aprendizagens teóricas e experienciais realizadas no estágio são alvo de reflexão e análise crítica. Os constantes eventos reflexivos ocorreram a vários níveis, como resultado da leitura do conhecimento produzido, das aulas e seminários, da observação, interação e prestação de cuidados, com o intuito de uma tomada de decisão e de um saber que responde à problemática identificada. Os níveis em que a reflexão construtiva ocorreu, na prática e sobre a prática, com alicerces na evidência científica, potenciaram-se entre si e confluíram na aquisição de competências.

Enquadra-se na teoria de Cuidar Humano de Jean Watson e tem como foco os Cuidados Centrados na Família (CCF) em pediatria. Uma visão integradora do ser humano, ser numa experiência de vulnerabilidade e ávido por transformação, na medida que deseja ser pleno, indica-nos caminhos e envolvimento possíveis para a sua capacitação e potenciação. A possibilidade de prestar CCF como promoção do cuidado humano está sempre presente na equação interativa família/enfermeiro. A família que vive a ida da criança ao Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) atravessa um desafio resultante da sua vulnerabilidade e das circunstâncias dessa situação de saúde e do contexto de cuidados.

Os CCF, enquanto uma filosofia para um cuidado de excelência das famílias, podem e devem ser amplamente aproveitados como ferramenta para o cuidar, presentes nas terapêuticas de enfermagem, cabendo ao EE a sua sistemática promoção. Isto é, é recomendado que os enfermeiros desenvolvam uma ação pensada, organizada e intencional ao serviço dos CCF, sob a liderança do EE. Apesar de reconhecidos em saúde infantil e pediatria, a sua plena aplicação é ainda incipiente. Pretende-se, com este relatório, pensar, promover e contribuir para a consolidação da prática dos CCF no SUP.

**Palavras-chave:** Teoria de Cuidado Humano, Cuidados Centrados na Família, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Serviço de Urgência Pediátrica.

## **ABSTRACT**

This report describes the path in the Master of Nursing in Infant and Pediatrics Health Specialization, and the acquisition and development of scientific, technical and human skills in the design, management, delivery and supervision of specialized care to children, youth and family. A thorough connection between care practice and theory, a thorough understanding of thought and specific knowledge of nursing care, by the nurse specialist, the activities and the theoretical and experiential learning performed on stage are the subject of reflection and critical analysis. The constant reflective events occurred at various levels as a result of reading the produced knowledge, classes and seminars, observation, interaction and caring, with the aim of a decision-making and knowledge that responds to the identified problems. The levels at which the constructive reflection occurred in practice and on the practice, with foundations on scientific evidence, potentiate each other and converged in skills.

Falls fits within the Human Care Theory of Jean Watson and focuses on the Family Centered Care (FCC) in pediatrics. An integrated view of the human being, as a be in a vulnerable experience and eager for change, that want to be full, indicate us ways and possible implications for their capacity building and empowerment. The possibility of providing FCC as promotion of human care is always present in the interactive family/nurse equation. The family and the child that visit the Emergency Department (ED) experience a challenge resulting from their vulnerability and circumstances of the health situation and the context of care.

FCC as a philosophy for excellence caring of families, can and should be widely used as a tool for caring, present in the nursing therapeutics. It is recommended that nurses develop an action designed, organized and purposeful in service of FCC, under the leadership of the nurse specialist. Although recognized in infant and pediatric health, its full implementation is still incipient. It is intended with this report, think, promote and contribute to the practice of consolidation of FCC in the Children ED.

**Keywords:** Theory of Human Caring; Family-Centered Care; Pediatric Nurse; Children Emergency Department.

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1. QUADRO CONCEPTUAL.....</b>	<b>12</b>
1.1. A Teoria de Cuidar de Jean Watson .....	12
1.2. Da Teoria de cuidar de Jean Watson a uma estratégia de CCF .....	16
1.3. CCF – clarificação do conceito e elementos estruturantes .....	17
1.4. Promover o cuidar humano no SUP: os CCF nas terapêuticas de enfermagem .....	23
<b>2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO .....</b>	<b>27</b>
<b>3. PERCURSO DE ENFERMEIRO GENERALISTA A ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA .....</b>	<b>30</b>
3.1. Processos de cuidados à criança/ jovem e família, utilizando uma abordagem de CCF .....	32
3.2. Proposta de Programa Promotor de Cuidados de Enfermagem Centrados na Família no Serviço de Urgência Pediátrica .....	51
3.3. Competências desenvolvidas .....	56
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS .....</b>	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>62</b>

## ANEXOS

**ANEXO I** – Quadro de Fatores do Cuidar e Processos de Cuidar/Caritas Processes de Jean Watson

## APÊNDICES

**APÊNDICE I** – Tabela de Princípios de Cuidados Centrados na Família

**APÊNDICE II** – Cronograma de Estágio

**APÊNDICE III** – Guia Orientador do Estágio

**APÊNDICE IV** – Guião de Observação de Práticas de Cuidados Centrados na Família

**APÊNDICE V** – Guia de Acolhimento à Família ao Serviço de Internamento de Pediatria

**APÊNDICE VI** – Guia de Acolhimento à Família ao Serviço de Urgência Pediátrica (Serviço de Observação)

**APÊNDICE VII** – Poster: Cuidados de Enfermagem Centrados na Família – Preparação da Família para Apoio e Suporte à Criança Durante Procedimentos

**APÊNDICE VIII** – Poster: Algoritmo Orientador de Intervenções de Enfermagem que Diminuem o Stress da Família numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

**APÊNDICE IX** – Sessão de Formação: Suporte Básico de Vida no Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral – Esclarecimento de Procedimentos

**APÊNDICE X** – Mapa de Utilização, Reposição e Manutenção do Carro de Urgência do CRPC

**APÊNDICE XI** – Análise SWOT SUP2

**APÊNDICE XII** – Sessão de Formação: Programa Promotor de Cuidados de Enfermagem Centrados na Família no Serviço de Urgência Pediátrica

**APÊNDICE XIII** – Dossier Informático de Cuidados de Enfermagem Centrados na Família no Serviço de Urgência Pediátrica

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1: Práticas de CCF observadas por indicador..... 36

## INTRODUÇÃO

O presente relatório propõe-se a descrever o meu percurso ao longo da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 5º Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL], e o processo de aquisição e desenvolvimento de competências que o caracterizou. O referido Estágio teve como finalidade desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família. Os eventos reflexivos inerentes ao meu desenvolvimento académico são o fulcro deste trabalho: ocorreram de forma constante, a vários níveis, nomeadamente como resultado da leitura de autores e do conhecimento produzido, da frequência de aulas e seminários, da observação, interação e prestação de cuidados nos estágios. Estes diferentes níveis em que a reflexão ocorreu, em ambiente de prática e sobre a prática, potenciaram-se entre si e confluíram na aquisição de competências.

A ciência de enfermagem como disciplina tem ancorado, atualmente, o seu pensamento no paradigma da transformação, em que os elementos em interação são contínuos, recíprocos e simultâneos, e os fenómenos únicos, complexos e globais (Kerouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 1996). Neste paradigma *unitário – transformador* o cuidar de enfermagem é “baseado numa ontologia, numa ética de relacionamento, de ligação e consciência” (Watson, 2002b, p.102). A enfermagem avançada como ciência sobretudo humana e, desejavelmente, cada vez menos médica (Watson, 2002a) impulsiona ao questionamento e ao estudo e à problematização da prestação dos cuidados de enfermagem à criança e sua família.

Este relatório tem como principal foco os Cuidados Centrados na Família (CCF) na área da pediatria, nomeadamente no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), local onde exerço a minha atividade profissional. A escolha da temática dos CCF deveu-se ao meu interesse pessoal pela mesma, ao reconhecimento da sua pertinência pelos enfermeiros do SUP, à identificação da necessidade de aumentar a satisfação da família quanto aos cuidados recebidos na urgência pediátrica e ao seu reconhecido potencial para aumentar a qualidade dos cuidados.

Os CCF são amplamente reconhecidos na área da enfermagem da saúde infantil e pediatria, no entanto, a sua plena aplicação não é ainda uma realidade. Pretendeu-se, com o estágio e agora com o presente relatório pensar, promover e contribuir para uma eficiente e eficaz consolidação da prática dos CCF no SUP em particular.

A família que vive o evento de uma ida da criança à urgência pediátrica atravessa, de uma forma geral, um desafio resultante da sua vulnerabilidade e das circunstâncias dessa situação de saúde e do contexto de cuidados. Os CCF surgem como uma filosofia de cuidados para um mais satisfatório suprimento das necessidades das famílias e das crianças e jovens que acorrem ao SUP.

Os CCF podem e devem ser entendidos e vividos como ferramenta para o cuidar de enfermagem, como marca indelével das terapêuticas de enfermagem, cabendo ao enfermeiro especialista (EE) a sua sistemática promoção. Isto é, é necessário que os enfermeiros desenvolvam uma ação pensada, organizada e intencional ao serviço dos CCF, o que apela à liderança do EE.

Urge o preenchimento da prática clínica com o substrato dos princípios e pilares propostos pelos CCF, numa tentativa de aproximação entre o que já são as práticas implementadas e as práticas de excelência, nomeadamente no SUP, de forma a aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem e a satisfação das crianças e famílias.

Para além desta introdução e de um espaço relativo às considerações finais e projetos futuros, o presente relatório está estruturado em três capítulos. No primeiro será abordado o quadro conceptual, nomeadamente a teria do cuidado humano e os CCF no SUP como enquadramento das intervenções de enfermagem neste contexto particular. No segundo será exposta a problemática dos cuidados que são prestados às famílias em resposta aos seus problemas e na potenciação das suas forças no SUP, designadamente a intervenção de enfermagem neste contexto terapêutico. No terceiro, será abordado o percurso de desenvolvimento de competências de enfermeiro generalista a enfermeiro especialista nomeadamente como cuidador no SUP, incluindo primeiramente uma referência aos objetivos e atividades preconizadas e realizadas seguidos das competências desenvolvidas.

## 1. QUADRO CONCEPTUAL

Neste capítulo apresenta-se o enquadramento conceptual em que se sustenta este relatório de estágio, base teórica na qual se propõe articular conceitos que permitam uma compreensão mais profunda do tema a explorar. O ponto de partida é a teoria de cuidado humano de Jean Watson, recurso este que alicerça a estrutura do pensamento em enfermagem aqui exposto para uma abordagem de CCF – o reconhecimento da criança como alvo de cuidados e integrada/ inscrita na sua família como alvo de cuidados desenvolvidos pela enfermagem da criança e do jovem. Sendo a família central na vida da criança e nos processos de cuidados que lhe são prestados, é incontornável a evocação, definição e proposta fundamentada de promoção de CCF para potenciar esses cuidados. Para tal é essencial a clarificação do conceito de CCF, a descrição da sua evolução histórica, a apresentação dos seus princípios e pilares orientadores da prática, e a exposição dos seus benefícios. Para finalizar este enquadramento, foca-se a situação particular da prestação de CCF no SUP, da forma como esta filosofia pode potenciar a satisfação e qualidade dos cuidados de enfermagem e designam-se intervenções de enfermagem promotoras de CCF.

### 1.1. A Teoria de Cuidar de Jean Watson

O *cuidar* é o conceito central da prática da Enfermagem, o que tem levado ao desenvolvimento de diversas teorias do cuidar. São estas que procuram fundamentar e inter-relacionar o metaparadigma da Enfermagem: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem.

Para Watson, “o cuidar está relacionado com respostas humanas intersubjetivas às condições de saúde-doença; um conhecimento de saúde-doença, interações ambiente-pessoa; um conhecimento do processo de cuidar; um auto-conhecimento e conhecimento das nossas capacidades e limitações para negociar” (2002a, p.55). E segundo o postulado de que o *cuidar* está intrinsecamente ligado à cura, Watson desenvolveu a sua Teoria de Cuidado Humano (Watson, 2009).

Watson refere que a necessidade de elaborar a teoria humana do cuidar, a necessidade de elucidar o processo de cuidar, se deveu à confrontação com problemas conceptuais filosóficos para os quais não tinha resposta (Watson, 2002a). Para Watson uma teoria é “um agrupamento imaginativo de conhecimentos, ideias e experiências que são representadas simbolicamente e procuram clarificar um dado fenómeno” (Watson, 2002a, p. 8), pelo que traça o seu caminho conceptual procurando significados, inter-relações, iluminando e trazendo ao conhecimento questões e conexões mais obscurecidas. Ao escolher esta via, impulsiona, a par com outros autores de teorias de enfermagem contemporâneas, a enfermagem a mover-se para um horizonte próprio, para além do carácter rígido de uma cientificidade tradicional, preocupada com o objetivável e com verificação: “à medida que a enfermagem progride, vai quebrando os laços da dependência com o tradicional médico-científico e dedica-se a desenvolver a sua própria herança científica” (Watson, 2002a, p. 28). Assim, escolhendo fazer avançar a enfermagem como ciência humana em detrimento dos moldes epistemológicos de uma ciência empírica, concentra-se em valores humanos e afasta a sua atenção de aspetos não humanos, organicistas, instrumentais, passíveis de serem medidos, conquistando espaço para “buscar mais acerca do privado, do mundo íntimo do cuidar e das experiências humanas interiores, em vez de nos concentrarmos no mundo público das técnicas de cura e no comportamento externo” (Watson, 2002a, p. 35).

Segundo Watson (2002a), a derivação da enfermagem no sentido de uma ciência mais humana inaugura novas consequências para a prática profissional, metodologia, contribuição da enfermagem para a sociedade e para a preservação da humanidade.

Nos tempos de hoje, os dispositivos burocráticos e tecnológicos presentes nas instituições de saúde atravessam-se no caminho do cuidar, assim o argumenta Watson (2002a, p.54) quando diz que “os sistemas de saúde das instituições e comunidades semelhantes, são organizados e administrados de uma forma que é incongruente com o cuidar profissional”. O cuidar perde terreno perante a consolidação do paradigma tradicional doença-cura, reforçando desta forma a pertinência da questão da preservação e progresso do cuidar para a enfermagem contemporânea (Watson, 2002a).

Para esta teórica da Enfermagem o *cuidar* deve ser encarado como uma atitude e qualquer interação entre enfermeiro-doente pode ser uma oportunidade de criação e

experimentação do cuidar, dependendo da intencionalidade e consciência do cuidado prestado (Watson, 2007).

O importante subsídio da Teoria do Cuidar para este projeto, aqui evocando os CCF, consiste numa interpretação profunda e filosófica do ato de cuidar: para Watson, o cuidar resulta de um complexo investimento do cuidador e evoca a necessidade de mobilizar recursos morais para a proteção da dignidade e integridade humana. Esta situação é desse ponto de vista um exemplo: “Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e suas consequências.” (Watson, 2002a, p.55). O cuidar não se esgota num impulso nem num gesto, é “(...) uma atitude, um compromisso e um julgamento consciente que se manifesta em atos concretos.” (Watson, 2002a, p.60). Para além disso, Watson avança que o cuidar excede a relação de cuidado estabelecida entre enfermeiro e doente a nível individual, produzindo efeitos abrangentes na profissão de enfermagem, com consequências para a humanidade. Deste modo “cuidar é a essência da enfermagem e o foco mais central e unificador da prática de enfermagem.” (Watson, 2002a, p.62).

Numa boa definição do que são atos de cuidar, Watson afirma que são

tentativas transpessoais de humano-para-humano para proteger, aumentar e preservar a humanidade, ajudando a pessoa a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência; para ajudar o outro a ganhar autoconhecimento, controlo e auto-restabelecimento no qual um sentido de harmonia interior é restituído, apesar das circunstâncias externas (Watson, 2002a, p.96).

Esta definição sublinha a influência da intersubjetividade inerente à relação de cuidar, o que nos remete para o conceito da metafísica e os riquíssimos processos intrínsecos de cada agente, ocorrentes ao nível da alma ou mundo interior. Está muito patente na seguinte citação, a que nível se torna necessário o recurso ao transcendente ao plano físico dos fenómenos

este objetivo (ajudar as pessoas a ganharem um grau mais elevado de harmonia na mente, no corpo e na alma) é procurado através do processo de cuidar e transações do cuidar que respondem ao mundo interior da pessoa de tal forma que o enfermeiro ajuda os indivíduos a encontrar significado na sua existência, na desarmonia, no sofrimento e no tumulto, promovendo o autocontrolo, a escolha e a autodeterminação nas decisões de saúde/doença (Watson, 2002a, p.87).

O termo transpessoal, acima contido numa citação da autora e utilizado para caracterizar o tipo de relação estabelecido entre enfermeiro que cuida e o doente (e do enfermeiro consigo mesmo) é também um dos termos chave para Watson ao traduzir a consideração da pessoa de forma integral (mente-corpo-alma), defendendo a sua dignidade (Watson, 2002a). A arte do cuidar transpessoal é conseguida quando o enfermeiro estimula a expressão de emoções do doente, mobilizando os sentimentos que a situação do outro lhe causa: põe a sua humanidade ao serviço do cuidar, ao serviço do outro, num processo que culmina num desagravamento das desarmonias que afetam o corpo-mente-alma do doente, o qual consegue encontrar novos sentidos. Sintetizando o cuidar transpessoal para a autora “(...) é a essência e o ideal moral de um estilo de enfermagem onde a dignidade humana e o humanismo são preservados e a indignidade humana é suavizada nas experiências de saúde-doença.” (Watson, 2002a, p.125).

Assim, os pressupostos do cuidar em Enfermagem defendem que o *cuidar*: é interpessoal; permite a satisfação de necessidades humanas; promove a saúde e o crescimento individual e familiar; permite a aceitação do individuo como é atualmente, bem como todo o seu potencial futuro; é promotor de saúde, não se restringindo à cura, mas complementando o processo da mesma e permite o desenvolvimento do potencial do individuo (Watson, 2009; Neil, 2002).

Identificando-os como aspetos essenciais no cuidar em Enfermagem, Watson desenvolveu 10 fatores do cuidar aos quais correspondem o atual *Caritas Processes* (Watson, 2007; Neil, 2002; McCance T., McKenna H. & Boore J., 1999). No anexo I apresenta-se o **Quadro de Fatores do Cuidar e Processos de Cuidar/Caritas Processes de Jean Watson**. Estes fatores de cuidar correspondem aos aspetos essenciais do cuidar, sem os quais os enfermeiros não praticam enfermagem, mas antes desempenham funções de técnicos ou trabalhadores qualificados, sob a égide do enquadramento dominante de uma ciência médica, tecnológica e vocacionada para a cura (Watson, 2007, p.130). Segundo a teórica de enfermagem, os Fatores do Cuidar vieram ajudar a definir um enquadramento passível de suportar a disciplina e a profissão de enfermagem.

Os Processos de Cuidar são uma extensão dos originais Fatores do Cuidar, mais aprofundados e clarificados introduzidos pela autora em 2005: “(...) Caritas Processes pretendem facultar uma linguagem mais fluída de forma a compreender a um nível mais

profundo os Fatores do Cuidar, os quais detêm as dimensões mais profundas dos processos de vida das experiências humanas.” (trad. do autor) (Watson, 2007, p.131).

## **1.2. Da Teoria de cuidar de Jean Watson a uma estratégia de CCF**

Preservar o conceito de pessoa e da sua dignidade na ciência da enfermagem é um dos principais objetivos a que Watson se tem proposto. Os CCF também partilham desse fito, pois trabalhar ainda mais com as famílias e estar atento às suas particularidades, interações e potencial é elevar o conceito de pessoa. Sendo o princípio da autonomia, mais complexo na área pediátrica, os CCF dão subsídios para defender este princípio.

É essencial falar do papel da metafísica segundo a visão de Jean Watson quando se pensa na aplicabilidade dos CCF. A consideração da interação dos mundos interiores (ou almas) dos intervenientes no ato de cuidar é fundamental, para poder adequar o cuidado a essas particularidades. O cuidado tem de se dirigir ao individual, neste caso a uma criança integrada/inscrita na sua família. Para Watson (Meleis, 2012) o problema de enfermagem é causado por uma incapacidade na transcendência humana, ou seja, uma desarmonia entre mente, corpo e alma, entre a pessoa e o mundo, e a família está inscrita neste mundo da criança. A família para a criança é quase que o primeiro mundo a que ela está aberta, partindo do pressuposto da escola do cuidar de que a pessoa está aberta ao mundo.

Nesta perspetiva o enfermeiro tem como missão contribuir para harmonizar a relação da pessoa com o mundo, mundo esse onde está inscrita de forma destacada a família – o primeiro mundo, integrando de forma fluida aspetos da mente, corpo e alma; e aqui a família surge quase como um suprassistema da criança que requer e não pode deixar de ter intervenção. Consegue ser tão próxima e tão estreita a relação entre a criança e a família, ao ponto de considerarmos que há uma unidade – unidade familiar, a abordar.

Desenvolver uma prática considerando o conceito de transcendência de Watson é mergulhar no mundo interior da criança e no mundo das suas pessoas significativas (família), para entender o equilíbrio / desequilíbrio do sistema e sobre ela poder atuar. E ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria [EEESIP] é

procurar atuar, cada vez menos, com um conjunto de prescrições universais. Não desprezar a capacidade de transcendência e autoconsciência humana no contexto do cuidar é realizar as potencialidades do ato de cuidar.

Os CCF facilitam esse caminho pois contextualizam a criança e os seus recursos no seu ambiente familiar como um continuum. Praticar CCF é cuidar através de relações transpessoais, num esforço de defender a integralidade e dignidade da pessoa, da humanidade. Permitir que a família expresse os seus sentimentos, de acordo com o cuidar transpessoal de Watson, eleva a fasquia da qualidade de cuidados, pois o enfermeiro é chamado a entender e ajudar a dissolver desarmonias, numa postura de maior proximidade e autenticidade, mais atento às complexidades de cada unidade (família) ao seu cuidado.

### **1.3. CCF – clarificação do conceito e elementos estruturantes**

Como temos vindo a referir os cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediatria têm como clientes as crianças, os jovens e as suas famílias. A criança é indissociável da sua família, e “o cuidado de enfermagem à criança está estreitamente relacionado com o cuidado à criança e sua família” (Hockenberry, 2014, p.50).

A família é um conceito reconhecido universalmente, embora a sua definição possa não ser comum a indivíduos, sociedades ou disciplinas. “Não existe uma definição universal de famílias; a família é o que cada pessoa considera que é” (Hockenberry, 2014, p.49). O conceito assume-se plástico, rico, variado, abrangente e subjetivo, tal como surge apresentado nesta visão:

as famílias são grandes, pequenas, estendidas, nucleares, de várias gerações, com um dos pais, com dois pais e avós. Vivem sob o mesmo teto ou muitos. Uma família pode ser tão temporária como de algumas semanas, tão permanente como sempre. Tornamo-nos parte de uma família por nascimento, adoção, casamento, ou a partir de um desejo de apoio mútuo. Como membros da família, educamos, protegermo-nos e influenciarmo-nos uns aos outros. Famílias são dinâmicas e existem culturas dentro de si mesmas, com diferentes valores e formas únicas de realizar sonhos. Juntas, as nossas famílias tornam-se a fonte da nossa rica herança cultural e diversidade espiritual. Cada família tem pontos fortes e qualidades que fluem de membros individualmente e da família como uma unidade. As nossas famílias criam bairros, comunidades, estados e nações (trad. do

autor) (New Mexico Legislative Young Children's Continuum and New Mexico Coalition for Children, 1990).

Deste modo, é profícuo considerar algumas teorias da família, designadamente a teoria dos sistemas familiares e a teoria do stress familiar, com a finalidade de esclarecer a prática de enfermagem, orientando as suas intervenções, sobre o modo como a família, unidade destinatária dos cuidados, responde aos eventos que ocorrem dentro e fora da mesma.

De acordo com a teoria dos sistemas familiares, "(...) a família é vista como um sistema que está em contínua interação com os seus membros e com o ambiente." (Hockenberry & Wilson, 2014, p.50). Para esta teoria a família afigura-se como um todo, que não coincide com a soma dos seus elementos, devido à reconhecida importância da interação entre os seus membros. Deste modo, uma mudança que afete um membro da família atinge os outros membros, o que por sua vez resulta numa nova mudança no membro original (Hockenberry & Wilson, 2014). Segundo os mesmos autores, esta teoria destaca a elevada capacidade de adaptação da família, apesar da sua sensibilidade às mudanças. Assim, o cliente e o nosso foco de cuidados nunca poderá ser só um elemento deste sistema, mas sim todo o sistema, uma vez que os seus elementos estão em constante interação, influenciando-se entre si, de forma constante, formando um todo intrinsecamente dinâmico.

A teoria do stress familiar explica as reações da família a acontecimentos stressantes e sugere fatores que promovem a adaptação ao stress (Hanson, Gedaly-Duff, and Kaakinen, 2005 cit. por Hockenberry & Wilson, 2014). Os stressores são eventos causadores de stress, com potencial para causar mudanças previsíveis (ex. parentalidade) ou imprevisíveis (ex. ida ao SUP no contexto de doença aguda) no sistema familiar (Hockenberry & Wilson, 2014). Os stressores são cumulativos entre setores de vida diferentes, como trabalho, vida social e família; quando muitos stressores ocorrem num curto espaço de tempo podem coloca-la em risco de colapso ou favorecer o aparecimento de problemas relacionados com a saúde dos seus membros (Hanson et al., 2005 cit. por Hockenberry & Wilson, 2014).

Atualmente e de acordo com estas teorias é incontornável considerar a família em todos os eventos que afetam a criança. Mas nem sempre foi assim, contemplar a família como destinatária de cuidados foi uma atitude que se desenvolveu e evoluiu ao longo do

tempo. Teve a sua origem após a II Guerra Mundial, quando a enfermagem, profundamente paternalista, tal como as outras profissões de saúde, se sincronizou com as expectativas sociais para a mudança do cuidado às crianças hospitalizadas (Jolley & Shields, 2009). Em meados do século XX, segundo os mesmos autores, as crianças eram admitidas no hospital sem a presença dos seus pais e com muitas restrições de visitas, e estes acontecimentos levavam a traumas psicológicos severos e que persistiam ao longo do tempo (Roberson, 1970). Até aos anos cinquenta os CCF eram inaceitáveis para os profissionais de saúde da área da pediatria, que viam os pais como um fator negativo no cuidado das crianças hospitalizadas (Shields, 2010). Consequentemente, existiu um crescendo de preocupação com as crianças hospitalizadas, incitando os profissionais de saúde para uma **prática orientada** para a família (Jolley & Shields, 2009).

Shields, Pratt, Davis e Hunter (2007) recordam/exploram que a ideia de CCF teve como base, como evolução a partir de outros modelos. Esta prática não adquiriu logo os contornos da filosofia formalizada como CCF, existiram modelos percussores desta prática com atenção à família e que contribuíram para o estado dos CCF atuais na pediatria. Segundo os autores supramencionados, esses modelos contemplavam os conceitos de *participação-parental*, o que significa que os pais que acompanham estão envolvidos em participar em aspetos do cuidar à sua criança hospitalizada (Darbyshire, 1995); *cuidados-pelos-pais*, onde os pais estão alojados com a criança doente numa unidade especialmente construída, que se assemelha a casa (Good Band & Jennings, 1992); e a *parceria-em-cuidado*, em que os pais e enfermeiros trabalham juntos para fornecer cuidados para a criança doente (Casey, 1995).

CCF são não só uma extensão da parceria no cuidado e próximos de uma negociação de cuidados, mas são muito mais. No seu centro está a criança, mas a criança inserida numa família, qualquer que ela seja. Tudo o que acontece com essa criança afeta todos os membros da família e tudo o que acontece com a família afeta a criança, e por isso o cuidado destinado à criança em relação à sua doença ou condição para a qual ele entrou no serviço de saúde deve ser planeado em torno de toda a família, (e quem quer que a família considera uma parte integrante do seu grupo familiar) (Shields, 2010; Shields et al., 2007; Shields, Pratt, & Hunter, 2006). Isto convoca todos os profissionais de saúde que lidam com as famílias a terem competências comunicacionais e de negociação e ainda ao reconhecimento, nomeadamente pelos gestores dos serviços de

saúde, que tal modelo de cuidados exige uma proporção e qualificação de recursos adequadas à perspectiva de que o sujeito de cuidados nunca é um único indivíduo (Shields, 2010).

Prestar cuidados numa dinâmica de CCF significa que se incorpora nos cuidados o conhecimento e a convicção de que a família é constante na vida das crianças e que as crianças são afetadas e afetam aqueles com quem têm relações, e ao incluir-se as famílias no processo de cuidados as crianças vão receber cuidados de maior qualidade (Harrison, 2010). “Os cuidados de enfermagem são mais eficazes quando prestados com a convicção de que a família é o cliente”, e nas suas mais variadas estruturas, tem o “potencial de fornecer um ambiente protetor e de suporte em que a criança pode crescer, maturar e maximizar o seu potencial humano” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. XIII). E que a família é fonte primária de força e suporte para a criança (Committee on Hospital Care [CHC] & IPFCC, 2012).

Apesar da formulação CCF parecer referir-se exclusivamente à família, adota-se ao longo deste relatório esta formulação, em prol da terminologia igualmente passível de se utilizar de cuidados centrados na criança e na família, de forma a evidenciar que a criança faz parte da família e é dela indissociável.

Os CCF, segundo o CHC e o IPFCC (2012), são uma abordagem aos cuidados de saúde que influenciam o seu planeamento, a sua prestação e a sua avaliação, baseando-se numa parceria mutuamente benéfica entre clientes, famílias e profissionais de saúde, reconhecendo a importância da família na vida dos clientes. Esta definição considera a família como um todo, reconhece a centralidade da família nos vários níveis da prestação de cuidados e afirma que esta filosofia de cuidados traz vantagens a todos os intervenientes. Também Shields, Pratt e Hunter (2006), reconhecem o papel central da família, ao defender que os CCF asseguram que os cuidados são planeados em torno de toda a família e não apenas da criança isoladamente, e todos os membros da família são reconhecidos como destinatários de cuidados. Como já referido anteriormente, a criança é indissociável da sua família, afetando e sendo afetada por ela. Assim, os profissionais de saúde que têm os CCF incorporados na sua prática, reconhecem o papel fulcral que as famílias desempenham ao assegurar a saúde e o bem-estar das crianças de todas as idades e de todos os outros membros da família (CHC & IPFCC, 2012).

A Family Voices (2008) descreve os CCF como a oportunidade que surge em cada contacto entre os profissionais de saúde e as famílias das crianças, de estabelecer parcerias para assegurar a qualidade dos cuidados prestados e para apoiar as necessidades da família. Nesta perspetiva enfoca-se a potencialidade dos CCF, uma vez que a possibilidade de prestar CCF está sempre presente na equação interativa família/profissionais.

Os CCF foram adotados como filosofia de cuidado para a enfermagem da criança e do jovem (Coyne, O'Neill, Murphy, Costello & O'Shea, 2011; Harrison, 2010), são recomendados como a filosofia a adotar pela maioria das entidades nacionais e internacionais de enfermagem da criança e do jovem (OE, 2010b; Society of Pediatric Nurses [SPN], 2008; Lewandowski & Tesler, 2003 cit. por Harrison, 2010; National Association of Pediatric Nurse Practitioners, s.d), e são formalmente reconhecidos em políticas governamentais nacionais e internacionais (European Association for the Care of Children in Hospital, 2015; Portugal, 2009). Kuo et al. (2012) acrescentam que esta filosofia do cuidar é reconhecida na prática clínica, por hospitais e grupos de saúde como sendo integrais para a saúde dos clientes, satisfação e qualidade de cuidados de saúde (Kuo et al. 2012) e tendem a ser ubíquos nos serviços de saúde à volta do mundo (Randall, Munns & Shields, 2013). Simultaneamente, pesquisas recentes têm demonstrado que as famílias valorizam e desejam CCF e que os enfermeiros concordam com essa filosofia (Harrison, 2010).

Formalmente adotando CCF como a filosofia de cuidados para a enfermagem pediátrica fornece uma referência para os enfermeiros assumirem a responsabilidade e o objetivo de cuidar de crianças de forma a apoiar e a promover não só a saúde física, mas também o desenvolvimento emocional e psicológico saudável que ocorre no contexto da família (Blake, 1954; Knafel, Cavallari, & Dixon, 1988, cit. por Harrison, 2010).

Não existe na literatura uma única definição de CCF, várias entidades e autores, foram, ao longo dos tempos, evocando frequentemente ideias-chave como interação, parceria, relação, importância da família nos cuidados de saúde. A inexistência de uma única definição poderá estar relacionada com o fato de os CCF serem alicerçados por princípios e pilares, que conferem um forte efeito condutor de práticas e que são, afinal, muito elucidativos sobre o âmago e real significado dos CCF.

Os CCF baseiam-se em princípios que são verdadeiros pilares passíveis de orientar uma adequada conduta de pensamento e de ação. Após uma revisão da literatura onde constam descrições conceptuais destes princípios, elaborou-se um quadro de **Princípios de CCF** (apêndice I) com base nos seguintes autores: Shelton, Jeppson e Johnson (1987) e Shelton e Stepanek (1994) (cit. por Harrison, 2010), Cronin/Shaller (Shaller 2007, cit. por Kuo et al. 2012), Family Voices (2008), IPFCC (2011), CHC e IPFCC (2012) e Kuo et al. (2012). No seu conjunto os contributos dos diferentes autores enriquecem e densificam o conhecimento sobre os princípios dos CCF – partilha de informação, respeito pela diversidade, parceria e colaboração, negociação e cuidar em contexto familiar e comunitário.

Para os CCF serem praticados de forma consistente, tudo o que os envolve necessita de os refletir. Deste modo, a cultura organizacional, definida como o “conjunto de valores e práticas definidos e desenvolvidos pela organização com base nos quais é socialmente construído um sistema de crenças, normas e expectativas que moldam o pensamento e o comportamento dos indivíduos” (Cunha, Rego, Cunha & Cabral-Cardoso, 2007, p.636), tem de estar alinhada com os CCF. Assim, a forma de pensar e fazer coisas partilhada por todos os membros da organização, os comportamentos, o modo como as coisas são feitas, as crenças, os valores e os pressupostos partilhados tem de evidenciar a prática centrada na família. Portanto, esta filosofia de cuidados tem de ser refletida nas políticas de saúde, nos programas, no design das estruturas, na arquitetura dos espaços, na avaliação dos cuidados de saúde e nas interações constantes entre clientes, famílias e profissionais de saúde (CHC & IPFCC, 2012).

Mas em que se melhora ao utilizar-se a abordagem de CCF? Qual a evidência científica que existe hoje em dia? Apesar da eficácia dos CCF ainda não ter sido medida, presentemente, é indubitável um crescente reconhecimento da sua importância (Shields et al., 2007), e dos enormes benefícios que os CCF proporcionam aos prestadores de cuidados de saúde, clientes e famílias, assim como, da sua transversalidade a todos os contextos e práticas de cuidados de saúde (CHC & IPFCC 2012; IPFCC, 2011; Shields et al., 2007), particularmente no SUP.

Atualmente, os CCF são percecionados como o sistema ideal de cuidado para estruturar o envolvimento da família nos cuidados globais de saúde à criança (Shields et al., 2007; Ahamnn & Johnson, 2000). Os CCF são vistos como um elemento essencial na

prestação de cuidados de qualidade para as crianças e suas famílias porque encorajam a participação da família e reduzem os efeitos adversos da hospitalização nas crianças (Jolley & Shields, 2009; Ahman & Johnson, 2000). Tem-se em consideração que o apoio emocional, social e de desenvolvimento são componentes do cuidado, onde existe um respeito pelas forças inatas da família e pelos seus valores culturais e percebe-se a experiência de cuidado como uma oportunidade para fortificar capacidades e dar suporte às famílias no seu papel de cuidador e de tomada de decisão (CHC & IPFCC, 2012).

Os CCF melhoram a qualidade dos cuidados, melhoram os resultados em saúde para as crianças e suas famílias, aumentam a sua satisfação, melhoram a sua experiência, constroem pontos fortes nas famílias, aumentam a segurança dos clientes, aumentam a satisfação dos profissionais, diminuem os custos e levam uma alocação e utilização mais eficaz dos recursos de saúde (CHC & IPFCC, 2012; Ahmann & Dokken 2012; IPFCC, 2011).

Assim, sabendo que os CCF são um fator determinante para a qualidade nos cuidados de saúde das crianças, jovens e das suas famílias (Family Voices, 2008) e que a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde das crianças e das suas famílias é o maior propósito para a Enfermagem Pediátrica (Hockenberry & Barrera, 2014), então conclui-se, que os CCF podem e devem ser utilizados como uma ferramenta para a concretização deste objetivo máximo, nomeadamente no SUP.

#### **1.4. Promover o cuidar humano no SUP: os CCF nas terapêuticas de enfermagem**

O SUP é um contexto de cuidados emocionalmente intenso, onde se exige a perícia e o rigor científico, e onde os enfermeiros que nele desenvolvem a sua prática tendem a fazê-la num sentido cada vez mais holístico, refletindo as diversas dimensões do cuidar nas interações com as crianças/jovens e famílias (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015). As competências necessárias ao enfermeiro especialista no SUP: educação e experiência adicional no reconhecimento e gestão de lesões *major* e *minor*, problemas dos adolescentes (particularmente drogas, álcool, saúde sexual e mental), e competências de SU, nomeadamente triagem, priorização de tarefas, *multitasking*,

flexibilidade de trabalho numa equipa multidisciplinar e tudo isto num ambiente que se altera rapidamente (Royal College of Paediatrics and Child Health [RCPCH] & Royal College of Nursing [RCN], 2010). Existem constantes desafios no desenvolvimento de competências para prestar cuidados às crianças e jovens que necessitem de cuidados urgentes ou emergentes (Grant & Crouch, 2011).

Para prestar CCF às crianças num SUP é necessária formação, treino e desenvolvimento de competências (RCPCH & RCN, 2010; Grant & Crouch, 2011). O enfermeiro especialista no SUP tem a responsabilidade de dar suporte, guiar, estimular e encorajar a equipa de enfermagem a alcançar e maximizar as competências necessárias para o cuidar efetivo no SUP tal como na compreensão do bem-estar da criança como parte de um sistema familiar, através de supervisão clínica e reflexão de equipa (RCPCH & RCN 2010).

A OE evidencia os CCF, como filosofia adotada pelos Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem [EEESCJ] com ênfase: nas interações e processos comunicacionais – através das intervenções nos domínios de atuação de envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação, negociação dos cuidados; e pela relação de parceria – uma articulação em equidade, dinâmica e flexível, onde devem ser constantes o reconhecimento e a valorização das forças e competências da família como um recurso para a intervenção (OE, 2011, p.5).

No SUP a prática de CCF depara-se com significativos e constantes desafios (Dudley et al., 2015; O’ Malley, Brown, Krug & Committee on Pediatric Emergency Medicine [CPEM] 2008) decorrentes da condição de saúde-doença da criança e com as características deste ambiente. Aspectos únicos e complexos encontram-se neste contexto incluindo o facto de que, muitas vezes, representa uma ida inesperada a um ambiente desconhecido, sem existir uma relação e um conhecimento prévio entre cuidador e cuidado, cuidados em situação crítica, com carácter de emergência /urgência e com sobrelotação dos recursos humanos e físicos (Dudley et al., 2015).

Existem constantes desafios na prestação de cuidados a crianças que necessitem de cuidados emergentes ou urgentes (Grant & Crouch, 2011) até porque “uma das experiências mais traumáticas do hospital para a criança e para os pais é uma admissão de emergência” (Sanders, 2014, p.1055). A sobrelotação e a situação crítica de saúde com

carácter emergente/urgente no SUP podem contribuir para atrasar ou interromper o atendimento, tornando difícil para os profissionais de saúde prestar cuidados verdadeiramente respeitosos e sensíveis às crianças/jovens e suas famílias. A falta de um relacionamento anterior entre os profissionais do SUP e a criança /jovem - família, assim como a natureza aguda de muitos eventos, podem limitar a capacidade de criar uma parceria eficaz. As influências culturais e sociais sobre as variadas estruturas familiares podem agravar a dificuldade de identificar claramente quem é detentor, de facto, da guarda legal de uma criança. Da mesma forma, as famílias podem não estar familiarizadas com os vários prestadores de cuidados que as abordam. Crianças e famílias também podem não ter consciência do seu papel como parceiros no cuidado e uma, ainda que, breve ida ao SUP coloca desafios para a educação e envolvimento da família nesta prática. A fase de desenvolvimento dos adolescentes e as necessidades de cuidado dos mesmos podem levar a uma ida ao SUP sem família. Além disso, situações específicas e particulares do SUP (como a chegada de uma criança por uma ambulância sem família; admissões relacionadas com maus-tratos, abusos ou violência; procedimentos invasivos sensíveis ao tempo, incluindo procedimentos de reanimação; doença crítica inesperada, lesão ou morte de uma criança) exigem um avançado planeamento. Por último, a relutância por parte dos profissionais de saúde para permitir a presença de um membro da família durante procedimentos invasivos ou tentativa de reanimação pode limitar o acesso da família, que poderia ser igualmente benéfico para as crianças, famílias e profissionais de saúde (Dudley et al., 2015).

Apesar destes desafios em que este ambiente está imerso, alcançar a excelência na prestação de CCF é possível no SUP assim como é altamente recomendada (Dudley et al., 2015; American Academy of Pediatrics, CPEM, American College of Emergency Physicians Pediatric Committee & Emergency Nurses Association [ENA] Pediatric Committee, 2013; International Federation for Emergency Medicine, 2012; Thomas, 2010; O' Malley et al., 2008; Institute of Medicine, 2007; ENA, s.d.). Neste contexto, considerada como a melhor prática para o cuidado às crianças/ jovens e famílias, a implementação e prestação de CCF traduz-se numa medida para a melhoria dos cuidados, prestação de cuidados de excelência e numa estratégia para maximizar a segurança, conforto e satisfação das crianças/jovens e famílias (American Academy of Pediatrics et al., 2013; Dudley et al., 2015; Thomas, 2010; Institute of Medicine, 2007).

Aliás, o Institute of Medicine (2007), no seu relatório *Emergency Care for Children: Growing Pains*, concluiu que a ausência da incorporação de CCF e de cuidados culturalmente competentes na prática clínica no SUP pode resultar em múltiplas consequências adversas para as crianças/jovens e famílias, incluindo dificuldades com o consentimento informado, falta de comunicação, compreensão inadequada de diagnósticos e tratamentos por parte das famílias, insatisfação com o cuidado, morbidade e mortalidade evitáveis, desnecessárias avaliações de abuso de crianças e cuidados de qualidade inferior.

De sublinhar que, neste contexto, todos os aspetos do atendimento podem refletir a prática de CCF, incluindo as práticas clínicas, fluxo de clientes, políticas, planta física e educação dos profissionais (Dudley et al., 2015). E, até mesmo em situações de grande catástrofe, onde a procura de recursos é muito superior à oferta, e em eventos massivos de cuidados críticos pediátricos, é recomendada que se mantenha, sempre que possível, o foco nos CCF (Mason et al., 2011).

Tal como foi referido, múltiplos desafios, exigências e vulnerabilidades são inerentes a este contexto quer para as crianças/jovens e famílias, quer para os profissionais. Estas circunstâncias representam, assim, oportunidades de intervenção de enfermagem e, tal como a evidência científica assim o sugere, através de práticas consistentes de CCF o enfermeiro pode e deve potenciar e maximizar a qualidade dos cuidados prestados e aumentar a satisfação das famílias reduzindo os custos inerentes à situação.

## **2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO**

A família que vive o evento de uma ida da criança à urgência pediátrica atravessa, de uma forma geral, um desafio resultante da sua vulnerabilidade e das circunstâncias dessa situação de saúde e do contexto de cuidados. Os CCF surgem como uma filosofia para um cuidado de excelência das famílias que acorrem ao SUP.

No entanto e apesar do seu endosso generalizado, a evidência mostra que os CCF continuam, hoje em dia, a ser insuficientemente implementados na prática clínica, ou que a sua implementação nas instituições é lenta, não estando ainda muito difundida e aprofundada persistindo mal-entendidos sobre o que são os CCF, sobre como os implementar e como determinar a centralidade da família no cuidado (Abraham & Moretz, 2012; Ahmann & Dokken, 2012; Kuo et al., 2012).

Harrison (2010), após uma revisão de literatura de 30 estudos de investigação, entre 1995 e 2006, revelou que existe uma evidente falta de consistência na prestação de CCF pelos enfermeiros da pediatria. Mikkelsen & Frederiksen, (2011) acrescentam, citando Bruce et al. (2002), Petersen et al. (2004) e Palladelis et al. (2005), que os enfermeiros apoiam a filosofia dos CCF, mas têm dificuldade em integrar os seus princípios na prática diária. Num estudo efetuado na Irlanda a 250 enfermeiros por Coyne, O'Neill, Murphy, Costello & O'Shea (2011) verificou-se que os enfermeiros têm uma compreensão clara dos princípios de CCF e têm uma atitude positiva perante esta filosofia, no entanto, experienciam dificuldade na prática devido a condições organizacionais e ambientais, uma vez que os enfermeiros necessitam de recursos adequados, formação apropriada, suporte organizacional e suporte por parte da equipa multidisciplinar, para serem capazes de prestar de forma consistente e continuada CCF e para atender às necessidades das famílias de uma forma apropriada.

Em Portugal, Apolinário (2012), num estudo efetuado a enfermeiros de um serviço de pediatria, verificou que ainda existe alguma centralização dos cuidados na criança e identificou como fatores condicionantes à aplicação dos CCF por parte dos enfermeiros a falta de informações sobre estratégias de implementação e a necessidade de adequada conjugação das rotinas hospitalares em uso com os princípios dos CCF.

Esta diferença entre o que é percebido como importante e o que é realmente praticado marca uma área de frustração e insatisfação tanto para famílias como para os profissionais (Harrison, 2010). Ou seja, estamos perante um ideal que se preconiza mas que não se concretiza, um ótimo modelo que não está potenciado no seu esplendor. Os CCF são considerados a melhor forma de prestar cuidados às crianças, com inúmeras vantagens e benefícios. Esta filosofia é proclamada, acarinhada e reconhecida na pediatria, todavia está numa fase ainda incipiente da sua maximização. E é neste hiato, entre o que é percebido como importante e o que é realmente praticado, que o enfermeiro especialista deve atuar, reduzindo-o, promovendo os CCF, nomeadamente no SUP.

Para uma prática de sucesso para o estabelecimento efetivo de CCF, no contexto de cuidados de saúde pediátricos, é necessário e essencial que: haja um aumento da compreensão e conhecimento sobre os CCF, em que consistem, e como funcionam e aumento do apoio dos profissionais; exista formação sobre práticas de CCF e aumento e desenvolvimento de competências necessárias para CCF, como por exemplo: competências de comunicação com a criança e família, desenvolvimento da relação e parcerias com a família, avaliação das necessidades da família, dinâmicas familiares e na gestão de conflitos e negociação; mas sobretudo, é requerido um compromisso a longo prazo e pressupõe uma mudança de cultura organizacional, é um processo em continuum e não um fim em si mesmo (Ahmann & Dokken, 2012; Coyne et al., 2011; IPFCC, 2011; Kuo et al., 2012; Shields, 2010; Shields et al., 2007).

Como condição essencial às diferentes terapêuticas de enfermagem, os CCF podem e devem ser amplamente aproveitados como ferramenta do cuidar de enfermagem, cabendo ao EE a sua sistemática promoção e a liderança dos processos tendentes à sua plena implementação. Atendendo ao preconizado nos Padrões de Qualidade para os Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2011) cabe ao EE, no domínio da organização de cuidados, o promover a existência de um quadro de referência para o estabelecimento de CCF, promoção que em meu entender se articula e funda no Cuidar Humano de Jean Watson, por ser uma teoria que dá ênfase à relação, ao indivíduo e ao seu mundo relacional, e que confia no enfermeiro como agente transformador, como pessoa que tem um lugar privilegiado na vida das crianças e suas famílias.

Este relatório tem assim, como quadro conceptual os contributos da teoria de Cuidar Humano de Jean Watson e como principal foco os CCF na área da pediatria, nomeadamente no SUP, local onde exerço a minha atividade profissional. Ao olhar para os elementos da tríade criança, família e enfermeiro, neste contexto, intuía e verificava haver espaço de crescimento e aperfeiçoamento das relações proporcionadas por este encontro, constituindo este o problema identificado na minha realidade profissional e ponto de partida para este trabalho. A pertinência da procura de resposta para esta problemática foi reconhecida pelos enfermeiros do SUP, quando os auscultei sobre o assunto. Com a frequência do mestrado, e tendo em conta a evidência científica existente, assim os CCF se assumiram como uma filosofia que poderia dar reconhecidos contributos para aumentar a satisfação das crianças/jovens e família e a qualidade dos cuidados no SUP.

Em acréscimo ao que já foi referido, identifiquei necessidades de formação e de aquisição de competências individuais no âmbito dos CCF; apesar de ter sempre considerado a família fundamental para a prestação de cuidados à criança/ jovem, o que tem sido consistente ao longo do meu percurso profissional e académico, existiu uma necessidade de procurar um aprofundamento, de complexificação e aumento da qualidade do meu cuidar. Então, as crianças/ jovens e famílias constituíram o objeto de estudo em causa, nomeadamente quanto às intervenções terapêuticas de enfermagem promotoras de CCF a estas famílias no SUP.

Deste modo, reconhecendo como objetivo último a melhoria da qualidade dos cuidados e a satisfação das crianças/jovens e famílias no SUP, e tendo uma forte convicção pessoal e profissional, fundamentada pela evidência científica, de que os CCF enquanto filosofia de cuidados se prestam e são indicados para cumprir este propósito, foi-se construindo este percurso de enfermeiro generalista a EE que será descrito e analisado no capítulo seguinte.

### **3. PERCURSO DE ENFERMEIRO GENERALISTA A ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

A construção do percurso de enfermeiro generalista a enfermeiro especialista é um processo gradual, que envolve a aquisição e o desenvolvimento de competências. Neste capítulo, pretende-se dar enfoque a este processo de especialização, mediante uma articulação aturada, entre a prática de cuidados e a teoria, numa compreensão aprofundada do pensamento e saber específico do cuidado de enfermagem, ao nível do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica. As atividades e as aprendizagens teóricas e experienciais significativas realizadas ao longo do período de estágio foram e serão, neste relatório, alvo de reflexão e análise crítica.

O referido estágio teve como finalidade “desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família”<sup>1</sup>. Os eventos reflexivos inerentes ao meu desenvolvimento académico são o fulcro deste relatório: ocorreram de forma constante, a vários níveis, nomeadamente como resultado da leitura de autores e do conhecimento produzido, da frequência de aulas e seminários, da observação, interação e prestação de cuidados nos diversos contextos de estágio, com o intuito de uma tomada de decisão e de um saber que responde à problemática identificada. Estes diferentes níveis em que a reflexão crítica e construtiva ocorreu, em ambiente de prática e sobre a prática, com alicerces na evidência científica e na opinião de peritos, potenciaram-se entre si e confluíram na aquisição de competências.

Tendo em conta, a essência dos CCF e os seus múltiplos contributos para prática de enfermagem de excelência, as ideias clarificadas no enquadramento conceptual, e o posterior e conseqüente levantamento da problemática identificada, foram delineados dois objetivos gerais:

- Desenvolver competências de EEESCJ nos processos de cuidados à criança/jovem e família, utilizando uma abordagem de CCF;

---

<sup>1</sup> Unidade Curricular de Estágio com Relatório (Documento de Orientação). Prof. Paula Diogo. ESEL, 2014.

- Construir Proposta de Programa de Promoção Cuidados de Enfermagem Centrados na Família no Serviço de Urgência Pediátrica.

Com o intuito de dar resposta a estes objetivos foi gizado o percurso de experiências de estágio, cujo respetivo cronograma se encontra no apêndice II. A eleição dos contextos de estágio (e a experiência esperada) foi intencional para confluir na resposta aos objetivos. Para a concretização destes mesmos objetivos gerais e, subsequentemente, dos objetivos específicos, foram planeadas atividades, que se podem encontrar no apêndice III.

A experiência clínica iniciou-se no Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral (CRPC), que disponibiliza serviços destinados às crianças com paralisia cerebral (PC), numa perspetiva integrada e comunitária de inserção social da criança com deficiência. É um centro de referência para a PC que desenvolve projetos em parceria com instituições nacionais e internacionais. Tem como objetivo a reabilitação e educação da criança com PC, desenvolvendo ao máximo as suas capacidades e permitindo-lhe a sua integração social, prestando apoio às suas famílias.

O segundo contexto de estágio foi numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) de um hospital do Centro Hospitalar de Lisboa. É uma unidade de referência nacional de patologia médica e cirúrgica, centro de neurotrauma do sul, sendo vanguardista na tecnologia de ponta em unidade de cuidados intensivos pediátricos em Portugal.

Seguiu-se o Centro de Bem Estar Infantil (CBEI), na valência de jardim-de-infância, que se situa na zona de influência do serviço em que exerço a minha atividade laboral. Esta Instituição Particular de Solidariedade Social tem como objetivos a promoção da qualidade das respostas quer na componente letiva, quer na componente de apoio à família. O grupo de crianças selecionado neste contexto de estágio abrangia os 3 e os 5 anos de idade.

Posteriormente, o Serviço de Internamento de Pediatria (SIP) do Hospital do meu contexto laboral, cujo objetivo é oferecer a todas as crianças/família, internadas, cuidados de qualidade, visando a segurança, o conforto em todos os procedimentos, o ensino/orientação dos pais para uma rápida reintegração familiar, valorizando sempre a comunicação e as relações interpessoais.

O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP1), que precedeu a ida para o meu contexto de trabalho, foi selecionado tendo em vista o contato com uma urgência pediátrica com grande afluência na zona da grande Lisboa, e primordialmente, de acordo com os peritos, serviço de referência na área dos CCF, que presta cuidados de qualidade e eficiência às famílias.

Por último, e de fundamental importância, a realização de estágio no meu serviço, um SUP2 de um hospital distrital da região da grande Lisboa, onde sobretudo se desenvolveu o projeto de melhoria de cuidados. Aplicaram-se os conhecimentos e as competências desenvolvidas no cuidado centrado na família, interligando os contributos adquiridos nos anteriores contextos, e intervindo-se de forma a promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nesta área.

De seguida, farei a descrição e análise reflexiva das atividades realizadas, metodologias usadas, e procedimentos face aos objetivos propostos, assim como a descrição e referência às competências adquiridas e desenvolvidas. De ressaltar que os objetivos não são estanques entre si, complementam-se e potenciam-se, atuando em sinergia para a aquisição de competências. Por isso, muitas vezes, as atividades que desenvolvi não são exclusivas para um determinado objetivo, dadas as interligações profundas entre eles. Da multiplicidade e variedade de intervenções, observações, ensinamentos, aprendizagens, experiências, emoções e sensações que vivenciei e descobertas e consolidações resultantes, vou salientar as mais prementes e oportunas para a finalidade deste relatório.

### **3.1. Processos de cuidados à criança/ jovem e família, utilizando uma abordagem de CCF**

No decurso para o desenvolvimento de competências de EEESCJ nos processos de cuidados à criança/jovem e família, utilizando uma abordagem de CCF foram delineados quatro objetivos específicos: i) mobilizar uma abordagem CCF na prestação de cuidados em contexto; ii) desenvolver capacidades de atuação em situação crítica iii) mobilizar estratégias de comunicação promotoras dos CCF (expressão de sentimentos,

informação, participação, parceria, negociação dos cuidados); e iv) promover o ambiente terapêutico para uma prática de CCF.

### ***Mobilizar uma abordagem CCF na prestação de cuidados em contexto***

A utilização dos fundamentos e estratégias de CCF na prestação de cuidados em contexto de estágio foi concretizada através de variadas atividades. Iniciou-se com a construção de um consistente conhecimento sobre a filosofia e estratégias de CCF. Este conhecimento consolidou-se de diferentes formas, em primeiro lugar com um estudo teórico aprofundado sobre a evidência científica, com pesquisa através da consulta de diferentes bases de dados. Posteriormente, com recurso à observação, interação e absorção de práticas de peritos, apropriei-me e muni-me de novas formas de operacionalizar estratégias de CCF a partir de práticas vivenciadas nos diversos contextos. Por último, a aplicação da abordagem em CCF concretizou-se através da minha prestação de cuidados de enfermagem, em que mobilizei estratégias e conhecimentos anteriormente adquiridos. Estas atividades ocorreram em simultâneo e potenciaram-se entre si.

O recurso à teoria e à pesquisa sobre a **evidência científica** em CCF foi constante, não se resumindo ao ponto de partida, mas sim como recurso imprescindível a utilizar sempre que foi necessário. Os CCF não são de todo uma nova prática, conhecimento ou abordagem inovadora no meu cuidar, no entanto, os cuidados que prestava antes de frequentar esta especialidade não eram ainda baseados na evidência mais atual, nem se revestiam de uma tão grande e abrangente intencionalidade. Este aprofundamento permitiu-me conectar-me de uma forma íntegra com esta abordagem, com este foco, com este objetivo, como que uma atualização do meu *software*, um *upgrade*, uma mudança de nível de exigência e de produtividade. Uma intencionalidade de crescimento e de desenvolvimento do cuidar, tendo como foco os CCF.

Nesta procura, existiu também, um foco em estratégias de viável e exequível implementação na realidade dos contextos de estágio e no meu local de trabalho, na medida que estivessem ao meu alcance mesmo em situações com fortes restrições de tempo, de recursos humanos e de conhecimento da família. Com a forte consciência que a mudança se alcança com pequenas mudanças. Estas restrições de tempo e de conhecimento da família, são muito comuns no SUP, tal como referido ao longo do

enquadramento conceptual. Como ilustração do que foi referido, uma possível abordagem junto da família de uma criança que dá entrada na urgência por dificuldade respiratória por agudização patologia crónica, com idas recorrentes ao SUP, pode passar por transmitir a minha disponibilidade para um apoio efetivo (garantir por exemplo que sempre que ocorra uma interação eu consiga transmitir uma atitude presença e de escuta e que sintam que estou efetivamente para eles e por eles), mas também pode passar por criar grupos de apoio de pais. A primeira estratégia é mais operacionalizável e imediata que a segunda, dadas as restrições atrás referidas.

Após este conhecimento que enriqueceu e dotou com estratégias e com a consciência deste propósito, seguiu-se a **observação** em contexto. Para cunhar de intencionalidade a minha atenção e o meu olhar, de forma a garantir uma observação eficaz e guiada de CCF, desenvolvi, elaborei e apliquei, ao longo da experiência prática nos diversos contextos, o **Guião de Observação de Práticas de CCF** (apêndice IV). Este guião foi baseado e por mim adaptado de várias ferramentas disponibilizadas por entidades de referência nos CCF: “*Family-Centered Care in the Emergency Department: A Self-Assessment Inventory*” (ENA, s.d.), “*Are families considered visitors in our hospital or unit?*” (IPFCC, 2010) e “*Assessment of family-centered care policies and practices for pediatric patients in nine US emergency departments*” (Eckle e MacLean, 2001). Nele constam os nove seguintes indicadores: visão, missão e filosofia de cuidados; participação da família nos cuidados; suporte/apoio à família; informação e tomada de decisão; coordenação e continuidade dos cuidados; práticas individuais e formação; meio ambiente e design; avaliação /melhoria da qualidade; e parcerias com a comunidade.

Este guião é uma ferramenta, destinada ao questionamento e produção de mudança da minha prática, e serviu para conduzir o meu olhar, através de recolha de informação (inputs) e, simultaneamente, servindo de fonte de estratégias a utilizar (outputs). Utilizei-o em todos os estágios, adaptando-o às realidades distintas dado que dentro dos indicadores certos itens apenas se aplicaram em alguns estágios). Este instrumento foi utilizado a partir da minha perspetiva e a coleção de informação por ele sistematizada pode não ser representativo de toda a realidade observada, todavia, a realidade per si não se consegue apreender de forma completa, existem sempre limitações de qualquer observação humana. O guião de observação pretende ainda obter uma visão de CCF em cada interação clínica, assim como, a nível organizacional.

Da observação efetuada, de uma forma geral, verifiquei que os CCF não são consistentemente implementados nos vários contextos. Em todos os indicadores foram observadas práticas que não são sistemáticas (por exemplo, em alguns dos casos, em relação ao número de familiares permitidos por criança – não são seguidos os mesmos critérios por toda a equipa; e/ou a nível organizacional não são reconhecidas nem incitadas práticas que contemplem a família como recetora de cuidados, considerando-a, muitas vezes como visita), ou que ainda estão por desenvolver (por exemplo, suporte em papel da maioria das informações dada à família). Do que é preconizado e desejado às práticas presentes, ainda há um longo percurso a construir.

Os enfermeiros, referem frequentemente, de forma mais ou menos explícita, obstáculos que condicionam implementação dos CCF. Estes estão sobretudo relacionados com a falta de tempo, escassez de pessoal ou sobrecarga de trabalho, e também com a inadequação de recursos físicos (por exemplo: a não existência de frigorífico para os pais). Em contexto de estágio, assisti a variadas situações que o ilustram, designadamente: um enfermeiro na sala de enfermagem do SUP1 que estava empenhado na relação de ajuda, mas que as restrições de recursos humanos de enfermagem, face à sua procura, o levaram a ter que suprimir e encurtar a interação. Esse mesmo enfermeiro verbalizou comigo essa contingência, tal como outros enfermeiros noutras situações, mostrando que estão conscientes dos constrangimentos que os limitam, sentindo-se frustrados. Este sentimento de frustração foi correspondente ao que o identifiquei no quadro conceptual. A somar a estas condicionantes, da minha observação, verifiquei que existe também uma falta de conhecimento sobre estratégias (por exemplo: disponibilizar sempre espaço para a família colocar questões, para a família se sentir à vontade) ou se o tinham muitas vezes não o aplicavam de forma consistente e continuada. Assim, fui constatando empiricamente, através de diversas situações, o que referem os estudos. Os enfermeiros compreendem e valorizam esta teoria, mas na prática ainda não a conseguem potenciar, quer por restrições de tempo, de conhecimentos, quer por falta de suporte da cultura organizacional (por exemplo: visão estratégica da organização não contemplar a família como alvo de cuidados; as perspetivas e as opiniões das crianças, familiares e prestadores de cuidados não serem igualmente válidas no planeamento e na tomada de decisão ao nível da conceção e estabelecimento de políticas institucionais ou do desenvolvimento de projetos).

Tendo consciência destas condicionantes e apesar delas, os contributos positivos e práticas de excelência encontradas sobrepuseram-se nos diversos contextos e foram abundantes e múltiplas. Desta **análise das práticas, das mais consistentes e as mais potenciadoras de CCF**, presentes nos diferentes contextos de estágio, destacaram-se, em cada indicador aspetos que estão evidenciados no Quadro 1.

Quadro 1: Práticas de CCF observadas por indicador

<b>Indicador</b>	<b>Práticas consistentes</b>
Visão, missão e filosofia de cuidados	Visão, missão e filosofia de cuidados que contemplam a criança e a sua família e abarcam os pilares dos CCF.
Participação da família nos cuidados	Reconhecimento da família como fonte primária e essencial de informação sobre a criança. As famílias são incentivadas e capacitadas a participar no cuidado na medida que desejarem e apoiadas qual seja o seu desejo e nível de participação.
Suporte/apoio à família	É dado suporte à família independente das suas escolhas e sem juízos de valor. Valorização da opinião e das perceções da família e criança. Existem brinquedos que abrangem todas as faixas etárias da população pediátrica na sala de espera. Durante procedimentos (antes, durante e após) existem interações adequadas à fase de desenvolvimento da criança. Em todas as famílias são reconhecidas forças e competências.
Informação e tomada de decisão	Informação atempada e útil, fornecida à família, para a capacitação da tomada de decisão por parte da mesma.
Coordenação e continuidade dos cuidados	O enfermeiro gere e identifica necessidades de todos os cuidados de saúde (fisioterapia, terapia ocupacional, psicólogo) de modo a assegurar uma coordenação dos cuidados desde o momento de acolhimento da família até à alta.
Práticas individuais e formação	Formação frequente em Suporte Avançado de Vida.
Meio ambiente e design	Espaço exclusivo para a permanência da família equipado com sofás e com minicozinha. Estacionamento gratuito e sempre disponível para as famílias.
Avaliação /melhoria da qualidade	Família pode reportar as suas perceções da vivência da hospitalização, no serviço de observação da urgência, através de caixa de sugestões, sendo incentivada a fazê-lo no momento da alta.
Parcerias com a comunidade:	Parcerias com a escola – o enfermeiro estabelece parcerias com os professores da escola, na visita existe um apoio e suporte aos parceiros.

Desta observação destaco o **fator individual** – as capacidades e atitudes de cada enfermeiro, como fator preponderante de diferenciação dos cuidados de enfermagem, uma vez que as boas práticas estão muito relacionadas com cada interação per si. Existem estratégias que poderão ser transversais, como por exemplo a possibilidade de permanência de dois elementos da família com a criança num contexto hospitalar, mas a forma como estes membros da família são acolhidos – como são escutados,

compreendidos e cuidados já mobiliza a individualidade de cada enfermeiro. Nesta experiência confirmei que o fator essencial para esta filosofia estar altamente potenciada é o humano. Podem existir guias, *guidelines*, orientações, prescrições para a prática, porém a essência humana é a alavanca, é o impulso. Cada enfermeiro trás de si próprio, a sua própria vivência, para a relação. Esta singularidade, diferença e individualidade pode e deve ser refletida, moldada e empoderada. As estratégias, através das suas capacidades pessoais, encontradas por cada enfermeiro para contornar as restrições e constrangimentos quer do contexto, quer de cada situação específica, são essenciais. Watson (2002a, 2002b) aponta a importância das características únicas e autênticas de cada enfermeiro e sugere a sua utilização no momento da *cura*, referindo que é na multiplicidade de escolhas e na criatividade no ato de cuidar que reside a essência de enfermagem, pois através desta liberdade de experimentação se vai conseguindo o melhor caminho para a transformação e cuidado do outro.

Apesar da relevância do fator individual, não deixa de ser decisiva a forma como a cultura organizacional interfere, facilitando ou dificultando, os CCF. Vivenciei, em estágio, situações de emergência, em que os enfermeiros estavam, em número reduzido face ao preconizado, tendo a abordagem a estas famílias sido legada para segundo plano, pois a necessidade de garantir os cuidados emergentes obrigou a estabelecer prioridades. No sentido inverso, noutra situação de emergência, em que o rácio definido contemplava um elemento da equipa de enfermagem para um exclusivo suporte/apoio aos pais, esta abordagem à família foi efetuada, tendo como resultado os benefícios que daí advieram, nomeadamente pais mais calmos e com maior sensação de controlo e de participação no cuidado.

Para os CCF existirem de forma consistente, é fundamental que a equipa e que os gestores em cada contexto, assim como os decisores de políticas de saúde, desempenhem um papel adjuvante destas condições. O contexto real onde a prática de enfermagem se constrói não é dissociável da praxis (Rebelo, 1997). Tem de ser uma cultura organizacional global. Se não existir ou se for deficiente esse apoio e entusiasmo, cabe a cada enfermeiro, a cada equipa, mostrar e trazer para a equipa multidisciplinar, organização e sociedade a importância real dos CCF, através de uma prática refletida e de excelência de cuidados, sendo esta, também, a minha missão, identificada ao longo deste percurso. Se o fator organizacional e o fator individual caminharem no mesmo

sentido, e sinergicamente se potenciarem, então temos CCF muito consistentes e semelhantes com o que é preconizado pela teoria.

Esta observação das práticas de CCF foi um meio de aprendizagem muito significativo, na medida em que permitiu um enriquecimento, através da apropriação destes contributos e estratégias para a minha prática. Importa, assim, salientar, referir e descrever em maior pormenor, a vivência no CRPC, que foi uma das mais relevantes para a mudança e para a consolidação do meu cuidar centrado na família.

Sendo exímia em práticas de excelência constantes, neste centro, a equipa de enfermagem é constituída por dois EEESCJ. No CRPC, o apoio, o suporte, o respeito e a disponibilidade são totais, uma constante na prática de enfermagem. Em todas as interações existe sempre uma negociação, um planeamento e um ajuste em torno das necessidades das crianças e suas famílias (por exemplo: consultas marcadas e desmarcadas sempre e só com a disponibilidade e o consentimento da família). Os enfermeiros têm um conhecimento profundo das famílias (das suas necessidades, da sua realidade, dos seus sonhos, das suas expectativas), fazem um acompanhamento ao longo da sua vida, claramente numa perspetiva de enfermeiro gestor dos cuidados, e respeitam e apoiam as suas decisões (por exemplo: os enfermeiros apoiam e suportam as escolhas das famílias, capacitando-a e fortalecendo-a sempre, sem juízos de valor, com respeito). Em todas as interações há uma escuta plena, uma presença plena. Realço a sensibilidade para as necessidades da família, assim como a antecipação das mesmas. O enfermeiro está numa constante avaliação do bem-estar da criança e da família. A transmissão de esperança, a capacitação da família, o seu potenciamento é uma persistente meta. Aliado a esta prática com os clientes, existe uma constante procura do saber e querer ser o melhor, a investigação e a parceria com instituições nacionais internacionais ligadas à PC é factual, sendo este um centro com notoriedade nesta área. Outro fator que saliento relaciona-se com cultura organizacional focada e virada para os CCF, esta prática é espelhada por todos as categorias profissionais da instituição, assim como a própria instituição vive em prol das crianças e suas famílias. Numa cultura organizacional vocacionada para a defesa dos direitos das crianças, todos os elementos da equipa têm uma preocupação constante com as crianças e suas famílias e a integração de equipas multidisciplinares no atendimento à criança, refletindo esta prática.

Outra experiência reveladora, deu-se durante o estágio no CBEI que teve continuidade no SUP, que me permitiu constatar que a preparação de uma ida ao SUP é concretizável. Uma situação inesperada de emergência médica associada a um planejamento, pode parecer difícil de conciliar, mas tal é possível, como a evidência científica o recomenda. Vivenciei-o e agora faço o relato. O meu estágio foi coincidente com um passeio das crianças do jardim-de-infância ao Hospital dos Pequeninos. Este evento, organizado por alunos da área da saúde, pretende simular uma ida das crianças ao hospital, mostrando, de forma lúdica, o circuito de uma pessoa que recorre a estes serviços de saúde: triagem, gabinete médico, sala de enfermagem, RX e bloco operatório. As crianças demonstraram interesse na atividade, referindo alguns medos relacionados com o hospital, tendo a oportunidade de os ultrapassar através do jogo e do brincar. Por casualidade, uma das crianças do grupo, passados alguns dias desta experiência, recorreu ao SUP2. Pude perceber na prática o efeito benéfico que teve a vivência prévia do Hospital dos Pequeninos para esta menina, que se encontrava mais calma, curiosa, à vontade e recetiva aos cuidados, que o habitual em crianças em idade equivalente. Consegui perceber de uma forma evidente que pode fazer a diferença, a sensação de controlo e sentimento de segurança, por parte da criança, eram notoriamente superiores. Fazem-se preparações prévias para cirurgias ou internamento programados, porque não fazer também uma preparação para uma ida a um serviço de urgência de uma forma sistematizada e que compreendesse a população pediátrica abrangida pela área de incidência do hospital? Deste modo, considero francamente oportuna e ideal a criação de projetos, protocolos e/ou parcerias entre hospital/centro de saúde/comunidade escolar no intento de sensibilizar e preparar as crianças (família) para o seu contato com os cuidados de saúde: esta articulação traria, a médio e longo prazo, ganhos de saúde para o presente e o futuro das crianças, com maior responsabilização individual e maior adesão a planos de saúde.

Mesmo que no início em cada experiência de estágio, a minha posição fosse sobretudo a de observadora e a de recetora de estímulos e de fenómenos, a minha presença nunca deixou de influenciar o ambiente e a interação entre os vários intervenientes (em que me incluo), não sendo possível não prestar cuidados. Considero que o ato de intervir na prestação de cuidados não sendo perita nos diversos ambientes, como que regida por um impulso de agir sobre a realidade, advém do meu grau de experiência e de conhecimento. Fui convidada por mim própria a agir, embora com as devidas limitações

iniciais de conhecimentos nos vários contextos. Nesta **experiência de interação** existiu uma apropriação e uma absorção de práticas, que foram, inquestionavelmente, um grande contributo para a minha prestação de cuidados, na ótica do enfermeiro especialista. Na medida que eu, um sujeito em contexto, absorvo o meio envolvente e mobilizo essa informação para a construção de conhecimento. Esta oportunidade de estar na prática, mais num posto de observação participante do que no assegurar dos cuidados, concedeu-me o privilégio de ver facilitada a reflexão, pois aguçou-me a atenção e deu-me mais espaço para refletir na ação.

A prestação de cuidados propriamente dita proporcionou-me a oportunidade de experimentar, aplicar os subsídios até aqui obtidos, fomentando a construção deste caminho rumo a uma prática de enfermagem avançada. Tendo como ponto de partida o que já tinha construído de saberes (ser, estar, fazer), encontrei uma nova forma transversal a estes saberes. Uma oportunidade de em cada contexto ou “terreno, aceitando o desafio de lidar com as circunstâncias concretas, que nunca se repetem, podemos aprender a nossa maneira própria de trabalhar, de criar, de inovar” (Alves & Brito, 2011, p.21). Nos estágios tive oportunidades de **prestar cuidados numa lógica de CCF**. Destaco, de seguida, as mais marcantes.

As oportunidades de prestação de CCF surgiram associadas a todos os contatos que tive com crianças e suas famílias. O primeiro contato que estabeleço com criança /jovem e/ou a família é por mim valorizado como um dos momentos mais determinantes da prestação de cuidados. Aqui construo a primeira ligação com a unidade familiar, que é de primordial importância para o estabelecimento de uma relação de confiança, sólida entre mim e a família. A forma como decorre é fundamental e vai moldar e condicionar as futuras interações com aquela família. É por isso um momento privilegiado de provocar uma primeira impressão de confiança sobre a nossa intencionalidade terapêutica.

No primeiro contato inicia-se o processo de acolhimento. O saber acolher foi por mim treinado ao longo dos contextos de estágio. Que informações privilegiar? Como integrar a família nos cuidados? Que parcerias estabelecer? Como estimular a participação da criança/jovem e família? Foram questões que colocava e para as quais fui construindo respostas e acumulando progressivamente saberes. Para o acolhimento ser mais eficaz e porque, acontecimentos com impacto emocional e físico se desenrolam simultaneamente (sobrecarregando a perceção da família), verifico que por vezes a

informação simples não é percebida ou apreendida, sendo necessário um suporte em papel do que foi dito. De acordo com Martins (1999), citado por Jorge (2004), muitas vezes durante a admissão os pais estão ansiosos e não compreendem muitas informações que lhes são dadas, intimidados pelo tipo de discurso, impotentes perante a velocidade dos acontecimentos que não conseguem prever. Este autor defende pois, que “a situação emocional, associada às diferenças culturais e experiências anteriores, pode tornar incompreensível a informação mais simples” (2004, p.13). Neste sentido, e face à ausência deste tipo de informação escrita e a depois de indagada a sua pertinência junto da Enf.<sup>a</sup> de referência e da Enf.<sup>a</sup> chefe, desenvolvi o **“Guia de acolhimento à Família”** em formato de folheto para o SIP (apêndice V) e para o SO do SUP2 (apêndice VI). Os guias embora semelhantes por vantagens da organização da instituição, constituem-se enquanto elementos específicos para cada serviço. Estes contêm informação sobre horários de funcionamento, serviços ao dispor dos pais, salientam a disponibilidade da equipa de enfermagem. Este guia em papel permite a sua consulta posterior pela família sempre que necessário, constituindo um meio para esclarecer dúvidas que possam ter subsistido relativamente à informação facultada, pelo que ambiciona ser um meio de suporte e um meio de incentivo da comunicação entre enfermeiro e família.

Em contexto de urgência, é recorrente só existir um contacto com a família (exemplo de circuito: criança que vai à triagem e após observação médica tem alta) ou no máximo dois contactos (exemplo de circuito: criança que vai à triagem [enfermeiro], após observação médica vai à sala de enfermagem [outro enfermeiro], de seguida tem alta médica). Considero que estas circunstâncias fazem com que a prática de enfermagem centrada na família no SUP seja muito desafiadora. Poucos contactos, por vezes só um, com a mesma família, fazem com que se tenha de ter desenvolvido uma elevada rapidez de avaliação, de diagnóstico e de prescrição de cuidados de enfermagem. Estas oportunidades não podem não ser aproveitadas como momentos de cuidar de uma forma holística.

Todas as intervenções de enfermagem se vão construindo e todos os contatos entre enfermeiros, crianças e suas famílias são importantes e únicos para a fortificação deste vínculo entre famílias e profissionais. Uma ação de enfermagem sensível às necessidades da criança tem igualmente de atender às necessidades dos adultos que a acompanham. Eu sou responsável por fomentar a aproximação e contribuir para melhorar

a interação da criança com a sua família, bem como por facilitar todo o processo de hospitalização.

Por conseguinte, tenho em consideração, nas minhas intervenções, uma multiplicidade de aspetos: o apoio às crianças e às famílias através de um processo de envolvimento e participação, sustentado por informação, capacitação e negociação; o estabelecer de parcerias com criança/jovem e família, considerando-os como parceiros na prestação de cuidados, respeitando as suas singularidades; a capacitação e empoderamento da família, orientando-a e apoiando-a, tendo em consideração as suas características individuais, e envolvendo-a gradualmente e incentivando-a na participação na prestação de cuidados à criança, desenvolvendo a confiança; a compreensão das crianças, nas suas características individuais tendo em consideração que seguem modelos similares de crescimento e de desenvolvimento; a gestão emocional da criança/jovem e família. Todas estas intervenções irão preparar e capacitar a criança/jovem e família para a alta, momento em que devo esclarecer dúvidas e reforçar os cuidados já realizados.

Os momentos de intervenção de enfermagem com uma **abordagem de CCF** em que sinto que mais evolui estão relacionados com os **procedimentos** (por exemplo: punção venosa periférica, algaliação) – a sua preparação, o durante e o depois. Os procedimentos são uma constante no SUP e nesta intervenção de enfermagem transformei muito a minha prática com contributos que fui construindo ao longo deste percurso. Deu-se como que uma metamorfose, um crescimento com vista à excelência e ao bem-estar da família, na medida em que transformei a minha prática para uma prática mais sensível, mais informada, com maior compreensão do outro (unidade familiar) e em que o outro sente o meu apoio e suporte de uma forma mais efetiva. Aumentei a participação da família no cuidado, e utilizei as suas forças e capacidades como aliados do meu cuidar. Personalizo cada intervenção, sempre balizada pelo grau de desenvolvimento da criança e especialmente atendendo à unicidade daquela criança em específico e às suas preferências. Dar possibilidade de escolha, de acordo sempre com o desenvolvimento daquela criança, tendo por base a honestidade, respeito e aceitação. Aproveitando os recursos que tenho, sem investimento monetário adicional, com a máxima de: fazer o melhor com o que tenho. Ouvir música, ter um penso personalizado, receber um autocolante de bom-comportamento, fazendo muitas vezes usufruto de uma ferramenta poderosa – a internet, utilizando sites como o youtube para colocar a tocar a música

favorita, dançar ao último hit do momento, ou música relaxante, ou colocar partes de um filme predileto.

Passo a relatar duas situações que ilustram a eficácia do uso de **estratégias enquadradas na lógica dos CCF**. A primeira relaciona-se com um caso de um adolescente a quem tinha sido prescrita medicação intramuscular para situação aguda de doença não urgente. Inicialmente recusava-se à administração da medicação que acabou por aceitar, após duas horas de negociação. Argumentei sobre benefícios e custos, capacitei, encorajei, envolvi da família, expliquei o procedimento e, sobretudo, fiz com que reconhecesse as suas competências face ao desafio que o estava a por à prova. Uma negociação intensa, mas com sucesso na adesão ao comportamento desejado. A segunda situação, foi durante uma preparação para uma cirurgia de emergência em que só tinha disponíveis cerca de 5 minutos. Com esta forte restrição, consegui explicar sucintamente o procedimento, esclarecer dúvidas, encorajar e fazer breves cuidados antecipatórios em relação ao pós-operatório. Ou seja, por mais breve e sucinto que tenha que ser uma preparação para um procedimento cirúrgico, é vital. O que pude comprovar na prática, tendo feito o acompanhamento no SIP desta família: a ainda que breve a preparação resultou numa unidade familiar mais segura e calma porque mais informada; melhor aceitação da condição de saúde; em suma todos os benefícios de uma preparação atempada, não tão completa e abrangente, mas eficaz.

Nestas duas situações aqui referidas, senti que realmente podemos e devemos fazer a diferença e os CCF podem guiar-nos e motivar-nos a fazer mais e melhor. Das práticas de enfermagem observadas ao longo do meu percurso académico e profissional, constato e acredito que existe muito potencial de intervenção para crescer. É comum ainda se rotularem alguns enfermeiros – “aquele gosta de explicar ou de brincar” – quando estas estratégias deviam ser amplamente utilizadas sobretudo nas áreas pediátricas. Neste sentido, face ao reconhecimento de espaço para a implementação consistente destas estratégias no SIP e da sua pertinência confirmada pela Enf.<sup>a</sup> de referência e pela Enf.<sup>a</sup> Chefe, elaborei o poster **“Cuidados de Enfermagem Centrados na Família: Preparação da Família para Apoio e Suporte à Criança Durante Procedimentos”**(apêndice VII). Este poster teve como objetivo incentivar e orientar a prestação de cuidados à família durante a prática.

Aliando o rigor técnico e o conhecimento teórico, eu devo agir de forma a minimizar os efeitos do ambiente hostil e repleto de vulnerabilidades do SUP sobre a criança e os seus familiares. É desejável que a situação de hospitalização evolua de uma experiência difícil para uma experiência positiva de crescimento, maturação e realização. Isto não é possível sem uma abordagem plena no cuidado centrado na família. Pelas características da sua intervenção, o enfermeiro é o profissional de saúde que possui estratégias que permitem atuar no SUP a nível da relação com a criança e com a família, de uma forma holística, capacitando-as e empoderando-as, de modo a identificar as necessidades específicas de todas as partes envolvidas e a trabalhar de modo a atender essas necessidades de uma forma individualizada, tendo em vista o seu bem-estar e o interesse. Uma abordagem desta natureza traz-lhes benefícios, permitindo maximizar o cuidado centrado na família, e alcançar o objetivo de compreender a criança no seu todo, e assegurando, como consequência, cuidados de enfermagem de elevada qualidade.

#### ***Desenvolver capacidades de atuação em situação crítica***

Na situação crítica o rigor, a perícia e o conhecimento científico são fundamentais para o sucesso das intervenções, que muitas vezes podem resultar na diferença entre a vida e a morte. Nestas situações em que a vida está em risco e surgem ameaças ao seu equilíbrio, seguem-se protocolos de atuação. Estes protocolos e *guidelines* ajudam a organizar o pensamento e estabelecer linhas de intervenção e atuação, com base na mais recente evidência, que levem ao maior sucesso possível. Por ser um requisito muito importante para uma prática de excelência a nível do SUP, uma das minhas preocupações enquanto futura enfermeira especialista foi aumentar as minhas capacidades de atuação em situação de crítica, pelo que destaco em seguida os aspetos mais marcantes.

Pelas suas semelhanças em alguns aspetos com serviço de urgência, a UCIP proporcionou-me aprendizagens muito enriquecedoras, que pude transpor para a minha prática habitual de cuidados. Neste ambiente, tive a oportunidade de prestar estes cuidados a crianças e famílias em situação crítica numa perspetiva de CCF, presenciar e atuar em situações de reanimação numa perspetiva de suporte avançado de vida (treinei procedimentos de ventilação invasiva mecânica e manual, e administração de fármacos).

Esta experiência revelou-se de uma enorme utilidade, uma vez que, embora frequentes, as situações de reanimação, na prática de uma urgência, não ocorrem tão

frequentemente. Na UCIP, o ambiente é também mais controlado, a situação de saúde já se encontra mais estabilizada em comparação com a entrada na urgência, e o apoio tecnológico de última ponta é mais abundante e os recursos humanos mais especializados. Então, perante esta realidade tão “controlada”, um dos objetivos foi a abordagem e prestação de cuidados à família numa lógica de CCF. Durante o estágio e após a observação de práticas que podiam ser melhoradas e com a posterior validação da Enf.<sup>a</sup> de referência, elaborei o poster intitulado de “**Algoritmo Orientador de Intervenções de Enfermagem que Diminuem o Stress da Família numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos**” (apêndice VIII), com o objetivo de desenvolver ferramenta de apoio /orientação da prática de enfermagem para apoiar as famílias com criança em situação crítica.

O SUP1 também proporcionou momentos e oportunidades abundantes de aprendizagem. Destaco o cuidado que pude prestar à mãe de uma criança numa lógica de CCF em situação crítica. Esta intervenção desenrolou-se no momento da entrada do seu filho por uma situação de emergência médica. Nesta situação, com o intuito de treinar o suporte e o apoio à família, dediquei-me exclusivamente à gestão das emoções, à informação, à orientação desta mãe. No decurso dos procedimentos invasivos e da abordagem médica a que o seu filho estava a ser sujeito, mantive-me ao seu lado, numa postura de total proximidade. Acredito que a minha prestação de cuidados foi bastante envolvente e que estive totalmente disponível para aquela mãe, e por ter sentido a sua progressiva calma, aceitação e controlo da situação, mesmo que com angústia e preocupação, percebi a importância desta disponibilidade. Um sentimento interessante que me surgiu durante esta experiência foi o de inquietação/ frustração, pois, por instantes, senti-me pouco ocupada. Estava ao lado da mãe a dar-lhe apoio, mas quando surgiam momentos de maior silêncio (tão importantes estes momentos na relação) julgava-me e criticava-me por não a fazer algo que implicasse uma manipulação ou cuidado direto à criança. Acredito que isto aconteça porque estava tão enraizado em mim, e suponho que em muitos enfermeiros, um sentimento de utilidade associado aos procedimentos técnicos e corporais, neste contexto de urgência. Tenho em mim há muito tempo este conhecimento, que a relação é fundamental, o apoio emocional à família é essencial, mas poderei estar ainda um pouco formatada para a ação “manual”. Estar em exclusividade para a família granjeou-me ainda mais competências para o apoio

emocional à família, sendo uma nuance dos cuidados incontornável para a prática de enfermagem.

Considero a abordagem no SUP à família como uma abordagem precisa, rápida. No SUP trabalha-se com o imediato, espera-se o eficaz. Os fenómenos de saúde-doença são inesperados, súbitos. Transmitir calma, controlo (muitas vezes quando a própria equipa ainda não conseguiu controlar a situação clínica da criança), num curto espaço de tempo, a crianças/jovens e famílias, que muitas vezes não conhecemos, é essencial. Assim, procuro no meu cuidar, tal como preconizado por Diogo (2015) valorizar as emoções, dúvidas e preocupações da família face ao processo de saúde/doença e hospitalização da criança/jovem através da disponibilidade demonstrada para o diálogo, escuta ativa, presença plena, proximidade, apoio e compreensão face à vivência de uma experiência emocionalmente intensa, numa relação terapêutica autêntica.

Enquanto futura enfermeira especialista também considero indispensável detetar espaço de melhoria de cuidados, particularmente na resposta dos serviços de saúde às necessidades de saúde da criança em situação instável. No CRPC foi identificada uma necessidade de atualização da resposta dos profissionais a situações de instabilidade de saúde das crianças, bem como uma necessidade de organização do material disponível para esta resposta (carro de urgência). Esta necessidade também era sentida e partilhada pela equipa de enfermagem. Para colmatar esta carência, foi realizada uma **sessão de formação sobre SBV** para os profissionais de saúde do CRPC (apêndice IX), e procedi à organização do material do carro de urgência e à realização de um **mapa de utilização, reposição e manutenção** (apêndice X). Os funcionários do centro, em particular as enfermeiras, referiram que a formação tinha sido de extrema utilidade, uma vez que permitiu uma atualização dos conhecimentos e um sistematizar de passos importantes no reconhecimento e atuação inicial de uma situação de emergência. Estas atividades foram sentidas por mim como muito proveitosas, por estar a contribuir para uma melhoria de cuidados às crianças numa eventual situação crítica / situação de emergência.

### ***Mobilizar estratégias de comunicação promotoras de CCF***

A comunicação é uma pedra basilar da existência humana tal como a concebemos, a sua importância nas relações humanas é enorme, diria mesmo que essencial para a vida, uma vez que somos seres humanos, em constante interação uns com os outros. A máxima

que defende não existir não comunicação expõe o seu carácter implícito em todas as interações humanas. Sendo a enfermagem uma disciplina que se desenvolve na relação com os outros, este **desenvolvimento de competências na área da comunicação** foi essencial para a minha prestação de CCF.

Durante os estágios existiram inúmeros momentos de reflexão, feedback e de interação que foram preciosos auxiliares nesta busca pelo saber, incluindo o saber comunicar. O aperfeiçoamento das minhas estratégias de comunicação foi conseguido pelo estar presencialmente e autenticamente, em contexto, naquela situação, naquele tempo, naquele espaço. Aprende-se a comunicar melhor, comunicando e adequando cada vez mais todas as estratégias à individualidade do(s) interlocutor(es). A teoria é complementada pela prática, a pesquisa de técnicas de comunicação como a validação, ganha visibilidade e compreensibilidade pessoal após a sua experimentação. Cada relação e interação são únicas e esta extraordinária singularidade da interação só se adquire na prática, pelo sentir-se, pelo vivenciar-se. Pois, existem sensações, emoções, posturas, sentidos, que só ao vivo eu compreendo e integro. Esta **prática e reflexão sobre a minha própria experiência do comunicar** foi uma grande oportunidade de crescimento.

A The Joint Commission (2010) considera que para ocorrência de uma comunicação efetiva deve existir por parte dos prestadores de cuidados uma compreensão e integração das informações recolhidas dos clientes, e por sua vez, os clientes compreendem mensagens precisas, oportunas, completas e inequívocas dos cuidadores de uma forma que lhes permite participar responsabilmente no seu cuidado. Ao longo deste percurso fui aprimorando a utilização estratégias para ir de encontro a uma comunicação efetiva, como por exemplo algumas descritas por Ahmann e Dokken (2012): o método de *teach back*, em que o cliente tem de reproduzir a informação/informações que o enfermeiro disponibiliza, simulando uma inversão de papéis, de forma a validar que a informação é bem entendida; ou pedir que me *faça três perguntas*, que permite que as crianças e/ou famílias sintam uma abertura maior e menos constrangimentos de perguntar seja o que for, e assim esclarecer eventuais questões que poderiam estar latentes.

Outra das estratégias de comunicação com a família que realço por ter provocado uma mudança da minha prática foi a da utilização do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, recomendado pela Direção Geral de Saúde (2013), como forma de registo das

avaliações realizadas à criança, possibilitando uma continuidade de cuidados posteriores à ida ao SUP. Clendon e Dignam (2010) mencionam que a utilização efetiva e eficaz dos registros nos boletins de saúde da criança contribui para o estabelecimento de uma relação de sucesso entre enfermeiros e família, na medida em que, os enfermeiros podem utilizá-los como uma ferramenta para desenvolver competências nas famílias para cuidar das suas crianças.

A crescente consciencialização da importância da comunicação não-verbal foi muito marcante nesta aprendizagem. Da nossa comunicação 90% ou mais é não-verbal (Alves & Brito, 2011). O tom, os gestos, a posição corporal e o olhar podem exprimir uma realidade diferente, por vezes, contrária à que emite verbalmente. Por exemplo, numa interação, se digo se tem alguma questão, mas se estou a olhar para o relógio e ver as horas, então a minha comunicação vai no sentido de referir que não estou disponível, é contrária ao meu discurso verbal. Aqui, considero que é mais importante estar 1 minuto com uma família de uma forma efetiva, do que de 5 min de uma forma pouco efetiva. O silêncio traduzido no sentido escuta pessoal do outro, foi outro aspeto que incitei desenvolver na minha comunicação não-verbal. Alves e Brito atentam que a “escuta pessoal vai criando empatia e transmite compreensão, ouvir com curiosidade, compreender o eco que os acontecimentos têm no outro” (2011, p 24). Uma escuta que depende do conhecimento científico e de uma capacidade técnica, mas que se aperfeiçoa através da compreensão empática do outro. Compreender o outro é sair ao seu encontro quando tentamos responder às suas necessidades. Uma conspiração discreta para que aconteça algo. Mesmo num cenário com muitas solicitações, cada vez menos recursos humanos para mais trabalho, a forma como se toca, o contato visual, a escuta... pequenas coisas fazem a diferença (Hesbeen 2000).

Em todos os locais de estágio procurei utilizar o **brincar** como via principal de comunicação com as crianças, o brincar é a linguagem universal das crianças, um mundo encantado que pode e deve ser utilizado como uma intervenção terapêutica de enfermagem. A minha entrada no mundo da fantasia, das casinhas de bonecas, dos dragões, das princesas, dos castelos encantados, das corridas de carros, dos monstros, das bruxas, dos jogos, dos puzzles, dos desenhos, tem-se vindo a fazer de forma gradual, através da conquista. Os diferentes estágios permitiram-me uma entrada mais permanente e mais consciente neste mundo. Também o conhecimento advindo de pesquisa

bibliográfica e estudos científicos sobre desenvolvimento, sobre brincar, sobre interação com crianças, é exponenciado pela vivência direta destes processos. Destaco a experiência, em ambiente natural destas vivências, que foi proporcionada pelo estágio no CBEI. Apercebi-me do pleno alcance das competências adquiridas neste local quando voltei para a minha atividade profissional. Trouxe desta experiência uma maior aproximação a códigos muito próprios de comunicação com crianças com idades compreendidas entre os 3-5 anos (tinha previamente identificado esta faixa etária como aquela em que tinha mais necessidade de desenvolver competências): brincadeiras, temas de conversa, músicas, histórias e heróis populares entre a pequenada, piadas, formas de olhar, de tocar e cabriolar. Mesmo num contexto estranho e potencialmente assustador para uma criança, o hospital, o facto de eu falar melhor a sua “língua”, é extremamente importante para existir uma maior aproximação entre mim e eles e assim, estes percecionem a realidade de forma menos ameaçadora. O enfermeiro de saúde infantil e pediátrica deve ser exímio nesta linguagem, um elemento facilitador, de forma a transformar a ida ao hospital num momento de conquistas e de superações para a criança e sua família.

A integração e a focagem na importância de uma comunicação adequada à individualidade de cada criança, guiada pelo seu estágio de desenvolvimento, e à sua família, mas com a noção que cada criança e família são únicas: o que requer que eu domine os seus códigos, perceba os seus receios e delinieie estratégias cada vez mais eficazes ao adaptar-me à sua unicidade, são essenciais. Alves e Brito (2011) consideram que a nossa comunicação é um processo que nunca termina, que está sempre em crescimento, neste aprofundamento, ao longo dos estágios, fui encontrando e confirmando as minhas competências comunicacionais.

### ***Promover o ambiente terapêutico para uma prática de CCF***

O ambiente físico do cuidar tem impacto na forma como os cuidados são prestados, influenciando não só a forma como as crianças respondem e se curam, mas também o humor e, conseqüentemente, a eficácia da equipa de saúde. Este inclui também aspetos tão diversos como a distribuição física do espaço, o design, a unidade e homogeneidade de todos os espaços (cores, sons, circulação de pessoas, equipamentos e materiais) (Felgen, 2004). Stichler (2001) refere que o conceito de ambiente terapêutico sugere que o ambiente pode fazer a diferença na rapidez da recuperação e adaptação do

doente à sua condição de saúde, aguda ou crônica. Este autor revela que os doentes experimentam um resultado positivo num ambiente que incorpore luz natural, elementos da natureza, cores calmantes, sons apaziguadores e terapêuticos, ambientes agradáveis, vistas para a natureza e que proporcionem interação com a família. Conclui ainda, que os doentes têm períodos de internamento de menor duração, tomam menos medicação para as dores e têm menos sentimentos negativos, do que aqueles que se encontram em ambientes que não valorizam estes aspetos. Desta forma, eu, enquanto enfermeira, posso tornar o **ambiente da minha prática de cuidados**, mais confortável e menos ameaçador. Assim, o ambiente, deve ser adaptado para corresponder às necessidades únicas das crianças e da sua família, no sentido de criar uma atmosfera o mais semelhante possível à de casa, de forma a minimizar a ansiedade para as crianças e proporcionar uma continuidade com o seu meio familiar, minorando as consequências de uma rutura abrupta com o seu meio habitual (Festas, 1994; Santos, 2001; Price & Gwin, 2005; Hockenberry & Wilson, 2015). Durante as experiências de estágios desenvolvi intervenções, como por exemplo: desligar os alarmes dos monitores logo que possível; durante a noite minimizar as luzes; ajudar as crianças a dormir sem interrupções, pelo que durante o seu período de sono reduzo ao mínimo a interação com elas; dou preferência pela luz natural em prol da iluminação artificial. Watson (2002b) alerta-nos para esta área da manutenção do ambiente terapêutico, tão fundamental para a prática de enfermagem, como uma área do atual domínio da enfermagem em potencial ameaça, referindo que os enfermeiros descoram cada vez mais as suas responsabilidades enquanto arquitetos do *cuidar-curar*.

Para além do espaço físico, Watson (2009) refere que, a evolução do ambiente terapêutico da prática do *cuidar-curar*, está cada vez mais a depender das relações, parcerias, negociação, novas formas de comunicar e conexões autênticas. Acredito, tal como Watson (2002b) nos diz, no espaço (na esfera) entre cliente e profissional, deva ser um espaço de bem-estar, um ambiente terapêutico, de cuidar-curar. A teoria do cuidado humano aprofunda o conceito de pessoa, ao conferir extrema importância à relação entre enfermeiro e doente, interação que convida os intervenientes a formar uma relação espiritual, de aceitação e confiança, mergulhando ambos no seu conhecimento interior (Watson, 2002a). Esta relação estabelecida é a possibilidade de elevar os cuidados de enfermagem. O que realmente importa é a relação, a comunicação, a entrega plena, o estar, o ser autêntico. Promover processos de tomada de decisão partilhados, ter a capacidade e a flexibilidade de acompanhar o ritmo da própria criança, das suas

necessidades, e da sua família, em cada situação, toma um modo único em cada enfermeiro. E esse é o poder de enfermagem – a irrepetível, singular e autêntica individualidade. Enfermagem ao serviço da pessoa, daquela pessoa (família) em particular.

A ida a um SUP é, como tem sido a vir referido, um acontecimento gerador de stress e pode representar uma experiência traumática para a criança e família, que enfrentam um ambiente desconhecido, que não controlam e que receiam, podendo provocar uma crise familiar profunda que pode atingir todos os membros. Mas é neste cenário, com estas particularidades, que a enfermagem se revela, que ganha sentido. O enfermeiro especialista, com uma prática avançada, claramente numa posição de gestor de cuidados, através de uma criatividade atenta, com uma comunicação integradora e uma presença plena, cuida dos seus clientes – a unidade familiar. Ao conectar-me com uma família de forma única, intensa, autêntica, transformo o SUP num local de refúgio, de acolhimento e compreensão, capacitação e valorização. Mesmo com todas as contingências e desafios que lhe possam ser inerentes (doença, sofrimento, angústia) a família é cuidada.

### **3.2. Proposta de Programa Promotor de Cuidados de Enfermagem Centrados na Família no Serviço de Urgência Pediátrica**

Em resposta ao segundo objetivo geral do estágio, a construção da proposta do programa promotor de cuidados de enfermagem centrados na família no SUP2 efetuou-se em duas fases. A primeira fase, prendeu-se com a análise das práticas de CCF neste contexto, partindo de um autodiagnóstico, onde se definiram as principais prioridades de mudança estratégica. Na segunda fase, iniciou-se a elaboração da proposta de programa e dos documentos tendentes à sua implementação.

#### ***Análise das práticas de CCF no SUP2***

A proposta de implementar este programa, tal como foi já mencionado ao longo deste relatório, surge numa lógica de melhoria de cuidados do SUP2 no qual exerço a minha atividade profissional. Thomas (2010) alude que para se melhorar os cuidados no SUP é necessário saber onde se está a nível dos CCF prestados neste local, e ao responder-

se a esta questão, identificam-se, assim, necessidades de desenvolvimento de competências, de treino e de formação, para um cuidar efetivo neste contexto.

Assim, importou fazer, uma avaliação diagnóstica da realidade onde me insiro, tão profunda quanto possível nas circunstâncias de estágio. Para tal utilizei os dados recolhidos através do **Guião de Observação de Práticas de CCF**. A observação foi participante, em diferentes turnos, de diferentes colegas. Centrou-se nos nove indicadores do guião e de um outro indicador aberto. Esta análise não pretendeu ter um carácter de julgamento das práticas em uso, mas sim consistir numa forma de reflexão e de perceção de eventuais necessidades de mudança e de pontos de futuro empenhamento.

Então, congregando a prévia auscultação à equipa de enfermagem sobre a pertinência da temática dos CCF no SUP, efetuada no início da conceção deste estágio, conjuntamente com os dados recolhidos através da observação e com todos os saberes acumulados ao longo deste percurso, foi realizada uma **análise SWOT** (apêndice XI). Esta análise é uma ferramenta de gestão de organizações, permitindo a conceção e planeamento estratégico dos gestores, a partir da avaliação da situação corrente de uma organização e das suas perspetivas futuras (Rothaermel, 2013). Teve como finalidade identificar as forças e fraquezas (fatores internos), mais relacionados com os enfermeiros; e as oportunidades e ameaças (fatores externos), mais relacionados com os aspetos organizacionais.

Após esta análise pretendeu-se a utilização sinérgica das forças identificadas e das oportunidades existentes, e assim, potenciar os aspetos positivos relacionados com os enfermeiros para atingir os objetivos da organização, sem esquecer as fragilidades e ameaças e as sinergias entre elas. Para que a mudança ocorra propõe-se uma especial atenção no alinhamento das forças presentes nos enfermeiros, nomeadamente a dedicação e a motivação para a mudança no cuidado às famílias, às oportunidades organizacionais identificadas, particularmente a acreditação internacional do hospital que promove a implementação de projetos com vista à melhoria da qualidade assistencial. Neste sentido, e até ao momento definiram-se as **principais prioridades de mudança estratégica** para os CCF no SUP2, designadamente: i) aumentar os conhecimentos e estratégias nos enfermeiros, através de formação, ii) propor estratégias e disponibilizar recursos que os enfermeiros possam utilizar; de forma a alavancar a mudança para uma prática sistemática de CCF, partindo dos enfermeiros, para a equipa e para a organização.

### ***Desenvolvimento da proposta de programa***

Tendo em conta as principais prioridades de mudança foi desenvolvida uma proposta de programa de promoção de CCF no SUP2. Tem, como grande **finalidade** dar resposta às prioridades de mudança identificadas, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados no SUP2 e aumentar a satisfação das famílias. Tem como **objetivos**: promover práticas consistentes de cuidados de enfermagem centrados na família no SUP; e aumentar a compreensão e competências necessárias para estabelecer CCF efetivos no SUP por parte da equipa de enfermagem.

A sua **conceptualização foi sustentada com base na evidência científica**, que indica que os conhecimentos e estratégias sobre CCF são fundamentais, sendo a formação e a existência de recursos disponíveis que os enfermeiros possam recorrer / orientar-se durante a sua prática, essenciais para potenciar os CCF (Abraham & Moretz, 2012; Ahmann & Johnson, 2000; Apolinário, 2012; Dudley et al., 2015; Goode & Jones, 2006; IPFCC, 2011). Comumente, o RCPCH e o RCN (2010) atribuem ao desenvolvimento de competências no SUP por parte dos enfermeiros e à consequente melhoria dos cuidados, o aumento de conhecimento e capacidades (formação em sala de aula, pacotes de aprendizagem flexíveis e interativos, por exemplo, a utilização de websites interativos) e à existência de oportunidades de apreender com e na prática, através de supervisão clínica: suporte, guia e encorajamento para a aquisição das diversas capacidades, exercícios de simulação, através de programas de orientação, supervisão clínica e reflexão de equipa.

Face ao exposto, para se concretizar esta proposta foram empreendidas atividades em três áreas: envolvimento da equipa; apresentação, discussão e aprofundamento da proposta, e disponibilização de um dossier informático, que subseqüentemente descrevo.

#### Envolvimento da equipa

O envolvimento e a motivação para a mudança, por parte dos colegas, foram e continuam a ser fulcrais para a elaboração e futura implementação desta proposta. As estratégias utilizadas têm sido múltiplas, desde conversas dirigidas para os benefícios dos CCF, discussão de exemplos práticos, reuniões, solicitações sobre algumas matérias, reflexões orais sobre as práticas em uso sem esquecer o procurar ser um exemplo na minha prática clínica. Todas estas estratégias foram postas em prática com o intuito de persuadir, motivar, promover novos comportamentos, e assim indo transformando a cultura

organizacional. Progressivamente senti que o interesse na temática foi surgindo, inclusive, transparecendo em algumas pequenas e importantes mudanças na prática dos enfermeiros (tais como: mudança de comportamentos face à preparação para procedimentos, maior empenho na informação transmitida à família), mudanças que se alargaram a outros profissionais. Importa referir que a Enf.<sup>a</sup> Chefe e a Enf.<sup>a</sup> de referência concordaram e apoiaram esta proposta de forma integral. Este apoio e envolvimento foi obtido através de uma reunião formal, em que ambas aprovaram de forma bastante satisfatória e com entusiasmo o programa, referindo que este seria uma mais-valia para todos os intervenientes (profissionais de saúde e clientes).

#### Apresentação, discussão e aprofundamento da proposta

A **apresentação do programa**, à equipa e às chefias, realizou-se através da sessão de formação (apêndice XII). Esta sessão tinha como finalidade apresentar a proposta e iniciar a mobilização da equipa no projeto, enquanto futura coordenadora do mesmo. Pretendia que a sessão fosse, simultaneamente, fonte de motivação e de compromisso.

De forma a abranger toda a equipa foram realizadas sete sessões no total a pequenos grupos de colegas (só ficaram excluídos dois colegas por motivos de ausência prolongada), cada uma com a duração de cerca de 30 minutos. Uma vez que se pretendia favorecer as oportunidades de participação, foram realizadas durante o horário laboral, e assim, sem necessidade de aumento das horas de permanência na instituição.

A receptividade à proposta e a avaliação da sessão foram bastantes positivas, tendo todos os enfermeiros concordado e mostrado interesse em se envolver no Programa. Na parte final, durante as questões abertas, foram esclarecidas dúvidas, e alguns exemplos práticos e estratégias foram clarificados. Senti que existiu uma grande receptividade, a avaliação final escrita dos formandos foi coincidente com o entusiasmo verbalizado.

#### Disponibilização de um dossier informático de CCF no SUP

Ao longo do estágio, na área do ambiente de trabalho dos computadores de todos os enfermeiros do SUP, foram disponibilizados recursos num **dossier temático informático de CCF** (apêndice XI). Nele constam: índice de temas de CCF, respetivas referências bibliográficas e lista de recursos de CCF online. Pretende-se que seja um recurso ativo, em construção contínua e dinâmica pelos diversos elementos da equipa de enfermagem, sob a orientação do Enf.º de referência do projeto.

Importa referir que tendo a consciência que esta proposta não vai, por si só, mudar de forma radical e, de imediato, a abordagem à criança e à família no SUP2, pretende-se,

porém, que ocorra uma mudança nesse sentido, almejando que os CCF se instalem de forma consistente e continuada no SUP2. Com a consciência que ações isoladas não provocam mudanças a longo prazo, esta proposta de programa foi pensada numa lógica de continuidade.

Abraham e Moretz (2012) referem que responsabilidade não é exclusiva dos enfermeiros para uma eficaz implementação de CCF, mas eles podem atuar como catalisadores da mudança da cultura organizacional, ao iniciar e ao integrar práticas de CCF nos seus cuidados diários. Além disso, os enfermeiros que consistentemente prestarem CCF na sua prática diária servem como modelos e mentores para os pares, e a mudança em grande escala pode começar mesmo com aparentemente pequenos passos como este (Abraham & Moretz, 2012). Partilho da opinião destes autores, acredito na força de uma equipa de enfermagem apoiada por um enfermeiro de referência como fator despoletante da engrenagem da máquina organizacional, a força motriz da mudança. Daí, ter sido de vital importância, alinhar este programa com os objetivos da organização, de forma a aumentar a probabilidade do seu sucesso. Assim, ao promover-se condições para participar no processo de monitorização de acreditação do hospital, conjuntamente com as chefias poderá ter-se criado um ambiente mais favorável à disponibilização futura de recursos que os enfermeiros possam utilizar na sua prática (brinquedos, material, entre outros).

Tem de se contribuir para criar uma cultura global de CCF. Se não existir ou se for deficiente esse apoio e entusiasmo, cabe a cada enfermeiro conjuntamente com a sua equipa, mostrar e trazer para a equipa multidisciplinar, organização e sociedade a importância real dos CCF, através de uma prática refletida e de excelência de cuidados. Não nos devemos preocupar obsessivamente com a representação social de enfermagem, mas sobretudo assumir uma prática avançada no agir do dia-a-dia, porque é essa atitude que mais defende a nossa profissão. Ser completos no que fazemos. Como Ricardo Reis (1933) refere: “para ser grande, sê inteiro: nada teu exagera ou exclui, Sê todo em cada coisa. Põe quanto és no mínimo que fazes”. O enfermeiro especialista na sua prática diária deve ser um exemplo a seguir, é o seu dever ético e moral prestar cuidados de excelência e influenciar os outros enfermeiros nesta conduta. Assim, sob a batuta do enfermeiro especialista a enfermagem pode e deve liderar práticas inovadoras e criativas de saúde,

na abordagem centrada na criança e na família através de um sistemático e consistente trabalho em equipa.

### **3.3. Competências desenvolvidas**

E após todo o conjunto de conhecimentos que consolidei, saberes que desenvolvi, aprendizagens que integrei, vivências que experimentei, atividades que implementei, ao longo deste percurso, agora, com estas novas aquisições e maturações, que mudanças ocorreram na minha prática? Como é que a prática reflexiva foi e é impulsionadora do meu desenvolvimento e da minha mudança? Que competências desenvolvi?

As mudanças do meu cuidar a criança/ jovem e família, utilizando uma abordagem de CCF, no meu local de trabalho, foram surgindo durante a frequência das aulas do mestrado e foram-se intensificando à medida que este percurso se foi desenrolando, particularmente durante o período de estágio e miscigenaram-se continuamente na minha prestação de cuidados. Importa referir que, na verdade, o meu cuidar não se transformou abruptamente. Porém, quero acreditar que agora o meu cuidar está revestido de uma mais clara intencionalidade, e até de uma maior sensibilidade e autenticidade. Sinto que existiu um tempo e espaço de conquistas e desejo que esta evolução perdure no tempo e que continue como base da minha essência enquanto enfermeira, esta busca pelo melhor.

A experiência leva a uma prática reflexiva que é fonte para o desenvolvimento de conhecimento (Meleis, 2012). Refletir de forma estruturada permite um pensamento consequente e eficaz: quando se pondera determinada problemática à luz de uma teoria, logramos obter uma resposta com sentido, que se traduz numa conduta profissional coerente. Esta construção de sentido, que vai dando provas na prática de enfermagem, traduz-se em conhecimento. É este compromisso ético inerente ao exercício da profissão, o de pensar a teoria a partir da prática e melhorar e pensar continuamente a prática tendo por base a teoria, que permite que a Enfermagem se desenvolva de forma consistente.

De acordo com Benner (2001), para o desenvolvimento de competências é necessária a experiência. Esta autora refere que a forma de o enfermeiro alcançar a perícia é através da experiência, em múltiplas situações de cuidados complexos e ambíguos, em situações sempre diferentes e em contexto. A experiência permite retirar o significado da

vivência de múltiplas situações e produzir reflexões que condicionam posteriores intervenções. Assim, para esta autora, a competência advém ao enfermeiro através da consciencialização e da causalidade das suas ações. Considero que os percursos de especialização que se concretizam igualmente através de conhecimento e experiência.

Perrenoud (2000) entende competência como a capacidade de utilizar, integrar e fazer convergir diferentes recursos cognitivos e afetivos, numa situação particular, na ação e num contexto específico, uma perícia na adequação de prévios saberes, capacidades, valores, atitudes e esquemas de perceção. Segundo Phaneuf (2005), que define competência especificamente no âmbito de enfermagem, ela envolve habilidades cognitivas, psicomotoras e sócio-afetivas que permitem desempenhar um papel, função, tarefa ou atividade, sobretudo na complexidade de situações reais.

Ao longo deste percurso considero ter desenvolvido os níveis de saberes associados ao desempenho da profissão de enfermagem: consolidei o nível do saber-saber através dos aportes cognitivos (rica e incontornável matéria prima da prática), aprimorei o nível saber-fazer que corresponde à vertente psicomotora e aperfeiçoei e encontrei novas formas de saber-ser com impacto relacional, afetivo e ético-moral.

Conciliando a importância da experiência na prática reflexiva, o conceito de competência e o meu desenvolvimento de saberes associados ao desempenho da profissão de enfermagem, considero que, através da concretização gradual dos objetivos definidos e da sua avaliação positiva, estou apta a afirmar que alcancei as competências necessárias para ser EEESCJ. No que concerne às **competências comuns de EE** que, de acordo com a OE (2010a, p.3) são “as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade”, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da gestão dos cuidados, do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e da melhoria da qualidade, destaco: o promover práticas que respeitem os direitos das crianças e famílias; o desempenhar um papel de dinamizador ao nível da unidade de cuidados e da organização; a conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria de cuidados e o desenvolver o autoconhecimento e a capacidade de basear as práticas em sólidos conhecimentos científicos.

No que diz respeito às **competências específicas do EESCJ** (OE, 2010b), designadamente na assistência à criança/jovem e à sua família, na maximização da sua saúde; no cuidado da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; e

na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. Do exposto neste relatório de estágio saliento: a implementação de planos de cuidados promotores das melhores condições para o exercício da parentalidade e dos papéis de outros familiares, nomeadamente em situações de doença e hospitalização; o recurso a estratégias de comunicação apropriadas à criança e família e o recurso a um conjunto de terapêuticas de enfermagem suportadas pela evidência e fundadas no cuidar humano.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS**

A vivência dos cuidados de enfermagem ao longo deste percurso foi uma experiência marcante intensa que contribuiu, sem dúvida, para uma construção dignificante e de excelência do papel de EEESCJ. Os cuidados de enfermagem podem e devem praticados com mestria e beleza. Beleza por serem genuínos, delicados, sentidos e sensíveis. O respeito, a escuta, a empatia e o envolvimento esperam-se constantes e claramente presentes. Enquanto enfermeira posso, devo e espero fazer a diferença na vida das crianças e das suas famílias. Descobrir e ajudar a prosperar potencialidades, em realidades.

A prestação de cuidados competentes do ponto de vista ético, científico e técnico, dirigidos de modo único a cada criança e família, e que estes sejam percebidos e valorizados como tal pelos nossos clientes, é fundamental. A enfermagem existe porque é sentida como necessária para as pessoas, este reconhecimento dá-lhe razão de ser, justificando-a enquanto profissão. Tecida esta consideração, e face ao atual contexto social da enfermagem, importa mais do que nunca definir quem somos, o que queremos ser, e como cada um pode influenciar a equipa e, consecutivamente, a organização, em práticas que ambicionem a excelência dos cuidados das crianças e suas famílias enquanto enfermeira especialista.

Considerando as minhas presentes aprendizagens através da experiência, da reflexão, da escrita, da interiorização, do decidir e do agir. Ter consciência do que fui, do que sou e através desse passado escrever um novo futuro, com novas e acrescidas competências e responsabilidades, com um novo olhar. Como um ritual de passagem para uma prática de enfermagem ainda mais responsável, atingindo uma intencionalidade ao nível do especialista. Dúvidas, questões, reflexões, desenvolveram-me um outro olhar que despertou, me fez interrogar, que me fez ver aspetos que me potenciam enquanto pessoa e enquanto enfermeira... “Se podes olhar, vê. Se podes ver repara” (Saramago 1995, p.9). Uma passagem que me confronta com o desejo de ser melhor, mais intensa, de ir mais além, o apelo à lucidez, o convite a não fechar os olhos, mas sim a usá-los para ver. Mais enfermagem na enfermagem é o que procuro em conjunto com a equipa da minha unidade.

Este caminho foi marcado pela auto-confrontação, por me colocar em questão, por desenvolver em mim uma inquietude que me fez partir à descoberta de novas soluções, por me incitar a transcender os meus limites. A minha prática clínica no SUP encontra desafios e condicionantes inerentes ao contexto e à situação de saúde-doença das crianças, mas um esforço de superação dos mesmos e transformação destes em oportunidades de intervenção com as crianças e suas famílias, contribui para minimizar os constrangimentos. O empenho necessário terá de ser, da minha parte, e em equipa, flexível, dinâmico, ativo e contínuo.

Nesta perspetiva de continuidade, estou empenhada em apostar na investigação científica e disponível para a colaboração em projetos de investigação. Em relação ao programa de promoção de CCF, tenciono ajudar a garantir uma formação sistematizada com uma base mensal, proceder à consolidação do dossier e à elaboração de um guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem centrados na família e a constante monitorização e avaliação do programa, e acima de tudo, que o programa seja autossuficiente, de forma a que um conjunto de profissionais o impulsione e viabilize.

Numa época em que assistimos a uma crise económica, os altos custos de saúde associados a cortes orçamentais levam à diminuição progressiva da equidade no acesso aos serviços de saúde, bem como à insuficiência de recursos humanos. Considero que a intervenção de enfermagem se revela essencial na delineação de estratégias e ações para com os desafios de saúde neste ambiente de contenção. Daí o aumento da efetividade e até visibilidade no nosso trabalho ser tão importante, para que possamos justificar meios no sentido de diminuir o impacto negativo da crise. Os CCF no SUP são uma área onde é possível e desejável um desenvolvimento e uma sistemática promoção, assim como a sua monitorização e avaliação dos resultados e das intervenções em enfermagem: obtendo-se uma diminuição de custos a médio e longo prazo, em reação à aposta no empoderamento e capacitação das crianças e suas famílias.

A aplicação de estudos e da evidência científica, assim como a sua produção, fazem com que os enfermeiros sejam influenciadores de políticas de saúde e otimizem os cuidados. Entendi como o enfermeiro pode e deve fazer a diferença: o seu lugar de proximidade e de autenticidade com a criança e a sua família, no contexto da prestação de cuidados, faz que seja, simultaneamente, um agente e um recurso essencial, quer na

excelência da qualidade dos cuidados quer na diminuição dos seus custos, através de uma intervenção criativa, crítica e inovadora.

Watson e a sua teoria do cuidar humano, revelaram-se um farol, um guia para o meu cuidado, para o meu trabalho de reflexão. A sua visão integradora do ser humano, enquanto ser numa experiência de vulnerabilidade e ávido por transformação, na medida que deseja ser pleno, indica-nos caminhos e envolvimentos possíveis para a sua capacitação e potenciação, caminhos pautados de afetos, contatos, proximidades, encontros. A possibilidade de prestar CCF como promoção do cuidado humano está sempre presente na equação interativa família/enfermeiro. Cada interação é uma oportunidade, sendo que cada interação é revestida de complexidade e unicidade.

Este relatório poderia intitular-se de “uma Viagem” uma vez que considerei este percurso como uma etapa que me transformou. Numa viagem, ao existir uma deslocação, está implícita uma mudança de posição, uma alteração do ângulo de visão habitual, o conjugar de outra realidade na primeira pessoa. Uma apropriação dessa realidade, a um tempo, a uma linguagem, a diferentes estímulos. Descobrir detalhes, aplicando um olhar fresco ao que está à volta, são aspetos inerentes à perspetiva do viajante. Ao longo deste percurso, dispus-me a novos *insights* a partir de uma realidade que, não me sendo estranha, não me estava próxima: mergulhei num novo mundo de emoções e conhecimentos, com o qual interagi sem reservas, vivendo relações exponenciais de afetos com as crianças e famílias de quem cuidei.

Nesta Viagem redescobri o cuidar. Vi coisas extraordinárias. Ao longo deste percurso comprovei que os cuidados de enfermagem centrados na família são efetivamente recompensadores. Acredito que podemos e devemos fazer a diferença na vida das crianças e das suas famílias. Descobri um lugar onde a enfermagem é mais completa. Por mais que reveja e que altere este relatório nenhuma palavra descreve o que verdadeiramente senti. Contudo, espero que a leitura transmita uma parte da viagem. Mesmo que, por momentos, esteja longe da minha viagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians Pediatric Committee & Emergency Nurses Association Pediatric Committee (2013). Joint Policy Statement - Guidelines for Care of Children in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*. 39(2), 116-127.
- Abraham M. & Moretz J. (2012). Implementing Patient-and Family-Centered Care: Part I – Understanding the Challenges. *Pediatric Nursing*. 38(1), 44-47.
- Ahman M. & Dokken D. (2012). Strategies for Encouraging Patient/Family Member Partnerships With the Health Care Team. *Pediatric Nursing*. 38(4), 232-235.
- Ahmann E. & Johnson B. H. (2000). Family-Centered Care: facing the new Millennium. *Pediatric Nursing*. 26, 87-90.
- Alves, L. & Brito sj, A. (2011) *Ouvir, Falar, Amar*. Lisboa: Oficina do Livro.
- Apolinário M. I. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem de Referência*. III(7), 83-92.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Blake, F. G. (1954). *The child, his parents, and the nurse*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Clendon, J.& Dignam, D. (2010). Child health and development record book: tool for relationship building between nurse and mother. *Journal of Advanced Nursing*. 66 (5), 968-977.
- Coyne I., O'Neill C., Murphy M., Costello T. & O'Shea R. (2011). What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *Journal of Advanced Nursing*. 67(12), 2561-2573.

- Committee on Hospital Care & Institute for Patient- And Family-Centered Care (2012). Patient-and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics*. 129 (2), 394-404.
- Cunha M. P., Rego A., Cunha R. C. & Cabral-Cardoso C. (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (3ª ed.). Lisboa: Editora RH.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2º ed.). Loures: Lusociência.
- Diogo P., Vilelas J., Rodrigues L. & Almeida T. (2015). Enfermeiros com Competência Emocional na Gestão dos Medos de Crianças em Contexto de Urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 13, 43-51.
- Dudley N., Ackerman A., Brown K. M., Snow S K, American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians Pediatric Emergency Medicine Committee & Emergency Nurses Association Pediatric Committee (2015). Patient- and Family-Centered Care of Children in the Emergency Department. *Pediatrics*. 135, e255-e272.
- Eckle, N. & MacLean, S. L. (2001). Assessment of family-centered care policies and practices for pediatric patients in nine US emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*. 2(3), 238-245.
- Emergency Nurse Association (s.d.). *Family-Centered Care in the Emergency Department: A Self-Assessment Inventory*. Acedido 12-09-2014. Disponível em: <https://www.ena.org/practice-research/Practice/Documents/FamilyCenteredCareTool.pdf>
- European Association for Care for Children in Hospital (2015). *Council of Europe Guidelines on Child-Friendly Health Care*. Acedido 28-12-2015. [https://www.each-for-sick-children.org/images/2015/Council\\_of\\_Europe\\_guidelines\\_on\\_child-friendly\\_health\\_care.pdf](https://www.each-for-sick-children.org/images/2015/Council_of_Europe_guidelines_on_child-friendly_health_care.pdf)

- Family Voices (2008). *Family-Centered Care Self-Assessment Tool: Provider Tool*.  
Acedido: 30-04-2014. Disponível em:  
[http://www.familyvoices.org/admin/miscdocs/files/fcca\\_ProviderTool.pdf](http://www.familyvoices.org/admin/miscdocs/files/fcca_ProviderTool.pdf)
- Felgen, J. (2004). A Caring and Healing Environment. *Nursing Administration Quarterly*, 28(4), p.288-301.
- Festas, C. (1994). Valorizar as expressões da criança durante a hospitalização. *Servir*, 42(6), 323-327.
- Goode T. & Jones W. (2006). *A guide for advancing family-centered and culturally and linguistically competent care*. Washington DC: National Center for Cultural Competence, Georgetown University Center for Child and Human Development.  
Acedido 28-04-2014. Disponível em:  
<http://nccc.georgetown.edu/documents/fcclcguide.pdf>
- Grant K. & Crouch R. (2011). Who should nurse children requiring emergency care? *International Emergency Nursing*, 19, 209-211.
- Harrison T. M. (2010). Family-Centered pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 335-343.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry M. J. (2014). Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (Vol. I, pp. 49-71) (S. Colaço, Trad.). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).
- Hockenberry M. J. & Barrera P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (Vol. I, pp. 1-20) (9ª ed.) (A. P. Fonseca, Trad.). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).
- Hockenberry M. J. & Wilson D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.

- Institute for Patient-and Family-Centered Care (2010). *Are families considered visitors in our hospital or unit?*. Acedido em 12-10-2013. Disponível em: <http://www.ipfcc.org/advance/arefamiliesvisitors.pdf>
- Institute for Patient-and Family-Centered Care (2011). *Advancing the Practice of Patient-and Family-Centered Care in Hospitals How to Get Started*. Acedido em: 12-10-2013. Disponível em: [http://www.ipfcc.org/pdf/getting\\_started.pdf](http://www.ipfcc.org/pdf/getting_started.pdf)
- Institute of Medicine Committee on the Future of Emergency Care in the U.S. Health System (2007). *Emergency Care for Children: Growing Pains*. Washington, DC: National Academy Press. Acedido a 15-11-2014. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/11655.html>
- International Federation for Emergency Medicine (2012). *2012 International Standards of Care for Children in Emergency Departments*. Acedido em: 24-05-2014. Disponível em: <http://www.ifem.cc/Resources/PoliciesandGuidelines.aspx>
- Jolley J. & Shields L. (2009). The Evolution of Family-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*. 24(2), 164-170.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança, (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Kerouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1996). *La pensée infirmière - Conceptions et stratégies*. Québec: Laval Editions Etudes Vivantes.
- Kuo D., Houtrow A., Arango P., Kuhlthau K., Simmons J. & Neff J. (2012). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Maternal and Child Health Journal*. 16, 297-305.
- Mason K. E., Urbansky H., Crocker L., Connor M., Anderson M. R. & Kisson N. (2011). Pediatric emergency mass critical care: Focus on family-centered care. *Pediatric Critical Care Medicine*. 12(6), s157-s162.
- McCance T., McKenna H. & Boore J. (1999). Caring: theoretical perspectives of relevance to nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 30(6), 1388-1395.

- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progresso*. (ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mikkelsen G. & Frederiksen K. (2011). Family-centred care of children in hospital - a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 67(5), 1151-1162.
- National Association of Pediatric Nurse Practitioners (s.d.). Strategic Plan. Acedido a 13-10-2014. Disponível em: <https://www.napnap.org/2016-19-strategic-plan>
- Neil R. (2002). *Jean Watson: Filosofia e Ciência do Cuidar*. In Tomey A. M. & Alligood M. R. (Coords), *Teóricas de Enfermagem e sua obra*. (pp. 163-184). (5ªed.). (A. R. Albuquerque, Trad.). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês *Nursing Theorists and Their Work*, 5th ed., 2002).
- New Mexico Legislative Young Children's Continuum and New Mexico Coalition for Children (1990). Acedido a 20-10-2014. Disponível em: [http://storage.rockarch.org/6d4c8767-f6b8-447f-806d-0941b0764171-FCD001\\_062\\_00096.pdf](http://storage.rockarch.org/6d4c8767-f6b8-447f-806d-0941b0764171-FCD001_062_00096.pdf)
- O'Malley P. J., Brown K., Krug S. E. & Committee on Pediatric Emergency Medicine (2008). Patient- and Family- Centered care of Children in the Emergency Department. *Pediatrics*. 122 (2), e511-e521.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE. Acedido a 24-02-2014. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament\\_o\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament_o_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Acedido a 24-02-2014. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament\\_oCompetenciaCrian%C3%A7aJov\\_ aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament_oCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Acedido em: 03-03-2014. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>

- Perrenoud, P. (2000). Dez novas competências para ensinar. Porto Alegre: Artmed.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusodidacta.
- Portugal. Alto Comissariado da Saúde (2009). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Price, D. & Gwin, J. (2005). *Thompson's Pediatric Nursing: an introductory text*. (8ª ed.). Philadelphia: Elsevier.
- Randall D., Munns A. & Shields L. (2013). Next steps: towards child-focused nursing. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*. 16(2), 15-20.
- Rebelo, T. (1997). Sobre a noção da prática. *Pensar Enfermagem*. 1, 3-4.
- Rothaermel, F. (2013). *Strategic Management: Concepts*. Nova Iorque: McGraw-Hill Irwin.
- Royal College of Pediatrics and Child Health & Royal College of Nursing (2010). *Maximising Nursing Skills in Caring for Children in Emergency Departments*. Londres: Royal College of Nursing.
- Sanders J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (Vol. II, pp. 1025-1060) (9ª ed.) (A. P. Fonseca, Trad.). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).
- Santos, M. (2001). A criança e o Hospital. *Nascer e Crescer*. 10(2),74-77.
- Stichler, J. (2001). Creating Healing Environment in Critical Care Units. *Critical Care Nursing Quarterly*. 24(3), 1-20.
- Shields L. (2010). Questioning family-centered care. *Journal of Clinical Nursing*. 19, 2629-2638.

- Shields L., Pratt J., Davis L. & Hunter J. (2007). Family-centred care for children in hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD004811.pub2. 1-22.
- Shields L., Pratt J. & Hunter J. (2006) Family-centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*. 15(10), 1317-23.
- Society of Pediatric Nurses (2008). *Position Statement on Family-Centered Care Content in the Nursing Education Curriculum*. Acedido em 04-04-2015. Disponível em: <http://www.pedsnurses.org/p/cm/ld/fid=57&tid=28&sid=55>
- The Joint Commission (2010). *Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals*. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission.
- Thomas D. (2010). Implementing the IOM Recommendations for Improving Pediatric Emergency Care in Your Emergency Department: Start from Where You Are!. *Journal of Emergency Nursing*. 36(4), 375-378.
- Watson, J. (2002a). *Enfermagem – Ciência Humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. (J. Enes, Trad.). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Nursing – Human Science and Human Care. A Theory of Nursing, 1999).
- Watson, J. (2002b). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura – um novo paradigma da enfermagem*. (J. Enes, Trad.). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Post Modern Nursing and Beyond, 1999).
- Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: caritative factors /caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Te-xto Contexto Enfermagem*. 16(1), 129-135
- Watson, J. (2009). Caring science and human caring theory: transforming personal and professional practices of nursing and health care. *Journal of Health and Human Services Administration*. 23, 466-482.

**ANEXOS**

**ANEXO I**

**Quadro de Fatores do Cuidar e Processos de Cuidar/*Caritas Processes* de Jean**

**Watson**

Fatores do Cuidar	Processos de Cuidar/ <i>Caritas Processes</i>
1. Constituição de um sistema de valores humanisto-altruista – apesar de serem valores aprendidos em fases precoces da vida, poderão ser influenciados pela Educação para a Saúde.	1. Prática de afeto, bondade e tranquilidade para com os outros e si próprio.
2. Capacitar o individuo com fé e esperança – facilita a promoção do cuidar holístico do bem-estar e da interrelação enfermeira-doente encorajando, honrando e respeitando as suas crenças.	2. Estar autenticamente presente para capacitar e potenciar o sistema de crenças e o mundo subjetivo de si próprio e do outro.
3. Cultivo da sensibilidade para consigo e com os outros – reconhecimento e aceitação dos seus próprios sentimentos e do outro.	3. Cultivar as suas próprias práticas espirituais, aprofundar a autoconsciência.
4. Desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança – essencial ao cuidar transpessoal, uma relação enfermeira-doente pautada pela coerência, empatia, partilha e aceitação de si próprio e do outro.	4. Desenvolver e manter uma relação de ajuda-confiança e autenticidade.
5. Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos – partilha de sentimentos.	5. Estar presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como forma de se conectar com o seu eu mais profundo e o outro
6. Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisões – utilização de um processo sistemático, organizado e criativo.	6. Utilizar de forma criativa diversas formas de conhecimento como forma do processo de cuidar.
7. Promoção do ensino-aprendizagem interpessoais – permite o pleno acesso a informação por parte do doente tendo como base uma relação de cuidar e responsabiliza-o pela sua própria saúde e bem-estar.	7. Envolver em experiências de ensino-aprendizagem que vão de encontro à pessoa no seu todo, aos seus significados, na tentativa de se manter no quadro de referência do outro.
8. Provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protetor, corretivo e de apoio – reconhecimento da importância do ambiente interno e externo para a saúde e doença do individuo.	8. Proporcionar um ambiente curativo a diversos níveis potenciando a unidade, a dignidade, o conforto, a paz e a beleza.
9. Auxílio na satisfação das necessidades humanas – reconhecimento das necessidades bio-físicas, psico-físicas, psico-sociais e intrapessoais de si próprio e do outro.	9. Auxiliar nas necessidades básicas.
10. Permissão de forças fenomenológico-existenciais – respeita a existência de fenómenos espirituais, crenças, mitos, admitindo curas e curas miraculosas.	10. Estar recetivo e atender a mistérios espirituais, dimensões desconhecidas da vida-morte, ao cuidar da alma de si próprio e dos outros.

(trad. do autor) (Watson, 2007, p.131-132).

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

### **Tabela de Princípios de Cuidados Centrados na Família**

## Princípios de Cuidados Centrados na Família

<i>Fontes Bibliográficas</i>	Shelton, Jeppson, Johnson (1987) e Shelton, Stepanek (1994) (cit. Harrison, 2010)	Cronin /Shaller (Shaller 2007, cit. Kuo et al. 2012)	Family Voices (2008)	IPFCC (2011)	CHC e IPFCC (2012)	Kuo et al. (2012)
<b>Partilha de Informação</b>	- Partilha de informação, de forma completa e imparcial, entre as famílias e os profissionais, de forma a que se sintam apoiados em todos os momentos.	- Partilha de informação completa e acessibilidade da mesma.	- Comunicação aberta, objetiva e partilha de informação.	- <b>Partilha de informação</b> completa e imparcial com a família de forma positiva e útil. O objetivo é promover a sua participação efetiva nos cuidados e na tomada de decisão.	-Partilha de informação completa, honesta e imparcial com os clientes e suas famílias, de modo que possam participar efetivamente nos cuidados e tomada de decisão, no nível que escolherem.  - A Informação deve ser adaptada à diversidade cultural e linguística dos clientes de enfermagem, assim como ter em conta a literacia em saúde dos mesmos.	- Partilha de informação aberta e objetiva com as famílias e cuidadores.
<i>Fontes Bibliográficas</i>	Shelton, Jeppson, Johnson (1987) e Shelton, Stepanek (1994) (cit. Harrison, 2010)	Cronin /Shaller (Shaller 2007, cit. Kuo et al. 2012)	Family Voices (2008)	IPFCC (2011)	CHC e IPFCC (2012)	Kuo et al. (2012)
<b>Respeito Pela diversidade</b>	- Incorporar nas políticas e nas práticas o reconhecimento e o respeito pela diversidade cultural, pontos fortes / forças e individualidade dos clientes/família, incluindo as	- Respeito pelas necessidades do paciente e das suas preferências. - Valorização das dimensões espirituais	- Respeito mútuo pelas competências e conhecimentos que cada parceiro acrescenta à relação.	- <b>Dignidade e respeito:</b>  - Escuta e respeito pelos desejos e escolhas da família.	- Reconhecimento dos pontos fortes das crianças e famílias. - Capacitação dos mesmos para que identifiquem e	- Respeito mútuo pelas preferências da família, habilidades e conhecimentos.

	<p>dimensões étnicas, raciais, espirituais, sociais, económicas, educacionais e geográficas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aceitar as famílias como famílias e as crianças como crianças, reconhecendo que eles possuem uma vasta gama de pontos fortes /forças, preocupações e emoções, além da sua necessidade de serviços e suporte especializados em saúde e desenvolvimento.</li> <li>- Reconhecer e respeitar os diferentes métodos de <i>coping</i> das famílias</li> <li>- Implementar políticas e programas que forneçam suporte desenvolvimental, educacional, emocional, ambiental e financeiro, de forma a dar resposta às diversas necessidades das famílias.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respeito pela diversidade cultural e tradições familiares.</li> <li>- Reconhecimento e valorização dos pontos fortes da família, que se assume como um pilar na relação com os profissionais de saúde.</li> <li>- Promoção de uma abordagem individual e de desenvolvimento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integração dos conhecimentos, valores, crenças e <i>background</i> cultural das famílias no planeamento e na prestação de cuidados</li> </ul>	<p>reconheçam as suas próprias forças, de forma a potenciar a participação nas escolhas e tomadas de decisões sobre a sua própria saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assegurar a flexibilidade das políticas, procedimentos e práticas organizacionais para que os serviços sejam adaptados às necessidades e particularidades das famílias (crenças, valores culturais), por forma a facilitar a escolha da criança e da família sobre a abordagem ao cuidado.</li> <li>- Ouvir e respeitar cada criança e sua família.</li> <li>- Respeito pela origem racial, étnica, cultural, socioeconómica, e experiências passadas, incorporando-as de acordo com a preferência da criança e família no planeamento e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorização das dimensões culturais e espirituais.</li> </ul>
--	--	--	--	--	---	--

					prestação de cuidados.	
<i>Fontes Bibliográficas</i>	Shelton, Jeppson, Johnson (1987) e Shelton, Stepanek (1994) (cit. Harrison, 2010)	Cronin /Shaller (Shaller 2007, cit. Kuo et al. 2012)	Family Voices (2008)	IPFCC (2011)	CHC e IPFCC (2012)	Kuo et al. (2012)
<b>Parceria e Colaboração</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaboração e gestão da equipa;</li> <li>- Educação/ partilha de conhecimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A família e os profissionais trabalham juntos no superior interesse da criança e da família e à medida que a criança cresce, ela assume um papel de participação;</li> <li>- Apoio à criança na aprendizagem sobre a participação nos seus cuidados e sobre a tomada de decisão. Apoio à juventude na transição para a vida adulta;</li> <li>- Grupos de autoajuda para famílias; partilha de experiências.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivo e apoio às famílias promotor da sua <b>participação</b> do cuidar e na tomada de decisão, ao nível que desejarem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantir o apoio formal e informal (por exemplo, grupos de autoajuda) para a criança e a família durante cada fase da vida da criança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parceria e colaboração na tomada de decisão, atendendo às necessidades, pontos fortes, valores e habilidades da criança/família;</li> <li>- As famílias são tidas em conta na tomada de decisão, que ocorre no nível que estas entenderem.</li> </ul>
<i>Fontes Bibliográficas</i>	Shelton, Jeppson, Johnson (1987) e Shelton, Stepanek (1994) (cit. Harrison, 2010)	Cronin /Shaller (Shaller 2007, cit. Kuo et al. 2012)	Family Voices (2008)	IPFCC (2011)	CHC e IPFCC (2012)	Kuo et al. (2012)
<b>Negociação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar e facilitar o apoio entre famílias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Envolvimento da família e dos amigos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomada conjunta de decisão;</li> <li>- Vontade /desejo de negociação;</li> <li>- Confiança entre profissionais/criança e família é tida como fundamental;</li> <li>- Celebração de sucessos.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parceria e colaboração entre os membros da equipa.</li> </ul>
<i>Fontes Bibliográficas</i>	Shelton, Jeppson, Johnson (1987) e Shelton, Stepanek (1994)	Cronin /Shaller (Shaller 2007, cit. Kuo et al. 2012)	Family Voices (2008)	IPFCC (2011)	CHC e IPFCC (2012)	Kuo et al. (2012)

	(cit. Harrison, 2010)					
<b>Cuidar em contexto familiar e comunitário</b>	<p>- Incorporação nas políticas e práticas o reconhecimento de que a família é uma constante na vida da criança;</p> <p>-Facilitar a colaboração profissional-família a todos os níveis: no hospital, em casa, e nos cuidados na comunidade;</p> <p>-Desenvolver, implementar, avaliar e desenvolver programas; e formação de políticas.</p>		<p>- Reconhecimento da família como uma constante na vida da criança;</p> <p>-Desenvolvimento de políticas, práticas e sistemas que são <i>family-friendly</i> e centrados na família em todos os ambientes.</p> <p>- Reconhecimento da importância dos serviços comunitários.</p>	<p>- <b>Colaboração</b> das famílias, profissionais de saúde e chefias/gestores de cuidados de saúde no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas e programas; na conceção das instalações (facilitação dos cuidados à saúde); e na formação profissional, bem como na prestação de cuidados.</p>	<p>- Colaboração mútua entre profissionais de saúde e as crianças/famílias, a todos os níveis de cuidados de saúde: na prestação de cuidados individuais à criança; na educação dos profissionais, elaboração, desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas; e no design das unidades de saúde.</p>	<p>- Incorporação das famílias em todos os níveis de cuidados, inclusive nas definições de políticas das instituições.</p>
<i>Fontes Bibliográficas</i>	Shelton, Jeppson, Johnson (1987) e Shelton, Stepanek (1994) (cit. Harrison, 2010)	Cronin /Shaller (Shaller 2007, cit. Kuo et al. 2012)	Family Voices (2008)	IPFCC (2011)	CHC e IPFCC (2012)	Kuo et al. (2012)

**APÊNDICE II**  
**Cronograma de Estágio**

Ano	2014														2015								
Mês	Set	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			Fevereiro			Março			
Dias	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	18		5	12	19	26	2	9	16	23	2
	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	17		2	9	16	23	30	6	13	20	27	6
Estágio com Relatório	CRPC <sup>1</sup>				UCIP <sup>2</sup>				CBEI <sup>3</sup>	PED <sup>4</sup>				Férias	SUP1 <sup>5</sup>	SUP2 <sup>6</sup>				Elaboração e Apresentação do Relatório			

<sup>1</sup> CRPC – Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral

<sup>2</sup> UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

<sup>3</sup> CBEI – Centro de Bem-Estar Infantil

<sup>4</sup> PED – Serviço de Pediatria

<sup>5</sup> SUP 1 – Serviço de Urgência Pediátrica 1

<sup>6</sup> SUP 2 – Serviço de Urgência Pediátrica 2

## **APÊNDICE III**

### **Guia Orientador do Estágio**

## GUIA ORIENTADOR DO ESTÁGIO

Objetivo Geral 1	Desenvolver competências de EEESCJ nos processos de cuidados à criança/jovem e família, utilizando uma abordagem de CCF
<b>Objetivos Específicos:</b>	<b>Atividades:</b>
– <b>Mobilizar uma abordagem CCF na prestação de cuidados em contexto</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Consulta da evidência científica;</li><li>– Estudo no domínio dos CCF (filosofia e estratégias);</li><li>– Estudo sobre as necessidades das crianças e das famílias em contexto;</li><li>– Identificação dos elementos estruturantes / pilares das estratégias de CCF em contexto;</li><li>– Consulta de documentos específicos do contexto de estágio (normas, instruções de trabalho e outros documentos relevantes da instituição e/ou serviço);</li><li>– Observação da dinâmica do contexto para compreender a filosofia de cuidados, o método de trabalho, a articulação da equipa multidisciplinar;</li><li>– Análise da intervenção do EEESIP no seio da equipa multidisciplinar através da observação e colaboração com o enfermeiro de referência nas suas atividades como gestor de cuidados;</li><li>– Observação e interação com crianças e famílias nos diferentes contextos numa perspetiva de CCF;</li><li>– Desenvolvimento, elaboração e aplicação de um <b>Guião de Observação de Práticas de CCF</b> a partir dos seguintes indicadores:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Visão, missão e filosofia de cuidados;</li><li>▪ Apoio e suporte da família;</li><li>▪ Participação da família nos cuidados;</li><li>▪ Informação e tomada de decisão;</li><li>▪ Coordenação e continuidade dos cuidados;</li><li>▪ Práticas individuais e formação</li><li>▪ Meio ambiente e design;</li><li>▪ Avaliação /melhoria da qualidade;</li></ul></li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Parcerias com a comunidade.</li> <li>○ Identificação através dos dados obtidos de: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fatores condicionantes/ Constrangimentos /desafios em matéria de CCF no âmbito dos diferentes contextos;</li> <li>▪ Necessidades percebidas pelos enfermeiros em matéria de CCF nos diferentes contextos;</li> <li>▪ Práticas de CCF presentes nos diferentes contextos;</li> <li>▪ Estratégias de abordagem de CCF nos diferentes contextos.</li> </ul> </li> <li>○ Reflexão sobre os dados colhidos através do Guião de Observação das Práticas de CCF;</li> <li>– Aperfeiçoamento e treino de estratégias e técnicas que potenciam CCF, nomeadamente durante a preparação de procedimentos;</li> <li>– Realização de Poster: Preparação da família para procedimentos (SIP)</li> <li>– Elaboração de guia de acolhimento (SIP e SUP2)</li> <li>– Análise e discussão de situações concretas de CCF com elementos da equipa dos contextos de estágio e do SUP, enfermeiros de referência e professora orientadora;</li> <li>– Prestação de cuidados a criança/jovem e famílias, utilizando uma abordagem de CCF, através da mobilização de recursos e conhecimentos, sustentada pelo julgamento clínico e tomada de decisão;</li> </ul>
<p>– <b>Desenvolver capacidades de atuação em situação crítica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Consulta da evidência científica</li> <li>– Verificação de procedimentos em caso de situação crítica nos diferentes contextos; e avaliação de necessidades neste âmbito.</li> <li>– Treino e prestação de CCF em situação crítica, nomeadamente nos seguintes aspetos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Apoio à criança em situação crítica e família</li> <li>○ Estabelecimento de parcerias com a família/criança</li> </ul> </li> <li>– Apreciação do estado da criança e família (ansiedade, stress...)</li> <li>– Revisão da literatura sobre necessidades das crianças/jovens e família em contexto</li> <li>– Reflexão com a equipa sobre procedimentos de atuação em caso de situação crítica de saúde da criança (Suporte Básico de Vida; Suporte Avançado de Vida [SAV]; e /ou manutenção de SAV) em contexto;</li> <li>– Prestação de cuidados à criança em situação crítica e família</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Formação em serviço: Suporte Básico de Vida (CRPC)</li> <li>– Realização Poster: Algoritmo Orientador de Intervenções que Diminuem o Stress Parental (UCIP)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Mobilizar estratégias de comunicação promotoras de CCF, nomeadamente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Expressão dos sentimentos da criança e família</b></li> <li>▪ <b>Adequada informação da criança e família</b></li> <li>▪ <b>Parceria e negociação dos cuidados</b></li> <li>▪ <b>Participação da família</b></li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Revisão da literatura sobre técnicas de comunicação adequadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança e da família e culturalmente sensíveis;</li> <li>– Identificação das estratégias e técnicas mobilizadas pela equipa;</li> <li>– Desenvolvimento e treino de competências no domínio da comunicação, de forma a melhorá-la e torná-la mais eficaz com a criança/jovem e família <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Desenvolvimento de técnicas de informação à família;</li> </ul> </li> <li>– Valorização das emoções, dúvidas e preocupações da família face ao processo de saúde/doença da criança através de: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nutrir os cuidados com afeto;</li> <li>○ Gerir as emoções da família;</li> <li>○ Construir a estabilidade na relação;</li> <li>○ Estabelecimento de comunicação e relação terapêutica com a família;</li> <li>○ Valorização das emoções, dúvidas e preocupações da família face ao processo de saúde/doença e hospitalização do seu filho através da disponibilidade demonstrada para o diálogo, escuta ativa, proximidade, apoio, respeito, autenticidade e compreensão face à vivência de uma experiência emocionalmente intensa</li> </ul> </li> <li>– Consulta de evidência científica sobre brincar terapêutico;</li> <li>– Promoção do brincar terapêutico em contexto;</li> <li>– Discussão e reflexão com a professora orientadora e os enfermeiros de referência das compreensões desenvolvidas e das estratégias e técnicas decididas e aplicadas;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Promover o ambiente terapêutico para uma prática de CCF em contexto</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Consulta da evidência científica sobre ambiente terapêutico;</li> <li>– Observação de dinâmicas do contexto para compreender que intervenções os enfermeiros /enfermeiros especialistas desenvolvem para o estabelecimento de um ambiente terapêutico</li> <li>– Prestação de CCF enquanto intervenções terapêuticas de enfermagem promotoras do ambiente do <i>cuidar-curar</i>;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estabelecimento de relação terapêutica entre enfermeiro-família, com base na autenticidade e compreensão;</li> <li>– Promoção de um ambiente seguro e afetuoso</li> </ul>
<b>Objetivo Geral 2:</b>	<b>Construir uma proposta de programa promotor de Cuidados de Enfermagem Centrados na Família no SUP2</b>
<b>Objetivos Específicos:</b>	<b>Atividades:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Analisar das práticas de CCF no SUP2</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Avaliação diagnóstica de práticas de CCF através do Guião de Observação de CCF;</li> <li>– Identificar necessidades de: desenvolvimento de competências, de treino e de formação, para práticas de CCF mais consistentes no SUP2;</li> <li>– Identificar as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças no âmbito dos CCF no SUP2, através de uma Análise SWOT;</li> <li>– Definição das principais prioridades de mudança estratégica.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Desenvolver uma proposta de programa de promoção de CCF no SUP2</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Promoção de CCF no SUP baseada na mais recente evidência científica;</li> <li>– Envolvimento e motivação dos colegas de forma a promover a participação no programa promotor de CCF, através de: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Enaltecimento das vantagens de uma abordagem de CCF;</li> <li>○ Conversas dirigidas para os benefícios dos CCF;</li> <li>○ Facilitação e exemplificação de estratégias de CCF;</li> <li>○ Discussão de exemplos práticos de CCF;</li> <li>○ Reflexões orais com a equipa de enfermagem sobre práticas de CCF, incluindo desafios, constrangimentos, necessidades e estratégias;</li> <li>○ Procurar ser um exemplo na minha prática clínica.</li> </ul> </li> <li>– Apresentação, discussão e aprofundamento da proposta, através de uma sessão de formação; <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Análise conjunta de propostas do programa</li> </ul> </li> <li>– Elaboração de Dossier Informático de Cuidados de Enfermagem Centrados na Família no SUP</li> </ul>

## **APÊNDICE IV**

### **Guião de Observação de Práticas de Cuidados Centrados na Família**

# Guião de Observação de Práticas de Cuidados Centrados na Família

INDICADOR			
<b>1. Visão, Missão e Filosofia de Cuidados</b>			
	Sim	Não	Exemplos/Comentários/ Ideias para a mudança
1.1. A instituição tem uma visão e / ou missão que contemple CCF? E o serviço em particular?			
1.2. Existe uma filosofia de cuidados pela qual os profissionais se regem, que: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconhece o papel primordial das famílias na promoção da saúde e no bem-estar das crianças?</li> <li>– Articula os conceitos fundamentais dos cuidados centrados na família (respeito; informação; forças; apoio; escolha; colaboração; flexibilidade e empoderamento)?</li> </ul>			
1.3. Esta filosofia de cuidados está refletida nas: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Políticas e procedimentos operacionais do departamento de enfermagem?</li> <li>– Metas de longo prazo ou plano estratégico?</li> </ul>			
1.4. Esta filosofia de cuidados estabelecida é comunicada às famílias (por exemplo, afixada em local onde possa ser lida pelas famílias)?			
1.5. As famílias foram envolvidas no desenvolvimento da filosofia de cuidados estabelecida?			
<b>2. Participação da família nos cuidados</b>			
	Sim	Não	Exemplos/Comentários/ Ideias para a mudança
2.1. A equipa de enfermagem reconhece que as famílias são importantes fontes de informação sobre a criança e sobre o seu estado de saúde/doença?			
2.2. As políticas / os procedimentos são suficientemente flexíveis para uma família decidir por si própria se e quem fica com o seu filho: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Durante os procedimentos?</li> <li>– Cuidados críticos, incluindo reanimação?</li> </ul>			
2.3. As famílias são incentivadas e apoiadas a ficar com a sua criança, se esta é a sua escolha?			
2.4. As famílias são incentivadas a dar apoio e participar no cuidado à sua criança?			
2.5. As famílias são apoiadas quando decidem não ficar com a sua criança?			
2.6. É fornecido às famílias informações / suporte em: ~ <ul style="list-style-type: none"> <li>– Como proporcionar estratégias de <i>coping</i> durante procedimentos dolorosos ou estressantes à criança?</li> </ul>			

<ul style="list-style-type: none"> <li>– Utilização de técnicas de distração próprias para a faixa etária da sua criança?</li> <li>– O uso de técnicas redutoras de stress ou de ansiedade?</li> </ul>			
<b>3. Suporte/ Apoio à Família</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Exemplos/Comentários/ Ideias para a mudança</b>
<b>3.1. Os enfermeiros, na forma como trabalham, efetivamente promovem e apoiam a relação entre criança e família?</b>			
<b>3.2. Existem colaboradores ou elementos voluntários nas áreas de espera / lobby de entrada? Se sim, quem providencia a supervisão destes elementos?</b>			
<b>3.3. Existem brinquedos e / ou outros materiais lúdicos para crianças de todas as faixas etárias na área de espera / entrada?</b>			
<b>3.4. São desenvolvidas atividades apropriadas às crianças antes, durante e após os procedimentos?</b>			
<b>3.5. Os profissionais percecionam as interações com as famílias como oportunidades para apoiar as famílias no cuidado e educação das suas crianças?</b>			
<b>3.6 Os profissionais interagem respeitosamente com todas as famílias?</b>			
<b>3.7. Os profissionais percecionam todas as famílias como elementos com forças e competências?</b>			
<b>3.8. Os seguintes itens estão disponíveis para apoiar crianças e famílias durante todo o horário de funcionamento do serviço:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tradutores / intérpretes?</li> <li>– Intérpretes de língua gestual?</li> <li>– Especialistas em pediatria?</li> <li>– Assistentes sociais?</li> <li>– Serviço religioso?</li> <li>– Profissionais de saúde mental?</li> <li>– Representantes das crianças / familiares de ligação?</li> <li>– Pessoal de segurança?</li> </ul>			
<b>3.9. Que tipo de assistência / suporte estão disponíveis para a família quando uma criança é transferida para outro local?</b> <b>Está, pelo menos um membro da família, autorizado a acompanhar a criança no veículo de transporte?</b>			
<b>3.10 Existem elementos da equipa disponíveis para ajudar e apoiar as famílias nos seguintes momentos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Quando chegam ao serviço?</li> <li>– Enquanto esperam para consultas de rotina e informações?</li> </ul>			
<b>3.11 Existe um procedimento para iniciar o apoio da família durante uma situação de crise ou de risco de vida?</b>			
<b>3.12 Existe pessoal fora da equipa que dá apoio à família? Se sim, este apoio é disponível durante o horário de funcionamento?</b>			
<b>3.13 São considerados os seguintes eventos de crise para desencadear procedimentos de apoio à família:</b>			

<ul style="list-style-type: none"> <li>– O diagnóstico de uma doença grave ou deficiência?</li> <li>– Admissão?</li> <li>– Transferência para outro local?</li> <li>– Ativação da equipa de trauma ou de ressuscitação?</li> <li>– Paragem cardíaca e / ou paragem respiratória?</li> <li>– Doença grave?</li> <li>– Morte?</li> </ul>			
<p><b>3.14</b> No trauma e outras situações de crise ou de risco de vida, existem atualizações de informações frequentes (a cada 5 a 10 minutos), para a família quando está fora da sala, bem como quando está presente com a criança?</p> <p>Existe um elemento específico designado para coordenar o intercâmbio de informações com a família?</p> <p>Será que essa pessoa permanece envolvida como a pessoa de apoio durante a crise ou reanimação?</p>			
<p><b>3.15</b> É dada a privacidade às famílias que lidam com eventos stressantes, como a admissão a uma unidade de cuidados intensivos ou transferência para um hospital central?</p>			
<p><b>3.16</b> É dada privacidade às famílias para lidar com a morte de uma criança?</p>			
<p><b>3.17</b> O serviço de urgência tem uma equipa de luto / cuidados paliativos e / ou protocolo com informações e cuidados especificamente para quem perde um filho?</p> <p>As recordações (ou seja, mecha de cabelo, pegadas, impressões de mãos, caixa de memória, etc) são oferecidas à família?</p> <p>Existe follow-up com a família num intervalo de tempo especificado, após a morte da criança?</p>			
<b>4. Informação e Tomada de decisão</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Exemplos/Comentários/ Ideias para a mudança</b>
<p><b>4.1</b> A informação do luto pediátrico inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Informações sobre reações de luto?</li> <li>– Grupos de apoio de luto hospitalares e comunitários?</li> <li>– Informações sobre serviços funerários, planeamentos de serviços e recursos disponíveis na comunidade?</li> <li>– Informações sobre a autópsia e libertação do corpo do hospital?</li> <li>– Nomes dos membros da equipa que prestou a última assistência à criança?</li> <li>– Número de telefone da pessoa a contactar no serviço, se a família tiver questões após a ida para casa?</li> </ul>			
<p><b>4.2</b> É fornecido às famílias, em tempo útil, as informações que necessitam para tomar decisões sobre o tratamento do seu filho?</p>			
<p><b>4.3</b> É perguntado às famílias como gostariam que a informação médica e outra informação fossem fornecidas?</p>			

4.4 As escolhas e as decisões da família sobre os cuidados à sua criança são respeitadas e honradas pela equipa?			
4.5 Existe um procedimento para resolução de conflitos entre as famílias e os prestadores de cuidados? Esta informação sobre este procedimento é partilhada com a família?			
4.6 Existe uma comissão de ética disponível para as famílias e profissionais?			
4.7 Membros de famílias fazem parte da comissão de ética?			
4.8 As famílias recebem informações sobre cuidados de follow-up para as suas crianças, medicamentos e outros materiais ou equipamentos que possam necessitar? Esta informação, está escrita? Esta informação está disponível nas línguas primárias das comunidades abrangidas? Esta informação está escrita de forma que seja acessível e compreensível para a população em geral? A informação essencial está disponível através de outro meio para famílias que não sabem ler? A. Está alguém disponível para ajudar na gestão de situações complexas de alta?			
4.9 Os profissionais dão apoio aos pais na leitura relatórios clínicos das suas crianças?			
4.10 Os profissionais dão apoio aos pais na obtenção de informações por meio de: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Materiais educativo?</li> <li>– Acesso a tradutores / intérpretes?</li> <li>– A biblioteca?</li> <li>– A Internet, centros de informação ou sites?</li> </ul>			
<b>5. Coordenação e Continuidade dos Cuidados</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Exemplos/Comentários/Ideias para a mudança</b>
5.1. Um membro da equipa é designado para assegurar que o cuidado é coordenado?			
5.2. Existe comunicação com a comunidade / com o prestador de cuidados primários da criança/jovem?			
5.3. Informações são fornecidas e / ou encaminhamentos feitos de forma consistente para serviços que as famílias possam precisar: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Serviços sociais?</li> <li>– Prestador de cuidados primários?</li> <li>– Serviços de saúde mental?</li> <li>– Programas de prevenção e tratamento de abuso de crianças?</li> <li>– Tratamento do abuso de substâncias?</li> <li>– Programas de prevenção e tratamento de violência doméstica?</li> <li>– Educação parental?</li> <li>– Apoio religioso?</li> <li>– Cuidados de saúde domiciliários?</li> <li>– Fornecedores de equipamentos?</li> </ul>			

<p>5.4. Existe um mecanismo no serviço para fazer encaminhamento para serviços especializados, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Redes de apoio familiar, incluindo os relacionados com necessidades especiais / deficiência?</li> <li>– Recursos de reabilitação?</li> <li>– Prestadores de cuidados que proporcionam momentos de descanso às famílias cuidadoras?</li> <li>– Especialista em cuidados infantis?</li> <li>– Serviços de intervenção precoce na infância?</li> </ul>			
<b>6. Práticas Individuais e Formação</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Exemplos/Comentários/ Ideias para a mudança</b>
<p>6.1. Os profissionais que estão na prestação de cuidados às crianças têm competências clínicas e experiência necessária para prestar cuidados?</p>			
<p>6.2. Os profissionais recebem instrução inicial e / ou formação ao longo do tempo nos seguintes tópicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Crescimento e desenvolvimento?</li> <li>– Apoio e preparação das crianças de forma adequada ao seu desenvolvimento para procedimentos dolorosos e / ou stressantes?</li> <li>– Gestão da dor pediátrica e sedação?</li> <li>– Técnicas de gestão da dor não-farmacológicas?</li> <li>– Técnicas de posicionamento para os procedimentos?</li> <li>– Reconhecimento e gestão de emergências pediátricas?</li> </ul>			
<p>6.3. A instrução inicial e / ou a formação ao longo do tempo inclui discussões/ reflexões sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cuidados centrados na família?</li> <li>– Comunicação interpessoal eficaz?</li> <li>– Competência cultural e transposição de barreiras linguísticas?</li> <li>– Partilha de informações médicas e outras informações com as famílias?</li> <li>– Oportunidades e benefícios de estabelecer parcerias com a família?</li> </ul>			
<p>6.4. A equipa é treinada para trabalhar em situações de emergência com as crianças com necessidades especiais / deficiência e as suas famílias?</p>			
<p>6.5. Os profissionais e os voluntários refletem a diversidade cultural e étnica das crianças e famílias atendidas pela instituição?</p>			
<p>6.6. Os funcionários são incentivados a aprender as línguas das comunidades principais abrangidas pela instituição?</p>			
<p>6.7. As tomadas de posição e as avaliações de desempenho articulam claramente a importância de trabalhar de forma respeitosa, de suporte e colaborativa com as crianças/jovens e suas famílias?</p>			
<p>6.8. As famílias que tiveram experiências prévias neste serviço estão envolvidas no fornecimento de orientações e / ou formações aos profissionais?</p>			

6.9. Existe um espaço suficiente para suporte ao pessoal, incluindo uma sala de pessoal acessível para curtas pausas frequentes?			
6.10 Existe um grupo de apoio aos profissionais ou outras oportunidades que ocorram regularmente para apoio dos pares?			
6.11 Existem oportunidades para os profissionais para interrogarem e compartilharem sentimentos e preocupações após incidentes críticos?			
6.12 Existem iniciativas de reconhecimento pessoal e valorização?			
<b>7. Meio Ambiente e Design</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Exemplos/Comentários/Ideias para a mudança</b>
7.1. A sinalização, tanto fora como dentro do serviço, indica claramente o acesso para a sala de enfermagem?			
7.2. Esta sinalização é compreensível para as famílias que não leem? E para quem não lê português?			
7.3. A área de espera é suficientemente grande, com assentos confortáveis disponíveis, para todas as crianças e adultos que esperam, mesmo que vários adultos e crianças acompanhem uma criança? Será que esta acomoda crianças e adultos com necessidades especiais? Será que esta acomoda as crianças que não se sentem bem o suficiente para sentar-se?			
7.4. Existe uma unidade de observação ou área de espera? Ela fornece espaço e apoio para as famílias que optam por permanecer com as suas crianças? Local para dormir junto à sua criança? Zona de banho? Espaço/armário para guardar os seus pertences pessoais? Local de acondicionamento de comida? <b>B.</b>			
7.5. São as necessidades das crianças que acompanham (irmãos e irmãs, amigos) abordadas?			
7.6. Podem as famílias encontrar facilmente o caminho da sala de enfermagem para outras áreas da instituição, tais como: – Radiologia / Imagiologia? – Laboratório? – Farmácia? – Posto de admissão? – Unidades de atendimento ao cliente? – Cafeteria? – Local de apoio espiritual?			
7.8. Os telefones, salas de descanso, mudadores de fraldas, fontes de água, máquinas ATM, máquinas de venda automática e salas de amamentação estão disponíveis? Estes serviços estão identificados nas principais línguas das comunidades atendidas pela instituição?			
7.9. O estacionamento é conveniente e acessível para as famílias?			

7.10 As famílias têm acesso a telefones que são gratuitos e que estão localizados em áreas privadas?			
7.11 As salas de exames, de tratamento e de procedimentos são projetadas para acomodar as famílias que desejam permanecer com a sua criança?			
7.12 Nas salas de observação, de tratamento e de procedimentos, há armários devidamente fechados e adequados para equipamentos e material, que possam potencialmente assustar as crianças?			
<b>8. Avaliação / Melhoria da Qualidade</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Exemplos/Comentários/ Ideias para a mudança</b>
8.1. Existe uma variedade recursos para que possam fornecer informações sobre as suas percepções dos cuidados de enfermagem, tais como: – Questionários escritos? – Telefonemas de <i>follow-up</i> ? – Caixas de sugestões? – Participação em comités do departamento de enfermagem ou grupos de trabalhos? – Grupos de discussão? – Comités e grupos de trabalho da organização?			
8.2. As famílias são envolvidas no desenvolvimento de um sistema de satisfação do consumidor?			
8.3. As famílias são envolvidas na procura de soluções e respondendo às preocupações, ideias e sugestões manifestadas por outras famílias?			
8.4. Existe uma comissão da família ou comité da família / dos profissionais?			
8.5. As famílias são representativas da diversidade de famílias e das condições de saúde das famílias abrangidas pelo centro?			
<b>9. Parcerias com a comunidade</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Exemplos/Comentários/ Ideias para a mudança</b>
9.1. O serviço de enfermagem tem parcerias desenvolvidas com organizações comunitárias para atender às necessidades de saúde e de segurança das crianças e famílias?			
9.2 As famílias e as organizações lideradas por familiares são envolvidas nos esforços de sensibilização da comunidade?			
9.3. As famílias participam com o departamento de enfermagem: – Na prevenção de acidentes e de violência? – Eventos da comunicação social? – Nas atividades de captação de recursos? – Em iniciativas de políticas públicas?			

Traduzido e adaptado de Eckle e MacLean (2001), ENA (s.d.) e IPFCC (2010).

## **APÊNDICE V**

**Guia de Acolhimento à Família ao Serviço de Internamento de Pediatria**




## Alta

Antes da alta a equipa vai ajudá-los a preparar o regresso a casa.

Quando se verificar a alta clínica, ser-lhe-á reforçada informação sobre os cuidados a ter em casa, fornecida uma carta de alta de enfermagem, carta dirigida ao médico assistente, receituário e exames (se aplicável).

Se necessitar de declarações e atestados deve solicitar no momento que é informado da alta da criança e disponibilizar o seu cartão de identificação.

A equipa está disponível para esclarecer qualquer questão que tenha.



## Informações Adicionais

**Caixa Multibanco:** piso 0, junto à porta de entrada; piso 1 no atrium da Urgência Geral.

**Transportes:** praça de táxis e paragem de autocarro (horários disponíveis na receção da Urgência Pediátrica) localizados na entrada principal do hospital.

**Apoio religioso:** contate profissional de saúde para informações (horários: disponibilidade).

**A equipa disponibiliza-se para gerir qualquer situação que surja.**

Elaborado por:  
Daniela Costa Reis  
ESEL SP Curso Mestrado em  
Enfermagem -  
Área de Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediatria



## Guia de Acolhimento à Família ao Serviço de Internamento de Pediatria

[Logótipo do Hospital]

Tel.: xxx-xxx-xxx-

Fax: xxx-xxx-xxx

Email: Hospital@xxx.com



## Presença da Família

2 Acompanhantes por criança (apenas mãe e pai)

Horário noturno só com 1 acompanhante (a partir das 20h30)

## Visitas

Horário de visitas (18h30 – 19h30)

Limite máximo de visitas por criança (1 visita + 1 acompanhante). As crianças em isolamento não têm visitas

## Funcionamento do Serviço

Os cuidados prestados, serão negociados com o acompanhante e adaptados às necessidades da criança e à participação da família.

Informe os profissionais de saúde de tudo o que considerar importante sobre o seu filho (preferências, hábitos, necessidades, particularidades)

Sempre que desejar solicite informações ao enfermeiro ou médico responsáveis.

## Segurança

Informe a equipa sempre que precisar de se ausentar do quarto; levante a grade da cama.

Antes e após a manipulação da criança lave as suas mãos e utilize o desinfetante das mãos, existente junto a cada cama.

Mantenha a pulseira de acompanhante que é fornecida no momento de admissão.

## Alimentação

**Criança:** a alimentação será disponibilizada de acordo com as necessidades da criança/jovem. A situação clínica da sua criança/jovem pode condicionar a sua alimentação, informe-se antes de oferecer alimentação (inclusive água).

Bebé a ser amamentado, se a mãe necessitar pode solicitar aparelho de extração de leite a um profissional.

**Acompanhantes:** dispõe de máquina de café e de alimentação na receção do serviço junto aos elevados; cafetaria e pastelaria piso 0 (7h-21h); restaurante piso 7 (12h-15h e 19h-21h30).

## Bem-estar e conforto

A presença de brinquedos ou objetos preferidos da criança faz com que o ambiente do serviço se torne mais acolhedor.

No sentido de facilitar o descanso da sua criança e das outras crianças sugerimos que coloque o seu telemóvel em silêncio; e que evite ruídos excessivos, falando em voz baixa.

Sempre que necessitar de efetuar uma chamada telefónica poderá fazê-lo fora do quarto. O hospital dispõe de cabine pública no atrium da Urgência Geral.

## O que pode trazer de casa:

**Para a criança:** roupa confortável e/ou pijama e chinelos, material de higiene e de higiene oral, BSIJ, Boletim de vacinação, medicação que a criança faz no domicílio, exames recentes, brinquedos ou objetos favoritos

**Para os acompanhantes:** roupa confortável que não pijama, produtos de higiene e alimentação (frigorífico disponível na copa)

**APÊNDICE VI**  
**Guia de Acolhimento à Família ao Serviço de Urgência Pediátrica**  
**(Serviço de Observação)**



## Alta

Antes da alta a equipa vai ajudá-los a preparar o regresso a casa.

Quando se verificar a alta clínica, ser-lhe-á reforçada informação sobre os cuidados a ter em casa, uma carta de alta de enfermagem, carta dirigida ao médico assistente, receituário (se aplicável)

Se necessitar de justificação de permanência no SO, deve dirigir-se à secretária de unidade na receção da Urgência Pediátrica.

A equipa está disponível para esclarecer qualquer questão que tenha.



**A equipa disponibiliza-se para gerir qualquer situação que surja.**

Elaborado por:  
Daniela Costa Reis  
ESEL SP Curso Mestrado em  
Enfermagem -  
Área de Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediatria


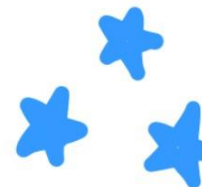


[Logótipo do Hospital]

Tel.: xxx-xxx-xxx-

Fax: xxx-xxx-xxx

Email: Hospital@xxx.com



## Guia de Acolhimento à Família ao Serviço de Urgência Pediátrica

Serviço de Observação (SO)

## Serviço de Urgência Pediátrica

O Serviço de Observação (SO) encontra-se integrado no Serviço de Urgência pediátrica, sendo o tempo de permanência de internamento variável, consoante a situação clínica de cada criança.

## Funcionamento do SO

Faça à situação clínica das crianças/jovens internados e ao espaço físico limitado só é permitido um acompanhante e não são permitidas visitas no SO.

Os cuidados prestados, serão negociados com o acompanhante e adaptados às necessidades da criança e à participação da família.

Informe os profissionais de saúde de tudo o que considerar importante sobre o seu filho (preferências, hábitos, necessidades, particularidades)

Sempre que desejar solicite informações ao enfermeiro ou médico responsáveis.

## Segurança

Informe a equipa sempre que precisar de se ausentar do SO; levante a grade da cama.

Antes e após a manipulação da criança lave as suas mãos e utilize o desinfetante das mãos, existente junto a cada cama.

Mantenha a pulseira de acompanhante que é fornecida no momento de admissão.

## Alimentação

**Criança:** a alimentação será disponibilizada de acordo com as necessidades da criança. A situação clínica da sua criança/jovem pode condicionar a sua alimentação, informe-se antes de oferecer alimentação (inclusive água).

**Bebé** a ser amamentado, se a mãe necessitar pode solicitar aparelho de extração de leite a um profissional.

**Acompanhante:** dispõe de máquina de alimentação e café junto ao posto de receção da Urgência Pediátrica (24h); cafetaria e pastelaria piso 0 (7h-21h); restaurante piso 7 (12h-15h e 19h-21h30).

## Bem-estar e conforto

A presença de brinquedos ou objetos preferidos da criança faz com que o ambiente do SO se torne mais acolhedor.

No sentido de facilitar o descanso da sua criança e das outras crianças sugerimos que coloque o seu telemóvel em silêncio e que evite entradas e saídas e ruídos excessivos, falando em voz baixa.

Sempre que necessitar de efetuar uma chamada telefónica poderá fazê-lo fora do SO. O hospital dispõe de cabine pública no atrium da Urgência Geral.

## Informações Adicionais

**Caixa Multibanco:** piso 0, junto à porta de entrada; piso 1 no atrium da Urgência Geral.

**Transportes:** praça de táxis e paragem de autocarro (horários disponíveis na receção da Urgência Pediátrica) localizados na entrada principal do hospital.

**Apoio religioso:** contate profissional de saúde para informações (horários; disponibilidade).

## **APÊNDICE VII**

**Poster: Cuidados de Enfermagem Centrados na Família – Preparação da Família  
para Apoio e Suporte à Criança Durante Procedimentos**

## Cuidados de Enfermagem Centrados na Família: Preparação da Família para apoio e suporte à criança durante procedimentos

### Preparação da Família para o procedimento

- Atender às particularidades de cada família;
- Promover a confiança;
- Facilitar suporte;
- Providenciar informação (honesto, útil e atempada).

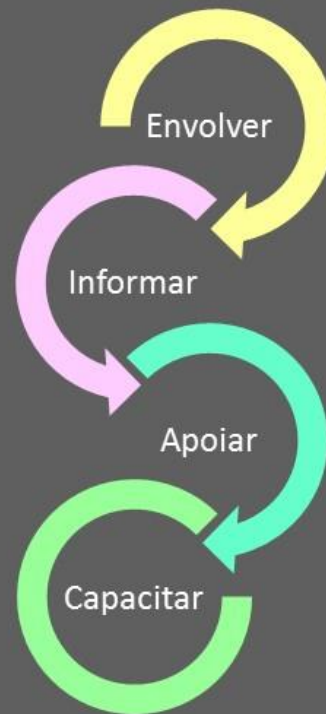
### Parceria com a Família

#### Participação da Família:

Incentivar e apoiar a ficar com a criança;  
Incentivar a participação no cuidado (se assim o desejarem e puderem);  
Apoiar se não puder ficar presente.

#### Dar Informações e Suporte à Família de como e, para:

Proporcionar estratégias de *coping* à criança;  
Utilizar técnicas de distração e redutoras de stress com a criança.



### Estratégias para Disponibilizar à Família de Acordo com o Desenvolvimento da Criança

Lactente	Informar os pais que se devem manter no campo visual do lactente; Incentivar os pais a confortarem a criança: abraçar, acariciar a pele, falar suavemente, oferecer chupeta, embalar, dar colo.
Toddler	Incentivar os pais utilizar técnicas de distração (por exemplo cantar música com a criança, trazer brinquedo); Dizer à criança que ela pode chorar, gritar ou usar outros meios verbais para expressar o seu desconforto.
Pré-escolar	Elogiar a criança; Afirmar de forma direta que os procedimentos não são uma forma de punição; Contar uma história ou ler um livro.
Escolar	Incentivar os pais ao reforço positivo da criança; Incluir a criança na tomada de decisão; Elogiar a criança.
Adolescente	Incentivar os pais: a ter uma conversa de um tema de interesse do adolescente; incitar ao pensamento positivo Proporcionar privacidade.

#### Referência Bibliográfica:

- Hockenberry M. J. & Wilson D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Justus R., Wilson J., Walther V., Wyles R., Rode J. & Lim-Sulit V. (2006). Preparing Children and Families for Surgery: Mount Sinai's Multidisciplinary Perspective. *Pediatric Nursing*, 32(1), p.35-43.

## **APÊNDICE VIII**

**Poster: Algoritmo Orientador de Intervenções de Enfermagem que Diminuem o Stress da Família numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos**

# Algoritmo Orientador de Intervenções de Enfermagem que Diminuem o Stress da Família numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

## Admissão da criança na UCIP

Avaliação inicial / Avaliação da funcionalidade da família

### Intervenções básicas – 1º dia

#### Informar

Orientar na unidade: sinais e sons, alarmes, monitores, procedimentos.

Dar o número de telefone da unidade com uma carta de boas-vindas.

Manter as explicações breves e simples. Limitar detalhes.

#### Promover o papel da família

Possibilitar a opção de ficar com a criança durante procedimentos, testes e manobras de reanimação.

Permitir aos pais a opção de fazer coisas simples à criança (dar a mão, fazer festas no cabelo, abraçar, ...).

#### Desenvolver a confiança

Dar a conhecer os membros da equipa de saúde.

Promover, facilitar o acesso à criança, especialmente durante os procedimentos.

#### Dar suporte

Confirmar que as necessidades físicas básicas da família estão asseguradas (alimentação, local para dormir, cobertores)

Orientar para o serviço social; possibilitar o acesso a psicólogo.

Avaliar outros recursos de suporte (família, amigos).

### Intervenções básicas – depois do 1º dia

#### Informar

Dar explicações detalhadas – estado / prognóstico da criança.

Clarificar a informação dada por outros profissionais, para que os pais compreendam.  
Estimular os pais a colocar dúvidas.

Fazer perguntas abertas: Como posso ajudá-lo hoje? Como pensa que a sua criança está hoje?

Os sinais e os sons ficam menos stressantes.  
A comunicação torna-se fundamental.

#### Promover o papel da família

Possibilitar a opção de ficar com a criança durante procedimentos, testes e manobras de reanimação.

Estimular a família a participar no cuidado à criança (dar banho, alimentar, mudar a fralda).

Incentivar a família a trazer de casa lembranças das crianças (fotografias, cobertores, brinquedos favoritos).

Incentivar a família a proporcionar conforto à criança (segurar na mão, cantar, ler livros...).

#### Desenvolver a confiança

Procurar a continuidade da equipa de saúde.

Permitir o acesso à criança, especialmente durante procedimentos.

#### Dar suporte

Confirmar que as necessidades físicas básicas da família estão asseguradas (alimentação, local para dormir)

Possibilitar o acesso a serviços religiosos se a família o desejar.

Avaliar necessidades da família (lavagem de roupa, higiene pessoal, transportes) e possibilitar. Dar a conhecer a evolução.

Se estiverem presentes permitir que outras fontes de apoio deem suporte à família.

### Avaliar sinais de stress aumentado\*

Olhar fixo, dificuldade de concentração, incapacidade de colocar questões, esquecimentos.

#### Sinais de stress aumentado:

Referenciar para enfermeiro especialista, psicólogo / pedopsiquiatra.

#### Ausência de sinais de stress aumento:

Continuar intervenções básicas.

### Intervenções avançadas:

Facilitar suporte de grupos (formal e informal), debater com a família.

\*considerar outros fatores, incluindo carência de dormir, fome, ou outros...

Adaptado de "An algorithm to guide interventions that decrease parental stress in the pediatric intensive care unit" do Children's Hospital of Austin, Austin, Tex. (Aldrige, 2005)

#### Referências Bibliográficas:

Aldrige, M. D. (2005). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 25(6), p.40-50.

Elaborado por: Daniela Sofia Costa Reis

ESEL 5º Curso Mestrado em Enfermagem –  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



## **APÊNDICE IX**

**Sessão de Formação: Suporte Básico de Vida no Centro de Reabilitação de  
Paralisia Cerebral – Esclarecimento de Procedimentos**

## Sessão de Formação:

# Suporte Básico de Vida no Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral – Esclarecimento de Procedimentos

### 1. PLANEAMENTO DA SESSÃO

<b>Tema</b>	<b>Suporte Básico de Vida (SBV) no Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral (CRPC)</b>
<b>Divulgação</b>	Informação presencial e verbal aos profissionais de saúde, e afixação de informação em quadro de parede
<b>Destinatários</b>	Profissionais de saúde do CRPC
<b>Data e Local</b>	24 outubro 2014; CRPC
<b>Objetivo Geral</b>	Esclarecer procedimentos na abordagem uma vítima adulta/criança/bebé em paragem cardiorrespiratória mediante a utilização do algoritmo de suporte básico de vida
<b>Objetivos Específicos (no final do Curso o formando deverá ser capaz de):</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Identificar etapas da cadeia de sobrevivência</li><li>– Compreender e enumerar etapas do SBV Adulto</li><li>– Compreender e enumerar etapas do SBV Bebé</li><li>– Compreender como atuar numa situação de engasgamento</li></ul>
<b>Métodos Pedagógicos</b>	Expositivo, demonstrativo, interrogativo
<b>Duração da Sessão</b>	45 minutos
<b>Conteúdo Programático</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Etapas da cadeia de sobrevivência</li><li>– Fases e procedimentos do algoritmo de SBV Adulto</li><li>– Fases e procedimentos do algoritmo de SBV Bebé</li><li>– Fases de algoritmo de desobstrução da via aérea em contexto de SBV (como executar a manobra de desengasgamento)</li></ul>
<b>Avaliação</b>	Recolha de opinião oral dos participantes

## 2. IMPLEMENTAÇÃO DA SESSÃO

**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**  
- Esclarecimento de Procedimentos

CENTRO DE REABILITAÇÃO DE PARALISIA CEREBRAL

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

DANIELA COSTA REIS

Professora Coordenadora: Maria Tereza Oliveira Nogueira

24 OUTUBRO 2014



**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**

Esta apresentação cumpre as recomendações da American Heart Association - AHA



**Suporte Básico de Vida Adulto**

**CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA**

**Adulto**



Alerta    SBV    Desfibrilação    SVV    Cuidados pós-PCR

**SEGURANÇA**



- Cenário
- Reanimador
- Doente
- Terceiros

**Condições de Segurança**

- Avaliar Consciência
- Gritar por Ajuda
- Verificar Respiração
- Chamar 112
- Verificar Pulso
- 30 Compressões Torácicas
- 2 Ventilações

**SBV Adulto**



**Condições de Segurança**

**Avaliar Consciência**

- Gritar por Ajuda
- Verificar Respiração
- Chamar EEM
- Verificar Pulso
- 30 Compressões Torácicas
- 2 Ventilações

### SBV Adulto

Verificar Respiração

ver... Movimentos torácicos

Não confundir respiração agônica com respiração normal

A respiração agônica constitui um sinal de PCR

### SBV Adulto



Condições de Segurança

Avellar Consciência

Gritar por Ajuda

Verificar Respiração

Chamar 112

Verificar Pulso

30 Compressões Torácicas

2 Ventilações

### SBV Adulto

Condições de Segurança

Avellar Consciência

Gritar por Ajuda

Verificar Respiração

Chamar 112

Verificar Pulso

30 Compressões Torácicas

2 Ventilações

### SBV Adulto

Condições de Segurança

Avellar Consciência

Gritar por Ajuda

Verificar Respiração

Chamar 112

Verificar Pulso

30 Compressões Torácicas

2 Ventilações

### SBV Adulto



30 Compressões torácicas

1. Colocar base da mão no centro do tórax, sobre a metade inferior do esterno

2. Colocar a outra mão por cima da primeira

3. Entrelaçar os dedos

4. Comprimir o tórax:  
Profundidade - pelo menos 5cm  
Frequência - pelo menos 100/min  
Permitir total relaxamento



### SBV Adulto

Condições de Segurança

Avellar Consciência

Gritar por Ajuda

Verificar Respiração

Chamar 112

Verificar Pulso

30 Compressões Torácicas

2 ventilações

## SBV Adulto

Critérios de Qualidade na RCP

- Ritmo de pelo menos 100/min
- Comprima pelo menos 5cm
- Permitir a expansão total do tórax
- Minimizar interrupções durante as compressões
- Evitar Ventilação excessiva

## Algoritmo SBV Adulto

- Condições de Segurança
- Avaliar Consciência
- Chamar por Ajuda
- Verificar Respiração
- Chamar EEM
- Verificar pulso
- 30 Compressões Torácicas
- 2 Ventilações

## SVB - Pediátrico

## SBV Pediátrico



## SBV - Pediátrico

- Condições de Segurança
- Avaliar Consciência
- Chamar por Ajuda
- Verificar Respiração
- Verificar Pulso
- 5 ciclos 30 CT + 2 Vent.
- Chamar 112
- Reiniciar SBV

## SBV Pediátrico

### Verificar Pulso



Bebê – Pulso braquial  
Criança – Pulso carotídeo ou femoral  
Se pulso presente, faça 1 ventilação a cada 3 ou 5 segundos

### SBV Pediátrico

Compressões Torácicas

30:2

15:2



- Frequência – pelo menos 100/min
- Profundidade
  - Bebê – aproximadamente 4cm
  - Criança – aproximadamente 5cm

### SBV Pediátrico

Ventilação



Bebê


- Manter a cabeça numa posição neutra

Criança

- Igual ao adulto

### SBV Pediátrico

Chamar 112



Se sozinho no momento da determinação da PCR, faça 2 minutos de RCP e depois faz o alerta

Se acompanhado, peça para fazer o alerta e inicie o SBV

### SBV - Pediátrico

Condições de Segurança

Avaliar Consciência

Gritar por Ajuda

Verificar Respiração

Verificar Pulso

5 ciclos 30 CT e 2 Ventil.

Chamar 112

Reiniciar SBV

## Obstrução da Via Aérea

### OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA - Sinais

Obstrução Leve

• Corresponde tossir

• Corresponde falar

• Não apresenta sinais de dificuldade ventilatória

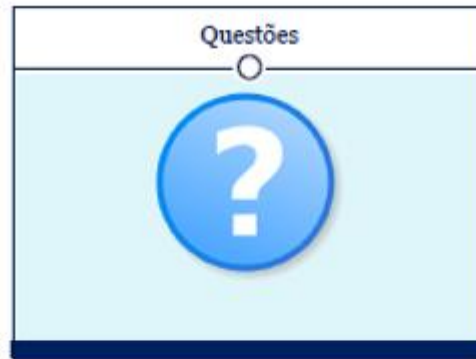
Obstrução Grave

Dificuldade ventilatória

Gemidos

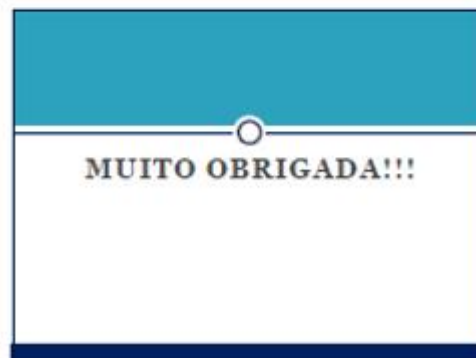
Não consegue tossir

Não consegue falar



**Referências Bibliográficas**

- American Heart Association (2010). *SupORTE Atenuado de Vítimas. Manual do Profissional*. Brasília: Artus Gráfica e Editora Saneil LTDA - Gráfica Bandeira.



### 3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Os participantes referiram que a formação tinha sido de extrema utilidade, uma vez que permitiu uma atualização dos conhecimentos e um sistematizar de passos importantes no reconhecimento e atuação inicial em uma situação de emergência.

## **APÊNDICE X**

### **Mapa de Utilização, Reposição e Manutenção do Carro de Urgência do CRPC**

**MAPA DE VERIFICAÇÃO / REPOSIÇÃO E MANUTENÇÃO DO CARRO DE URGÊNCIA:  
MEDICAÇÃO  
Centro de Reabilitação de Paralisa Cerebral**

DATA DE UTILIZAÇÃO / VERIFICAÇÃO/ REPOSIÇÃO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Selo de Segurança nº

	Descrição	Stock	Existente	Prazo Validade	Localização
	Adrenalina IV/IM 1mg/mL 1mL sol inj	10			1ª Gaveta Frontal
	Adrenalina CANETA 0.15mg/0.3ml	3			1ª Gaveta Frontal
	Adrenalina CANETA 0.3mg/0.3ml	3			1ª Gaveta Frontal
	Agua Bidestilada IV 10mL sol inj	5			1ª Gaveta Frontal
	Alcool 70% Sol Cut 250 ml	1			Gaveta Lateral
	Clemastina IV/IM 1mg/mL 2mL sol inj	3			1ª Gaveta Frontal
	Cloreto Sodio 0,9% IV 10mL sol inj	5			1ª Gaveta Frontal
	Cloreto Sodio 0,9% IV 500mL fr inj	2			5ª Gaveta Frontal
	Dexametasona IV 5mg/mL 1mL sol inj	5			Frigorífico
	Diazepam, rectal, 10mg/2.5mL				
	Diazepam, rectal, 5mg/2.5mL	3			4ª Gaveta Frontal
	Glucose 5%, IV 500mL sol inj fr	1			4ª Gaveta Frontal
	Hidrocortisona IV 100 mg po sol inj	2			1ª Gaveta Frontal
	Metilprednisolona IV 125mg po sol inj	3			1ª Gaveta Frontal
	Metilprednisolona IV 40mg po sol inj	2			1ª Gaveta Frontal
	Salbutamol INALADOR 5mg/mL 10mL	1			1ª Gaveta Frontal

Assinatura e Nº Mecanográfico do Responsável pela Utilização / Verificação / Reposição:

**MAPA DE UTILIZAÇÃO/ VERIFICAÇÃO E REPOSIÇÃO DO CARRO DE URGÊNCIA -  
MATERIAL**  
Centro de Reabilitação

Pág. 2 / 3

DATA DE UTILIZAÇÃO / VERIFICAÇÃO/ REPOSIÇÃO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Selo de Segurança nº \_\_\_\_\_

Código	Descrição	Stock	Existen	Prazo Validad	Localização	Notas
	ADESTIVO NÃO TECIDO 10 CM	1			5ª Gaveta Frontal	
	INSUFLADOR MANUAL ADULTO	1			Suporte Externo Fixo	
	INSUFLADOR MANUAL NEONATAL	1			6ª Gaveta Frontal	
	INSUFLADOR MANUAL PEDIATRICO	1			Suporte Externo Fixo	
	LUVAS LIMPAS (CADXA)	1			5ª Gaveta Lateral	
	MASCARA AEROSSOL ADULTO	4			6ª Gaveta Frontal	
	MASCARA FACIAL ANESTESIA Nº0	1			3ª Gaveta Frontal	
	MASCARA FACIAL ANESTESIA Nº1	1			3ª Gaveta Frontal	
	MASCARA FACIAL ANESTESIA Nº2	1			3ª Gaveta Frontal	
	MASCARA FACIAL ANESTESIA Nº3	1			3ª Gaveta Frontal	
	MASCARA FACIAL ANESTESIA Nº4	1			3ª Gaveta Frontal	
	MASCARA FACIAL ANESTESIA Nº5	1			3ª Gaveta Frontal	
	PENSOS RÁPIDOS	10			2ª Gaveta Frontal	
	SENSOR OXIMETRO NEONATAL	1			2ª Gaveta Frontal	
	SERINGA DE INSULINA 1ML	3			2ª Gaveta Frontal	
	SERINGA 2 ML C/ AGULHA	4			2ª Gaveta Frontal	
	SERINGA DUAS PEÇAS LUJER 20 ML	6			2ª Gaveta Frontal	
	SERINGA DUAS PEÇAS LUJER 5 ML	6			2ª Gaveta Frontal	
	SERINGA TRES PEÇAS IRRIGAÇÃO LUJER 100 ML	1			3ª Gaveta Frontal	
	SERINGA TRES PEÇAS LUJER LOCK 50 ML	1			3ª Gaveta Frontal	
	SONDA ASPIRAÇÃO SECR. CONTROLE VACUO CH10	2			5ª Gaveta Frontal	
	SONDA ASPIRAÇÃO SECR. CONTROLE VACUO CH12	1			3ª Gaveta Frontal	
	SONDA ASPIRAÇÃO SECR. CONTROLE VACUO CH14	1			3ª Gaveta Frontal	
	SONDA ASPIRAÇÃO SECR. CONTROLE VACUO CH6	2			4ª Gaveta Frontal	
	SONDA ASPIRAÇÃO SECR. CONTROLE VACUO CH8	2			4ª Gaveta Frontal	
	TUBO GUEDELL Nº0	2			6ª Gaveta Frontal	
	TUBO GUEDELL Nº1	2			6ª Gaveta Frontal	
	TUBO GUEDELL Nº2	2			6ª Gaveta Frontal	
	TUBO GUEDELL Nº3	2			6ª Gaveta Frontal	
	TUBO GUEDELL Nº4	2			6ª Gaveta Frontal	
Assinatura e Nº Mecanográfico do Responsável pela Utilização / Verificação / Reposição:						

**MAPA DE UTILIZAÇÃO / VERIFICAÇÃO/ REPOSIÇÃO  
E MANUTENÇÃO DO CARRO DE URGÊNCIA**  
Centro de Reabilitação de Paralisa Cerebral

Pág. 3 / 3

DATA DE UTILIZAÇÃO/ VERIFICAÇÃO/REPOSIÇÃO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Equipamento	Verificação e teste funcional	Observações
Monitor de SpO2 e FC		Sala de Enfermagem
Sistema de oxigenoterapia		Suporte Externo Fixo
Ventilador manual (AMBU)		Suporte Externo Fixo
Aspirador de secreções		Base superior do carro/ Sala de Enfermagem
Estetoscópio		4ª gaveta frontal
Mascaras de ventilador manual		3ª Gaveta Central
Garrafa de Oxigénio		Garrafa O <sub>2</sub> no Suporte Externo Fixo

Assinatura e Nº Mecanográfico do Responsável pela Utilização / Verificação / Reposição:

**APÊNDICE XI**  
**Análise SWOT SUP2**

<p style="text-align: center;"><b>Forças</b></p> <p><b>2</b> As famílias podem estar presentes; são reconhecidas como fonte importante de informação relativa à criança;</p> <p><b>3</b> Os enfermeiros promovem a ligação família-criança;</p> <p><b>4</b> De uma forma geral, é facultada informação oportuna e atempada para a tomada de decisão;</p> <p><b>5</b> Estabelecimento de contato telefónico com enfermeiro de referência da comunidade em casos específicos;</p> <p><b>6</b> Existem 2 EESIP; formação em Suporte Avançado de Vida atualizada;</p> <p><b>8</b> Preocupação com a qualidade dos cuidados;</p> <p><b>10</b> Vontade de mudança no cuidado às famílias; dedicação</p>	<p style="text-align: center;"><b>Fraquezas</b></p> <p><b>1</b> As análises das práticas não se sustentam de modo consistente na visão, missão e filosofia de CCF;</p> <p><b>2</b> Por vezes, poucas estratégias propostas às famílias para darem suporte à criança;</p> <p><b>3</b> Atividade propostas para as crianças antes, durante e após procedimentos pouco sistematizadas;</p> <p><b>4</b> Nem sempre é nomeado um elemento específico para dar apoio a uma família em situações complexas (reanimação, morte de uma criança);</p> <p><b>6</b> Formação sobre estratégias de CCF não constante;</p> <p><b>10</b> Sobrelotação de trabalho; falta de conhecimento em CCF; falta de estratégias de CCF.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Indicadores</b></p> <p><b>1</b> Visão, missão e filosofia de cuidados;</p> <p><b>2</b> Participação da família nos cuidados;</p> <p><b>3</b> Apoio/suporte à família;</p> <p><b>4</b> Informação e tomada de decisão;</p> <p><b>5</b> Coordenação e continuidade dos cuidados;</p> <p><b>6</b> Práticas individuais e formação;</p> <p><b>7</b> Meio ambiente e design</p> <p><b>8</b> Avaliação / melhoria da qualidade</p> <p><b>9</b> Parcerias com a comunidade</p> <p><b>10</b> Outros</p>
<b>Análise SWOT</b>		
<p style="text-align: center;"><b>Oportunidades</b></p> <p><b>2</b> Recentes políticas de participação de família nos cuidados a emergirem;</p> <p><b>6</b> Centro de formação bastante ativo;</p> <p><b>7</b> Televisão na sala de espera;</p> <p><b>8</b> Caixa de sugestões; livro de reclamações; política de qualidade implementada no hospital em fase de acreditação internacional que promove a implementação de projetos com vista à melhoria da qualidade assistencial; plano estratégico que visa a satisfação do cliente e a qualidade;</p> <p><b>9</b> Parcerias com centros de saúde da área de abrangência.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Ameaças</b></p> <p><b>1</b> Cultura organizacional que não contempla os CCF;</p> <p><b>2</b> Só é permitido 1 acompanhante;</p> <p><b>3</b> Não existem protocolos de atuação para suporte da família em caso de crise ou situação crítica;</p> <p><b>4</b> A maioria informação não está disponível em suporte papel; não está disponibilizado acesso livre à internet;</p> <p><b>6</b> Não existe programa de formação sistemática em boas práticas de CCF</p> <p><b>7</b> Sala de espera pequena face à procura e sem brinquedos; estacionamento pago;</p> <p><b>8</b> Não existem comités de famílias nem grupos de apoio às famílias;</p> <p><b>9</b> Não há parcerias sistemáticas com escolas; as famílias não participam nas parcerias já existentes com a comunidade;</p> <p><b>10</b> Rácios enfermeiro/família pouco adequados à cultura de CCF.</p>	

## **APÊNDICE XII**

**Sessão de Formação: Programa Promotor de Cuidados de Enfermagem Centrados  
na Família no Serviço de Urgência Pediátrica**

## Sessão de Formação:

# Programa Promotor de Cuidados de Enfermagem Centrados na Família no Serviço de Urgência Pediátrica

### 1. PLANEAMENTO DA SESSÃO

Tema	<b>Programa Promotor de Cuidados de Enfermagem Centrados na Família (CCF) no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)</b>
Divulgação	Informação presencial e verbal aos colegas e o envio de um email institucional para todos os elementos da equipa
Destinatários	Enfermeiros do SUP2
Data e Local	4, 5 e 6 fevereiro 2015; SUP2
Objetivo Geral	Sensibilizar a equipa para o Programa de Promoção CCF no SUP
Objetivos Específicos	Apresentar a proposta de programa; Dar início ao programa; Envolver a equipa de enfermagem tendo em vista a implementação do programa
Métodos Pedagógicos	Expositivo, interrogativo e participativo (discussão/reflexão)
Duração da Sessão	30 minutos
Conteúdo Programático	<ul style="list-style-type: none"><li>– Os motivos e os fundamentos de um programa promotor de CCF no SUP</li><li>– Objetivos do programa</li><li>– Fases do programa</li><li>– Condições /recursos para a implementação do programa</li><li>– Modos de organização e de comunicação entre a equipa</li><li>– Cronograma do Programa CCF-SUP</li><li>– Protagonistas do Programa CCF-SUP</li></ul>
Avaliação	Utilização de questionários

## 2. IMPLEMENTAÇÃO DA SESSÃO



**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Programa Promotor de Cuidados de  
Enfermagem Centrados na Família no Serviço de  
Urgência Pediátrica**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
5º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria  
Formadora: Daniela Costa Reis  
Professora Orientadora: Maria Teresa Oliveira Marçal

1



## Plano

- Introdução ao Programa de Cuidados Centrados na Família (CCF) no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)
- O quê? – Objetivo do Programa
- Porquê?
  - CCF
  - Este Programa de CCF no SUP
- Como?
  - Preparação do Programa de CCF-SUP
  - Modos de comunicação de equipa
- Quando? – Linha temporal do Programa CCF-SUP
- Quem? – Protagonistas do Programa CCF-SUP
- Mobilizar a equipa

2

## Objetivos

- Apresentar a proposta de programa de Cuidados Centrados na Família (CCF) no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)
- Dar início ao programa de promoção CCF no SUP
- Envolver a equipa de enfermagem tendo em vista a implementação do programa de CCF no SUP

3

## Introdução ao Programa CCF-SUP

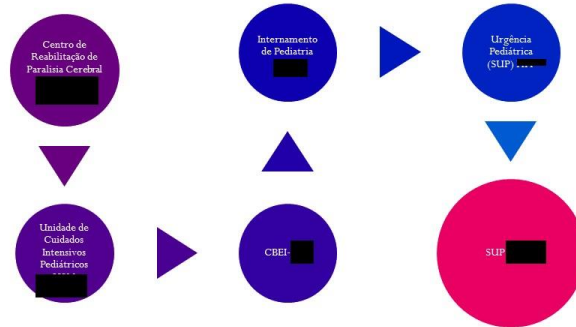
- Como tudo começou...



4

## Introdução ao Programa de CCF-SUP

- O meu percurso



5

## O quê? Objetivo do Programa

6

## O quê? Objetivo do Programa

**Promover  
Cuidados de  
Enfermagem  
Centrados na  
Família no SUP**

7

## Porquê?



8

## Porquê?

Este  
programa  
de CCF



No nosso  
serviço?



9

## Porquê CCF?

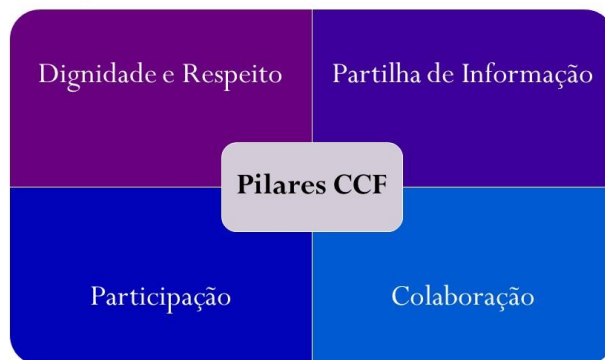
Os CCF são transversais nos cuidados de saúde em todo mundo.

Abordagem no processo de cuidados:  
planeamento, prestação e avaliação de cuidados.

10

( O' Malley, Brown e Krug, 2008; Abram e Monetz, 2012)

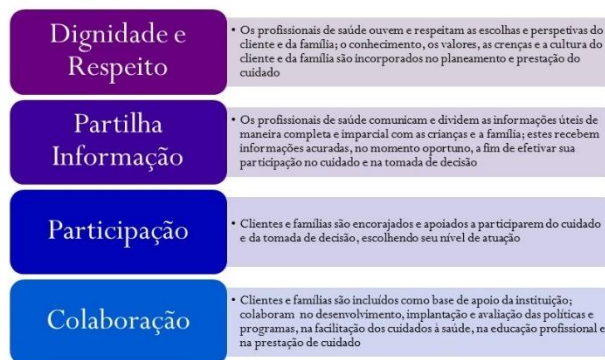
## Porquê CCF?



11

(Institute for Patient- and Family- Centered Care (IPFCC), 2008)

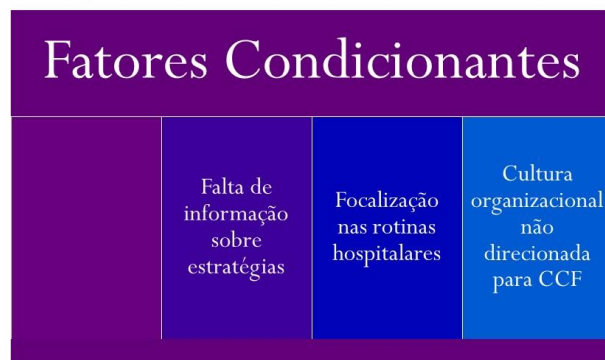
## Porquê CCF?



12

(IPFCC, 2008)

## Porquê CCF?



13

(Apolinário, 2012)

## Porquê CCF?



## Carta da Criança Hospitalizada



14

## Porquê do programa CCF-SUP?

### CCF

Na prática clínica é incorporado o conhecimento e a convicção de que a família é a constante na vida das crianças

As crianças são afetadas por e afetam aqueles com quem têm relações

Ao incluir as famílias nos processos de cuidados as crianças vão receber cuidados de qualidade superior

15

(Harrison, 2010)

## Porquê do programa CCF-SUP?

• CCF constituem uma conceção do cuidar pediátrico

### Prática diária

• É **emergente** o empenho para que esta filosofia de cuidados se efetive na prática diária dos enfermeiros

CCF

16

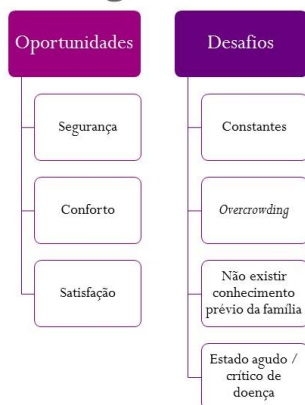
(Apolinário, 2012)

## Porquê do programa CCF-SUP?



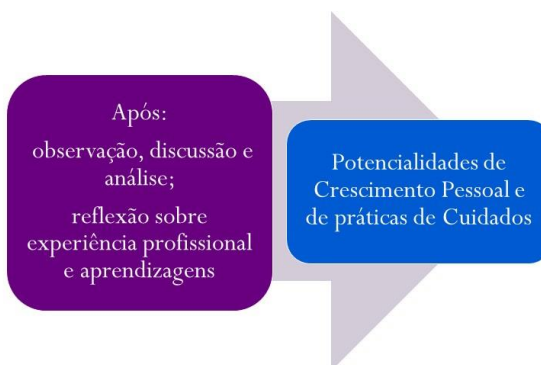
17 (Thomas, 2010; American Academy of Pediatrics; Committee on Pediatric Emergency Medicine; American College of Emergency Physicians Pediatric Committee; Emergency Nurses Association Pediatric Committee, 2009, 2013;)

## Porquê do Programa no SUP?



18 (Grand & Crouch, 2011; Randall, Mumms & Shaleeds, 2013)

## Porquê do Programa no nosso SUP?



19

## Como?

### Preparação do programa CCF-SUP

20

## Como?

### Preparação do Programa CCF-SUP

#### Formação Constante

Formação contínua  
Atualização de Recursos Disponíveis no  
Dossier Informático

#### Organização dos Cuidados

Elaboração de Procedimentos  
Elaboração de Instruções de trabalho

Todos os enfermeiros + Enf.\* Referência dos CCF no nosso serviço

21

## Como?

### Modos de Comunicação na Equipa



22

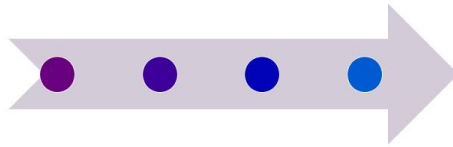
## Quando?

Linha temporal do Programa CCF-SUP

23

## Quando?

Linha temporal do Programa CCF-SUP



Ao Longo do Tempo...

24

## Quem?

Protagonistas do Programa de CCF-SUP

25

Quem?

Protagonistas do Programa de CCF-SUP



26

Quem?

Protagonistas do Programa de CCF-SUP



[IMAGEM DA EQUIPA]

27

Quem?

Protagonistas do Programa de CCF-SUP

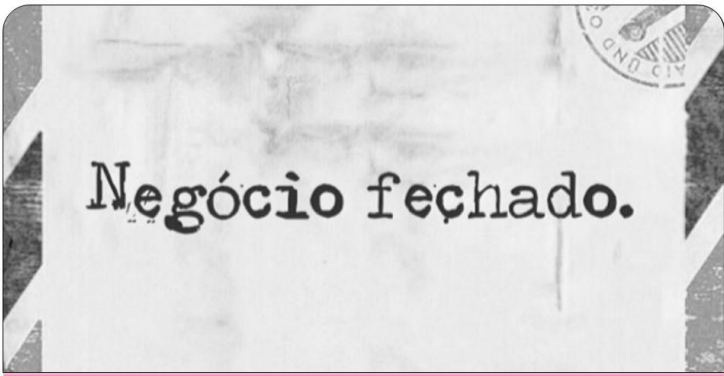


[IMAGEM DA EQUIPA]

28

Vamos avançar com o programa?

29



Negócio fechado.

30

Muito Obrigada!!

31



## Bons Cuidados Centrados na Família!

32



Até ao próximo email!

33

## Referências Bibliográficas

- Abraham, M., & Moretz, J. (2012). Implementing Patient-and Family-Centered Care: Part I - Understanding the Challenge. *Pediatric Nursing*, 1(38), 44-47.
- American Academy of Pediatrics; Committee on Pediatric Emergency Medicine; American College of Emergency Physicians Pediatric Committee, Emergency Nurses Association Pediatric Committee. (2013). Joint Policy Statement - Guidelines for Care of Children in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 39(2), 116-127.
- Apolinário, M. I. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem de Referência*, III (7), 83-92.
- Eckle, N., & MacLean, S. L. (2001). Assessment of family-centered care policies and practices for pediatric patients in nine US emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*, 2 (3), 232 - 245.
- Grant, K., & Crouch, R. (2011). Who should nurse children requiring emergency care? *International Emergency Nursing*, 19, 209-211.
- O'Malley, P. J., Brown, K., Krug, S. E., & Medicine, C. o. (2008). Patient- and Family- Centered care of Children in the Emergency Department. *Pediatrics*, 122 (2), e511-e521.
- Pelander, T., Lesio-Kilpi, H., & Katajisto, J. (2009). The quality of paediatric nursing care: developing the Child Care Quality at Hospital instrument for children. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (2), 443-453.
- Pinto, S. A., & Silva, E. M. (2013). Qualidade e satisfação com o serviço de urgência pediátrica: a perspetiva dos acompanhantes das crianças. *Revista de Enfermagem de Referência*, III (7), 95-103.
- Randall, D., Munns, A., & Shields, L. (2013). Next steps: towards child-focused nursing. *Nursing, Paediatric and Child Health Nursing*, 16(2), 15-20.
- Royal College of Pediatrics and Child Health; Royal College of Nursing. (2010). *Maintaining Nursing Skills in Caring for Children in Emergency Departments*. Londres: Royal College of Nursing.
- Thomas, D. O. (2010). Implementing the IOM Recommendations for Improving Pediatric Emergency Care in Your Emergency Department: Start from Where You Are! *Journal of Emergency Nursing*, 36(4), 373-378.

34

### 3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A avaliação da sessão foi realizada através da utilização de questionários com escala de posicionamento de 1 a 4 (discordo totalmente a concordo totalmente). Foram utilizados os questionários em uso na instituição para avaliação das formações em serviço, que se apresenta em seguida.

Logotipo do Hospital

## Avaliação da Formação

IMP.FHELI.005.02

Pág. 1 / 1

---

I. Acção de Formação

Nome da formação	Apresentação de Programa Promotor de Cuidados de Enfermagem Centrados na Família no Serviço de Urgência Pediátrica		
Data Início	___/___/_____	Data Fim	___/___/_____

---

II. Avaliação Global

Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 4 ( assinalando com um X ), sendo que:  
1 - Discordo Totalmente ; 2 - Discordo ; 3 - Concorde ; 4 - Concorde Totalmente

	1	2	3	4
1. Os objectivos da formação foram claros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os conteúdos foram adequados aos objectivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os trabalhos, exercícios e actividades foram suficientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A duração da acção/formação foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O relacionamento entre os participantes foi positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. As instalações foram adequadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os meios audiovisuais foram adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A documentação foi suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. O apoio administrativo e técnico foi o adequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

III. Avaliação do Impacto da Formação

	1	2	3	4
1. Esta acção de formação permitiu adquirir novos conhecimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os conhecimentos adquiridos permitiram contribuir para o meu desenvolvimento profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

IV. Avaliação dos Formadores

Coloque um X no número que melhor corresponde à sua avaliação perante o Formador:

Formador(es):	Formador 1	Formador 2	Formador 3	Formador 4	Formador 5	Formador 6	Formador 7
1. O formador revelou dominar o assunto	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
2. A metodologia utilizada foi adequada	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
3. A exposição dos assuntos foi clara	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
4. A relação estabelecida com os formandos foi positiva	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

---

V. Sugestões/ Críticas

O que considerou mais útil na formação:

Que temas gostaria de ver mais desenvolvidos:

Sugestões de melhoria:

---

VI. Grupo Profissional

Auxiliar <input type="checkbox"/>	Administrativo(a) <input type="checkbox"/>	Enfermeiro(a) <input type="checkbox"/>	Médico(a) <input type="checkbox"/>
Técnico(a) de Diagnóstico e Terapêutica <input type="checkbox"/>	Técnico(a) Superior de Saúde <input type="checkbox"/>	Técnico(a) Superior <input type="checkbox"/>	
Dirigente <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>		

---

Nome (Facultativo): \_\_\_\_\_

A avaliação da sessão foi bastante positiva, tendo todos os enfermeiros (n=21) avaliado a mesma no item 4 (concordo plenamente) em todos os itens referentes ao questionário aplicado, no que

diz respeito à avaliação global da sessão, avaliação do impacto da formação e avaliação do formador. Todos concordaram e mostraram interesse em aceitar este desafio de avançar e de se envolver no Programa Promotor de CCF. Na parte final, durante as questões abertas, foram esclarecidas dúvidas, e alguns exemplos práticos e estratégias foram clarificados. Senti que existiu uma grande receptividade, a avaliação final escrita dos formandos foi coincidente com o entusiasmo verbalizado.

## **APÊNDICE XIII**

**Dossier Informático de Cuidados de Enfermagem Centrados na Família no Serviço  
de Urgência Pediátrica**

# Dossier Informático de Cuidados de Enfermagem Centrados na Família no Serviço de Urgência Pediátrica:

- I. Índice de Temas
- II. Referências Bibliográficas
- III. Recursos Online

## **I. ÍNDICE DE TEMAS DE CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA**

---

1. Cuidados Centrados na Família
  - a. Conceções, princípios e elementos estruturantes
  - b. Orientações para a Prática
  
2. Comunicação com a criança e família
  - a. Princípios e técnicas
  - b. Orientações para a prática
  
3. Ambiente Terapêutico
  - a. Princípios
  - b. Orientações para a prática
  
4. Gestão da dor
  - a. Princípios da avaliação e controlo
  - b. Orientações para a prática
  
5. Preparação Para Procedimentos
  - a. Princípios
  - b. Técnicas e materiais
  - c. Instruções de trabalho

## II. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

### 1. Cuidados Centrados na Família

- Ahman M. & Dokken D. (2012). Strategies for Encouraging Patient/Family Member Partnerships With the Health Care Team. *Pediatric Nursing*. 38(4), 232-235.
- Ahmann E. & Johnson B. H. (2000). Family-Centered Care: facing the new Millennium. *Pediatric Nursing*. 26, 87-90.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians Pediatric Committee & Emergency Nurses Association Pediatric Committee (2013). Joint Policy Statement - Guidelines for Care of Children in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*. 39(2), 116-127.
- Byczkowski, T., Fitzgerald, M., Kennebeck, S., Vaughn, L., Myers, K., Kachelmeyer, A. & Timm, N. (2013). A Comprehensive View of Parental Satisfaction With Pediatric Emergency Department Visits. *Annals of Emergency Medicine*. 64(4), 340- 350.
- Coyne, I. & Cowley, S., (2007). Challenging the Philosophy of partnership with Parents: A Grounded Theory study. *Internatonal Journal of Nursing Studies*.44, 893-904.
- Coyne I., O'Neill C., Murphy M., Costello T. & O'Shea R. (2011). What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *Journal of Advanced Nursing*. 67(12), 2561-2573.
- Fernandes D. (2012). *O atendimento à criança na Urgência Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20atendimento%20%C3%A0%20crian%C3%A7a%20na%20Urg%C3%Aancia%20Pedi%C3%A1trica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESI.P.pdf>
- Foster M., Whitehead L. & Maybee P. (2010). Parents' and Health Professionals' Perceptions of Family Centred Care for Children in Hospital, in Developing Countries: a Review of the Literature. *International Journal of Nursing Studies*. 47. 1184-193.
- Hughes M. (2007). Parent's and nurses' attitudes to family-centred care: an Irish perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 16, 2341-2348.
- Lusk J., Fater K. (2013). A Concept Analysis of Patient-Centered Care. *Nursing Forum*. 48( 2). 89-98.

- Moorey S. (2010). Unplanned hospital admission: supporting children, young people and their families. *Pediatric Nursing*. 22(10), 20-23.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>
- Rollins, J. (2013). Pediatric Traumatic Brain Injury: A Brief Look at the Parent Perspective. *Continuing Nursing Education*. 39(6). 273-282.
- Tomlinson P. S., Peden-McAlpine C. & Sherman S. (2011). A family systems nursing intervention model for paediatric health crisis. *Journal of Advanced Nursing*. 68 (3), 705-714.

## **2. Comunicação com a criança e família**

- Boles J. (2015). Bearing Bad News: Supporting Patients And Families through Difficult Conversations. *Pediatric Nursing*. 41(6), 306-308.
- Kingsnorth J., O’Connell K., Guzzetta C., Edens J. C., Atabaki S., Mecherikunnel A. & Brown K. (2010). Family Presence During Trauma activations and Medical Resuscitations in a Pediatric Emergency Department: an Evidence-Based Practice Project. *Journal of Emergency Nursing*. 36(2), 115-121.
- Martenson E. & Fagerskiold A. (2008). Information Exchange in Paediatric settings: An Observational Study. *Paediatric Nursing*. 19(7). 40-43.
- McCann et al. (2008). Effectiveness of a tool to improve role negotiation and communication between parents and nurses. *Paediatric Nursing*. 20(5), 14-19.
- Mitchell, M., Chaboyer, W., (2010). Family Centred Care - A Way to Connect Patients Families and Nurses in Critical Care: A Qualitative Study Using Telephone Interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*. 26. 154-160.
- Sousa P., Antunes A., Carvalho J. (2013). Parental Perspectives on Negotiation Of Their Child’s Care in Hospital. *Nursing Children and Young People*. 25(2), 24-28.

## **3. Ambiente Terapêutico**

- Felgen, J. (2004). A Caring and Healing Environment. *Nursing Administration Quarterly*. 28(4), p.288-301.

- Siems C. (2007). The Many Roles of Families in Family-Centered Care – Part VI. *Pediatric Nursing*. 33(5), 427-429.
- Stichler, J. (2001). Creating Healing Environment in Critical Care Units. *Critical Care Nursing Quarterly*. 24(3), 1-20.

#### **4. Gestão da dor**

- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégicas Não Farmacológicas No Controlo da Dor na Criança*. Cadernos OE. I Série (6). Lisboa: OE.
- Ortiz M. I., López-Zarco M. & Arreola-Bautista E. J. (2012) Procedural pain and anxiety in paediatric patients in a Mexican emergency department. *Journal of Advanced Nursing*. 68(12), 2700–2709. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05969.x
- Schechter, N. et al. (2007). Pain Reduction during Pediatric Immunizations: Evidence-Based Review and Recommendations. *Pediatrics*. 119 (5), 1184-1198.
- Wente S. & Kleila C. (2013). An Exploration of Context and the Use of Evidence-Based Nonpharmacological Practices in Emergency Departments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 10(4), 187-197.

#### **5. Preparação Para Procedimentos**

- Boles, J. (2013). Speaking Up For Children Undergoing Procedures: The One Voice Approach. *Pediatric Nursing*. 39(5), 257-259.
- 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.
- Synyder, B. (2004). Preventing Treatment Interference: Nurses’ and Parents’ Intervention Strategies. *Pediatric Nursing*. 30(1), 31-40.
- He H., Zhu L., Chen S. & Wang W. (2015). The Effectiveness of Therapeutic Play Intervention in Reducing Perioperative Anxiety, Negative Behaviors, and Postoperative Pain in Children Undergoing Elective Surgery: A Systematic Review. *Pain Management Nursing*, 16(3), 425-439

### **III. RECURSOS ONLINE**

---

- Emergency Nurses Association  
Recursos online para a prática de cuidados de enfermagem centrados na família no serviço de urgência:  
[www.ena.org](http://www.ena.org)
  
- Family Voices  
Recursos online de apoio à prestação de CCF:  
[www.familyvoices.org](http://www.familyvoices.org)
  
- Institute of Patient and Family Centered-Care  
Recursos online de apoio à prestação de CCF:  
<http://www.ipfcc.org/>
  
- Ordem dos Enfermeiros  
Recursos online para a prática de enfermagem:  
[www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt)