



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

**Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica:
Intervenções promotoras de uma experiência positiva e
de desenvolvimento no adolescente hospitalizado**

Ana Rita Santos Ferreira

**Lisboa
2023**

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

**Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica:
Intervenções promotoras de uma experiência positiva e
de desenvolvimento no adolescente hospitalizado**

Ana Rita Santos Ferreira

Orientador: Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo

**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

"A verdadeira viagem de descoberta não consiste em procurar novas paisagens, mas sim em ter um novo olhar."

Marcel Proust

AGRADECIMENTOS

Ao Alexandre Manso, meu companheiro de vida e aventuras por ser o meu pilar, por todo o amor, compreensão e apoio para seguir em frente e não desistir, quando tudo parecia distante e impossível de terminar.

Aos meus pais e à minha irmã Carla, por insistirem comigo todos os dias para fazer o relatório de estágio, não me deixando desistir, foram e serão sempre o meu porto seguro.

Aos meus amigos e colegas principalmente às minhas queridas amigas Mônica, Inês e Marta por toda a paciência para os meus dias menos bons, por toda a compreensão nas minhas ausências enquanto amiga nos momentos de lazer, pela ajuda nas "trocas" dos turnos para conseguir ir aos estágios e pelo exemplo de enfermeiras de excelência que são, permitindo-me ser uma pessoa melhor dia após dia.

Às minhas colegas de mestrado que me acompanharam nesta etapa tão importante, principalmente a Márcia Galvão.

Às enfermeiras orientadoras dos diferentes locais de estágio onde aprendi, por todo o conhecimento e experiência que me transmitiram.

À minha filha Maria Leonor que se portou tão bem, quer na barriguinha quer nos seus 7 meses de vida, dando-me forças para terminar esta caminhada longa e tão difícil.

Muito obrigado à minha professora orientadora, Professora Doutora Paula Diogo, por ter acreditado em mim e por todo o apoio e carinho que me deu ao longo destes dois anos, permitindo um crescimento etapa após etapa.

A todos os que se cruzaram no meu caminho ao longo destes anos difíceis sempre com um sorriso no rosto e uma palavra amiga, um muito obrigado!

RESUMO

A hospitalização é por si só um momento que implica níveis elevados de stress, medo, ansiedade e angústia, não só para o adolescente, mas também para a sua família. Quando ocorre a hospitalização, as emoções e sentimentos acentuam-se exponencialmente, não só pela percepção comum de vulnerabilidade inerente a esta fase do ciclo de vida, mas também pela vivência de uma situação nova e de risco. Outro fator que também pode influenciar esta experiência da hospitalização é o facto de os internamentos pediátricos nem sempre estarem adaptados para o estágio de desenvolvimento da adolescência. Frequentemente, os adolescentes são colocados em quartos partilhados com lactentes ou outras crianças, o que colide com as suas rotinas diárias, pelo que emocionalmente pode não conseguir ter o seu "espaço", não permitindo privacidade ao adolescente.

O percurso formativo realizado, que culminou com o presente Relatório de Estágio, teve como objetivos desenvolver competências especializadas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP), e aprofundar conhecimentos acerca do impacto emocional do processo de hospitalização no cliente pediátrico. Assim, o objeto de estudo é as intervenções de enfermagem promotoras de uma experiência positiva e de desenvolvimento no adolescente hospitalizado e sua família, mobilizando a teoria de Jean Watson, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica de Paula Diogo, os princípios dos cuidados centrados na família (CCF) e dos cuidados não traumático (CNT).

No decorrer dos estágios foi utilizada uma metodologia descritiva, crítica e reflexiva sobre as práticas de cuidados, que conduziu à aquisição de novas competências como futura EEESIP. As atividades desenvolvidas conduziram à aquisição de conhecimento aprofundado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, proporcionando ferramentas para uma prestação de cuidados a nível avançado, numa perspetiva de cuidado humano e holístico.

Palavras-chave: adolescente; emoções; hospitalização; família; intervenções de enfermagem.

ABSTRACT

Hospitalization itself is a moment that implies high levels of stress, fear, anxiety, and distress, not only for the adolescent but also for their family. When hospitalization occurs, emotions and feelings are exponentially heightened, not only due to the common perception of inherent vulnerability in this phase of the life cycle but also due to the experience of a new and risky situation. Another factor that may influence this experience of hospitalization is the fact that pediatric hospitalizations are not always adapted to the developmental stage of adolescence. Often, adolescents are placed in shared rooms with infants or other children, which clashes with their daily routines and may emotionally inhibit their ability to have their own "space" and privacy.

The training path undertaken, which culminated in this Report, aimed to develop competencies as a nurse specialist in child and pediatric health nursing and to deepen knowledge about the emotional impact of the hospitalization process on the pediatric client. Thus, the object of study is nursing interventions that promote a positive and developmental experience for the hospitalized adolescent and their family, mobilizing the theory of Jean Watson, Betty Neuman's Systems Model, Paula Diogo's Emotional Work Model in Pediatric Nursing, the principles of family-centered care (FCC), and non-traumatic care (NTC).

During the internships, a descriptive, critical, and reflective methodology was used to examine care practices, which led to the acquisition of new competencies as a future specialist nurse in child and pediatric health nursing. The activities carried out led to a deep understanding of child and pediatric health nursing, providing tools for advanced care provision from a humanistic and holistic care perspective.

Keywords: adolescent; emotions; hospitalization; family; nursing interventions.

LISTA DE SIGLAS

CCF - Cuidados Centrados na Família

CMEESIP Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

CNT - Cuidados não-traumáticos

COVID-19 - Doença do coronavírus

CVSIJ - Consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil

DI - Desenvolvimento infantil

DGS - Direção Geral da Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HPV- Vírus do papiloma humano

IAC- Instituto de Apoio à criança

Modelo TEEP- Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV- Plano Nacional de Vacinação

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN- Recém-Nascido

TEEP- Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

UC- Unidade Curricular

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCINT -Unidade de Cuidados Intermédios

USF- Unidade Saúde Familiar

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	10
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	12
2.1. Cuidar do adolescente hospitalizado.....	12
2.2. Experiência emocional no adolescente hospitalizado	17
2.3. Potenciar a experiência positiva e de desenvolvimento no processo de cuidados...	19
3. PROBLEMÁTICA.....	21
4. METODOLOGIA.....	22
5. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS DE ESTÁGIO.....	23
5.1. Consulta de desenvolvimento infantil.....	24
5.2. Internamento de Pediatria	26
5.3. Unidade de neonatologia.....	28
5.4. Unidade de saúde familiar	31
5.5. Serviço de urgência pediátrica.....	33
6. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	36
6.1 Competências comuns de EE	36
6.2 Competências específicas de EEESIP	39
6.3 Competências de mestre.....	41
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	43

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I – Mapa Conceptual

APÊNDICE II – Cronograma

APÊNDICE III – Guia orientador de atividades de estágio

APÊNDICE IV – Análise reflexiva serviço de internamento

APÊNDICE V – Diário de campo da consulta de desenvolvimento infantil estratégias de comunicação com a Criança e o Jovem adaptadas ao estágio de desenvolvimento

APÊNDICE VI – Consulta de Desenvolvimento atividade lúdica

APÊNDICE VII – Atividade em contexto de neonatologia estimular o toque para promover a vinculação

APÊNDICE VIII – Diário de campo da neonatologia estratégias de comunicação com os pais

APÊNDICE IX – Pertinência da introdução da vacina para os rapazes no Plano Nacional de Vacinação

APÊNDICE X – Email de sensibilização aos pais dos adolescentes sobre vacina HPV

APÊNDICE XI – Análise reflexiva: Registos de diagnósticos de enfermagem relacionados com as respostas emocionais da criança e família

APÊNDICE XII – Plano da Formação: Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

APÊNDICE XIII – Formação: Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

APÊNDICE XIV – Poster de divulgação da Formação: Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica.

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como finalidade retratar o percurso de estágio que surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, inserida no 11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (CMEESIP).

Este relatório tem como objetivo demonstrar o trabalho desenvolvido ao longo dos estágios, que conduziu à aquisição de competências para a obtenção de título de especialista em ESIP e grau de Mestre em Enfermagem.

A escolha da problemática de enfermagem adveio da minha experiência enquanto enfermeira generalista, a trabalhar num internamento de pediatria com crianças desde os 28 dias até aos 17 anos. A prestação de cuidados de enfermagem pediátrica permitiu identificar várias características singulares nos adolescentes hospitalizados, em contraste com a restante população pediátrica, despertando curiosidade na procura de um novo e mais recente conhecimento científico, nomeadamente a nível do impacto emocional que a hospitalização provoca nos adolescentes e nas suas famílias. No sentido de interiorizar a aquisição deste novo conhecimento, procurei analisar como as intervenções de enfermagem minimizam os efeitos prejudiciais, tornando a hospitalização o mais positiva possível e mesmo uma oportunidade de desenvolvimento do adolescente. Face ao exposto, foi definido como tema central deste projeto formativo “o trabalho emocional em enfermagem pediátrica”.

Para a concretização deste percurso formativo, comecei por construir um suporte/fundamentação teórica, pelo que efetuei pesquisas nas bases de dados, como exemplo: a Biblioteca do conhecimento on-line, EBSCO, SCIELO, Medline, CINAHL motor de busca da Google Scholar e rede social para cientistas e investigadores Researchgate. Esta pesquisa permitiu identificar literatura científica relevante para elaborar o enquadramento teórico-científico, que foi sistematizado em mapa conceptual visando captar e destacar as relações entre os conceitos que serviram de base a este trabalho (Apêndice I).

Dos referenciais teóricos mobilizados, e que foram orientadores do meu pensamento e ação ao longo desta experiência formativa, foi dada especial relevância aos Cuidados Centrados na Família (CCF) e à parceria de cuidados, e ainda aos cuidados não traumáticos (CNT). A base de sustentação deste trabalho foi a Teoria do cuidado humano de Jean Watson, o Modelo de sistemas de Betty Neuman e o Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Modelo TEEP) de Paula Diogo, enquadrados no paradigma de Enfermagem da transformação.

Como objetivos gerais deste percurso formativo foram definidos: desenvolver

competências de EEESIP que permitam prestar cuidados individualizados ao adolescente e sua família, e desenvolver competências como EEESIP no âmbito da gestão emocional do adolescente e família em situação de doença e hospitalização. De modo a concretizar os objetivos definidos nos diferentes estágios, e no decurso da diversidade de situações de cuidados, foi utilizada a metodologia crítico-reflexiva.

Este relatório apresenta-se estruturado em 6 capítulos, o primeiro capítulo consiste no enquadramento teórico-conceitual da temática, onde se explicitam os referenciais que lhe dão suporte: cuidar do adolescente, a experiência emocional no adolescente hospitalizado, as formas de potenciar a experiência positiva e de desenvolvimento no processo dos cuidados. O segundo capítulo tem explanado a identificação e justificação da problemática e o objeto de estudo. O terceiro capítulo apresenta a metodologia utilizada ao longo do percurso formativo. No quarto capítulo é abordada uma descrição e reflexão do percurso de estágio. No quinto capítulo e no sexto capítulo é apresentada uma reflexão sobre as competências de EEESIP e de mestre que foram adquiridas e desenvolvidas ao longo dos estágios.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1. Cuidar do adolescente hospitalizado

A definição de criança não carece de dúvida no presente. Atualmente, criança é todo o Ser Humano até aos 18 anos menos 1 dia (UNICEF, 2019), exceto nas situações de doença crônica ou incapacidade, em que a maioridade será aos 21 anos ou assim que a transição para a vida adulta esteja assegurada (OE, 2011). Após reconhecerem as crianças como sujeitos de direito houve necessidade de as proteger, também, a nível dos cuidados de saúde. É neste contexto que em 1988 foi elaborada a Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2008), e decorrente desta a Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários (IAC, 2021). Todas as crianças experienciam diversas fases de desenvolvimento, sendo uma delas a adolescência, faixa etária proveniente de maior alteração biológico-cognitiva. Neste caso, a adolescência compreende o período de transição da idade infantil para a idade adulta, habitualmente definido no intervalo aproximado entre os 12 e os 18 anos de idade (Hockenberry & Wilson, 2014).

Segundo Diogo (2023) do ciclo vital de cada indivíduo, a adolescência assume-se como um processo de grandes desafios, enquanto transição entre a infância e a vida adulta, e caracteriza-se pelo desenvolvimento físico, biológico, cognitivo, psicossocial, cultural e da personalidade.

Durante o processo de crescimento e desenvolvimento das crianças, o sistema familiar depara-se, frequentemente, com inúmeros acontecimentos de vida geradores de crises, tais como a doença e a hospitalização.

Qualquer situação de saúde-doença que obrigue a criança a sair de sua zona de conforto tem a potencialidade de ser traumática, especialmente a hospitalização podendo esta ser uma experiência adversa para a criança: restrição de visitas, medo da dor, do desconhecido e do sofrimento, desconfiança nos profissionais de saúde e do ambiente hospitalar em si. A separação brusca do seu quarto e da casa em contraste com máquinas, sons a horas inesperadas, imposição de regras e procedimentos invasivos, podem marcar a criança/adolescente futuramente (Gremigni, 2012; Diogo, 2016)

Independentemente do estágio de desenvolvimento criança ou adolescência, a família apresenta sempre um papel preponderante no cuidar e promoção da sua saúde.

O conceito de família tem uma definição muito vasta e complexa. As primeiras definições realçam as relações entre os membros através de laços legais, relações genéticas ou por coabitarem. Atualmente, a família é definida como uma "instituição onde os indivíduos se relacionam através da biologia ou compromissos duradouros e representam diferentes e semelhantes gerações e géneros, participam nos papéis que contribuem para a socialização

mútua, desenvolvimento e compromisso emocional” (Hockenberry, 2014, p. 50). Este trabalho tem por base o conceito de família nuclear, sendo esta “composta por dois pais e os seus filhos. A relação entre pais e filhos pode ser biológica, por afinidade, adoção ou acolhimento. (...) Os pais não são necessariamente casados” (Hockenberry, 2014, p. 52).

A família é definida pela Organização Mundial Saúde (OMS), como o contexto de promoção da saúde e redução da doença, onde desde que nascem, os indivíduos desenvolvem crenças e comportamentos de saúde. Reconhecendo as inúmeras mudanças na sociedade, principalmente no acesso aos serviços de saúde, a família ocupa o principal papel de cuidador em situações de doença e a principal fonte de suporte socio-emocional do indivíduo, sendo ela também, o amortecedor do impacto das transformações sociais. A família, estrutura constituída como um todo organizado, sofre mudanças importantes e um impacto emocional relevante durante a hospitalização de um dos seus membros. As angústias, os medos, os sofrimentos e as dúvidas estão presentes, assim como as incertezas do tratamento e o prognóstico. Neste contexto, a família como unidade caracteriza-se essencialmente pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, de estrutura e funcionalidade (Figueiredo, 2009). A família é transversal ao ciclo vital do individuo e parte integrante de uma abordagem holística do cuidar.

Na carta da criança nos Cuidados de Saúde Primários (IAC, 2021), a família é reconhecida como um dos focos de cuidados conjuntamente com a criança/adolescente, nomeadamente pela recomendação de os cuidados de saúde serem prestados por profissionais com formação adequada para responder às necessidades físicas, sociais, psicológicas e emocionais, das crianças e jovens e da sua família.

Como parceira no processo de cuidados, a família deve ter um papel ativo na tomada de decisão, pelo que tem de estar devidamente informada e acompanhada pelos profissionais de saúde, de forma a garantir que dispõem das melhores condições para lidar com a doença.

A necessidade de hospitalização de uma criança é um evento traumático para a criança e para a sua família ou cuidadores. As crianças são afastadas do seu ambiente familiar, afetivo e social. O ambiente hospital é percebido como um local desconhecido, sentindo-se a criança perdida e assustada.

Quando os clientes vivem episódios de emocionalidade intensa e perturbadora, os enfermeiros atuam no sentido de facilitar a gestão das emoções, por forma a que estes consigam alcançar estados de tranquilidade e bem-estar, enquanto os seus recursos de autocontrolo não são, só por si, suficientes para gerir a situação, fazendo então um tipo de gestão emocional de antecipação (Diogo, 2023). Também é seu papel a gestão das emoções reativas: envolvem a família nos cuidados, explicam e esclarecem dúvidas, colocam-se ao lado, fazem pausas, fomentam a esperança, dão carinho, diferenciam os momentos, desviam o foco de atenção (por

meio da distração), encorajam e restringem (Diogo, 2023). As estratégias que enformam estes dois tipos de gestão emocional dos enfermeiros caracterizam o trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Diogo, 2023).

O conceito de trabalho emocional é definido não só pela regulação das emoções dos enfermeiros, mas também pela competência do cuidar e de reconhecer as emoções dos outros (Smith, 2012 citado por Diogo & Mendonça, 2019). Para que os enfermeiros consigam influenciar positivamente a gestão das emoções de quem cuidam, é fulcral a regulação das suas emoções (Diogo, 2023).

A dupla centralidade do trabalho emocional é enfatizada por Diogo (2023) tendo em conta que os enfermeiros além de fazerem a regulação da sua disposição emocional (gestão das suas próprias emoções) para cuidar, procuram capacitar os clientes na gestão da sua emocionalidade, promovendo um ambiente seguro e afetuoso, nutrindo os cuidados com afeto, promovendo a gestão das emoções dos clientes e construindo a estabilidade na relação terapêutica. Lidar com a experiência de medo associada aos processos de saúde-doença nem sempre é fácil, pelo que o enfermeiro deve ter oportunidade de treinar estratégias e desenvolver competência emocional para capacitar emocionalmente a criança e família.

O cuidado profissional centra-se num processo relacional que implica a compreensão da experiência humana das EMOÇÕES. Para melhor entendimento desta temática, o autor Diogo (2015, 2019, 2023) considera imperativo revisitar conceitos fundamentais que possam levar a um raciocínio em espiral através das inter-relações entre emoções e cuidados de enfermagem. Esses conceitos incluem emoções humanas, gestão emocional, inteligência emocional, competência emocional, trabalho emocional, cuidado humanizado e holístico (Diogo, 2015, 2019, 2023).

As emoções humanas referem-se aos processos pelos quais os indivíduos experimentam vários conjuntos complexos de respostas químicas e neurais. Estes mecanismos neurofisiológicos manifestam-se de maneiras negativas e/ou positivas, gerando sentimentos perturbadores ou gratificantes que persistem ao longo do tempo por meio da memória afetiva. Os processos emocionais podem ser desencadeados por estímulos/eventos externos ou internos e envolvem avaliação cognitiva antes de levar à expressão ou modificação comportamental (Diogo, 2019, 2023).

De acordo com Damásio (2013), a ausência de envolvimento emocional resulta em ações, ideias ou decisões baseadas unicamente em fundamentos racionais. Portanto, os indivíduos não são simplesmente máquinas lógicas, nem são movidos apenas pelas suas emoções; em vez disso, representam uma combinação de ambos os aspetos (Damásio, 2017). Assim, esses processos que envolvem sentimentos requerem habilidades pessoais para lidar de maneira adaptativa e positiva com o mundo emocional - referido como desenvolvimento de gestão emocional.

A intervenção de enfermagem é dirigida a indivíduos, com ênfase na relação terapêutica

entre enfermeiros e clientes. Essa dinâmica permite um espaço de expressão emocional e compartilhamento, onde o cliente experimenta emoções intensas relacionadas à sua condição de saúde, enquanto o enfermeiro responde com sentimentos empáticos em relação ao sofrimento do cliente. Gerir essa troca de emoções é essencial no cuidado aos clientes (Diogo, 2015, 2019, 2023).

Os profissionais de enfermagem ao lidarem com situações que envolvem emoções intensas durante a prestação de cuidados, utilizam habilidades na gestão emocional, o que indica que possuem competência emocional. Essa competência é definida por Bisquerra (2009) como um conjunto de conhecimentos, habilidades, capacidades e atitudes necessárias para entender e expressar emoções, com o objetivo de regular os fenômenos emocionais de maneira adequada.

Na área de enfermagem, trabalho emocional refere-se às estratégias destinadas a facilitar a gestão das emoções dos clientes e o regular das próprias emoções. Isso inclui a capacidade de expressá-las adequadamente e fornecer cuidados emocionais, o que deve ser ensinado e treinado desde a formação inicial (Smith, 2012). Portanto, são necessárias diretrizes para modelos de prática a fim de orientar e fortalecer os enfermeiros na gestão de desafios emocionais com vista ao cuidado. Ideia esta validada por (Basto, 2009) que refere que o cuidado em enfermagem envolve aspectos científicos e humanísticos que exigem uma compreensão das experiências humanas com as emoções; portanto, o cuidado não pode permanecer separado ou indiferente em relação a esses sentimentos (Watson, 2018).

Com isto é possível afirmar que é fundamental para a prática de enfermagem compreender e gerir a emocionalidade dos clientes, uma vez que as situações problemáticas enfrentadas pelos mesmos são frequentemente expressas por meio de emoções, que os enfermeiros devem enfrentar e gerir em cada interação.

Este pensamento é corroborado por Diogo (2019, 2023) que afirma que é importante questionar se não é necessária uma atenção especial a esta dimensão da prática de enfermagem, considerando o ambiente tecnológico cada vez mais presente nos cuidados de saúde. Este desafio convida a refletir e discutir sobre o desenvolvimento da prática de enfermagem, numa época marcada pelo crescente domínio da tecnologia na área da saúde.

Cuidar é a essência da enfermagem (Watson 2012, 2018). As mudanças características da adolescência alicerçam os comportamentos relacionados com a saúde e com as condições de saúde e doença, tendo implicações na forma como os adolescentes perspetivam o presente e o futuro. As intervenções delineadas para promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença têm de considerar a influência destes aspetos na eficácia das intervenções, sendo essencial a sua adaptação aos adolescentes a quem se dirigem (OMS, 2014). Ao lidar com adolescentes com problemas de saúde, estas intervenções realizam-se num contexto de mudanças mais marcadas (Figueiredo, Almeida, Santos & Carneiro, 2015).

Segundo (Lowry & Ayward, 2015) o EEESIP, inserido na equipa de enfermagem, deve ter estes pressupostos presentes e sustentar a sua intervenção, junto do adolescente e sua família, em orientações teóricas e modelos de intervenção em enfermagem, que orientem o cuidar no sentido do bem-estar do adolescente e sua família, tendo por base a parceria de cuidados e considerando a interação dinâmica entre o ambiente e os sistemas de energia, com o objetivo de minimizar potenciais danos derivados de agentes de stress internos e externos. Assim, é evidente a adoção do Modelo de Sistemas de Betty Neuman na fundamentação dos cuidados ao adolescente em situação de internamento hospitalar, dada a preocupação com todas as variáveis que influenciam a resposta do adolescente ao stress (Lawson, 2014). Tendo também o Paradigma da Transformação como base estruturante dos cuidados de enfermagem, contempla-se o adolescente como um todo, que influencia e é influenciado pelo ambiente onde se insere (Lopes, 2001).

O foco é colocado na família, considerada um elemento essencial para garantir a saúde e o bem-estar do adolescente (Smith, Swallow & Coyne, 2014). A parceria, para além de se caracterizar pela partilha de cuidados com os pais, é também considerada enquanto partilha de poder, de informação e tomada de decisão, entre pais, adolescente e enfermeiro, potenciando os recursos disponíveis e valorizando a parentalidade, numa perspetiva constante de adaptação do plano de cuidados às necessidades do jovem e seus pais (Mendes & Martins, 2012; Sousa *et al.*, 2013).

Segundo Diogo (2006, p. 6) na prática de enfermagem em contexto pediátrico, as emoções dão sentido ao agir dos enfermeiros e dão sentido ao próprio cuidar, preenchendo o vazio dos "cuidados técnicos", orientando o relacionamento entre a pessoa cuidada e a pessoa que cuida. Face ao exposto, é crucial o trabalho emocional em enfermagem pediátrica (TEEP) atendendo a todas as emoções inerentes à doença e hospitalização, não só emoções do adolescente, mas também da família.

Segundo o Modelo de TEEP os enfermeiros promovem a gestão das emoções dos clientes face à sua doença e hospitalização, sendo necessário perceber as experiências emocionais perturbadoras, as necessidades afetivas e exposição a fatores de stress dos clientes, assim como o impacto emocional e a absorção do sofrimento dos enfermeiros.

Com base nestes pressupostos é possível definir estratégias específicas e adequadas a cada situação, as quais possuem resultados terapêuticos, pois promovem o bem-estar, a adaptação, a resiliência e uma experiência positiva de hospitalização (Diogo, 2023).

De acordo com Watson (2012, 2018), é essencial que haja uma partilha de emoções no processo de cuidar, e que tais emoções não possam ser ignoradas. Diogo (2015, 2023) também defende essa perspetiva, afirmando que o envolvimento emocional é fundamental para a relação de ajuda, o que se aplica de forma especial no contexto do cuidado em saúde.

Nesse sentido, é de suma importância que os profissionais da saúde percebam e compreendam as emoções e sentimentos da pessoa cuidada e família envolvida (Tomey & Alligood, 2014), especialmente no contexto do cuidado pediátrico, que apresenta determinadas particularidades.

Em cuidados de saúde pediátricos uma das orientações de cuidados proeminente é a de cuidados centrados na família. Os enfermeiros englobam a família nos cuidados à criança/jovem, participando no planejamento, execução e tomada de decisão nos cuidados prestados, construindo-se assim uma parceria enfermeiro-família. Esta colaboração promove uma visão holística da criança e do jovem, atendendo a todas as suas necessidades (Hockenberry & Wilson, 2014).

2.2. Experiência emocional no adolescente hospitalizado

A criança deve ser encarada como sujeito ativo/participante do seu processo de hospitalização, promovendo-se um cuidado que ultrapasse o físico e alcance as necessidades emocionais e sociais (Andrade, Freitas & Marques, 2015). A criança hospitalizada apresenta-se dependente da família, sendo a sua principal base de apoio, para suprir as suas necessidades (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2011; Salvador, Gomes & Oliveira, 2015).

A adolescência é uma fase de desenvolvimento entre a infância e a idade adulta (Ödling et al., 2020). Esse período é caracterizado por mudanças significativas físicas, cognitivas, emocionais e sociais (Dahli et al., 2017). Tipicamente, os adolescentes estão na faixa etária entre os 10 e 24 anos (Thanalingam et al., 2022). A adolescência é uma fase crítica do desenvolvimento caracterizada por mudanças significativas físicas, cognitivas, emocionais e sociais (Winer et al., 2022). É um período de transição da infância para a idade adulta, durante o qual os indivíduos desenvolvem a sua identidade, autonomia e habilidades de tomada de decisão (Ödling et al., 2020).

Segundo Zvonareva et al. 2021 o efeito da hospitalização na adolescência é influenciado por vários fatores, incluindo as circunstâncias específicas, a personalidade do mesmo e os seus mecanismos de coping, bem como a natureza da doença ou condição que requer a hospitalização. Vários estudos exploram o impacto psicológico da hospitalização em adolescentes e identificam diferentes reações e estratégias de coping. A hospitalização pode ter efeitos negativos no bem-estar mental dos adolescentes (Zvonareva et al., 2021). Os adolescentes podem sentir apreensão, ansiedade e medo em relação ao seu diagnóstico e futuro (Zvonareva et al., 2021).

Os adolescentes podem sentir negação em relação ao diagnóstico, sentir vergonha ou estigma associados à sua condição (Zvonareva et al., 2021). A hospitalização prolongada também pode contribuir para o stress e afetar negativamente o seu estado emocional (Zvonareva et al.,

2021). Os adolescentes podem apresentar uma variedade de reações emocionais à hospitalização, incluindo raiva, hostilidade e frustração (Zvonareva et al., 2021). Podem também experimentar depressão, ansiedade e sentimentos de tristeza (Guzzo & Gobbi, 2021). As estratégias de coping desempenham um papel crucial na forma como os adolescentes lidam com os desafios da hospitalização. Alguns adolescentes podem desenvolver estratégias de coping positivas, como procurar ajuda de profissionais de saúde, cuidadores e amigos (Zvonareva et al., 2021). Relacionamentos terapêuticos com profissionais de saúde, cuidadores e outros doentes no hospital podem atenuar os impactos negativos da hospitalização no bem-estar mental dos adolescentes (Zvonareva et al., 2021). No entanto, a hospitalização também pode apresentar desafios para adolescentes, especialmente aqueles com condições nefastas de saúde mental ou com algumas vulnerabilidades. Adolescentes com traços de transtorno de personalidade borderline podem ter dificuldades na regulação emocional e podem ter reações emocionais mais intensas à hospitalização (Kahya & Munguldar, 2023). Durante o internamento podem passar por múltiplos procedimentos invasivos e vivenciar períodos intensos de stress (Meentken et al., 2017).

Segundo Usubini (2021) o efeito da hospitalização sobre os adolescentes pode ser mitigado através dos cuidados e do apoio psicológico prestado. Criar um ambiente de apoio e cuidado, manter uma comunicação aberta e envolver os adolescentes nas decisões contribui para experiências positivas durante a hospitalização (Zvonareva et al., 2021; Ogubuike, 2021).

De acordo com o modelo de sistemas de Betty Neuman, os stressores são estímulos que produzem tensão, tendo o potencial de influenciar a estabilidade do sistema de forma positiva ou negativa. Podem ser desencadeados por fatores intrapessoais, que ocorrem no interior do indivíduo, fatores interpessoais, que derivam das forças entre indivíduos, e fatores extra pessoais, externos ao cliente (Lawson, 2014). O sistema é dinâmico e permeável, onde a energia se move no sentido da estabilidade ou instabilidade consoante contribua para a organização, complexidade e desenvolvimento do sistema no sentido da estabilidade e bem-estar, ou consoante contribua para a desorganização, aleatoriedade e dissipação da energia (Lowry & Aylward, 2015). O stress e a reação ao stress são componentes básicos de um sistema permeável (Lawson, 2014).

No contexto de internamento hospitalar, o adolescente tem a sua linha flexível de defesa mais próxima da linha normal de defesa devido ao contacto com múltiplos stressores, pela alteração do padrão de sono, dor, doença, entre outros.

2.3. Potenciar a experiência positiva e de desenvolvimento no processo de cuidados

Conforme observado por Diogo (2015, 2023) o envolvimento emocional entre os profissionais de saúde e os seus clientes pode resultar em sentimentos de respeito e cuidado percebido por parte dos clientes, bem como aumentar a sua confiança nos profissionais de saúde. Esse desenvolvimento emocional também pode levar a um estado emocional de tranquilidade e confiança nos clientes, facilitando a sua aceitação e compreensão de eventos stressantes, más notícias ou outras informações negativas (Diogo 2015, 2023).

A mesma autora nota ainda, que o desenvolvimento dos paradigmas e referenciais teóricos que norteiam a enfermagem, contemplam que os profissionais de saúde demonstrem não só conhecimento técnico e científico, mas também que apresentem habilidades relacionais que evidenciem envolvimento e intencionalidade nas relações interpessoais estabelecidas, com o objetivo de promover o bem-estar integral dos clientes sob os seus cuidados (Diogo 2023).

De acordo com a Diogo (2023) para gerir essas emoções, existem várias estratégias de gestão emocional, incluindo estratégias de antecipação, como a preparação para o procedimento, o fornecimento de explicações e informações, a promoção da expressão de sentimentos, o fornecimento de reforço positivo e distração, bem como as estratégias de gestão de emoções reativas, que envolvem a família nos cuidados, explicando e esclarecendo dúvidas e incentivando a esperança.

Conforme observado por Diogo *et al.* (2016, 2023), os enfermeiros desempenham um papel fundamental na gestão dos medos dos clientes, atuando como gestores emocionais. Estes utilizam estratégias que incluem não apenas distração, jogos e música para proporcionar conforto e tranquilidade, mas também demonstram afeto, carinho, simpatia, sorriso, confiança, positividade, compreensão empática e humor para ajudar a gerir as emoções dos clientes.

Portanto, a parceria estabelecida entre os profissionais de saúde e a família é o elemento primordial desta filosofia de cuidados, sendo esta vista como o elemento fundamental para a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados, diminuindo sentimentos adversos resultantes da hospitalização das crianças (Hockenberry & Wilson, 2014; Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Os cuidados centrados na família assentam em quatro pilares conceptuais: a dignidade e respeito, a partilha de informação, a participação e a colaboração (Hockenberry & Wilson, 2014; Barbieri-Figueiredo, 2015; cit. por Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020). Assim, podemos assumir que o exercício profissional do enfermeiro na filosofia de cuidados da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assente na parceria, pressupõe a capacitação e

empoderamento do binómio família/criança, baseada no pressuposto que a família é a constante na vida da criança e que esta influência a sua saúde e bem-estar, devendo estar presente em todos os momentos do cuidar (Hockenberry & Wilson, 2014; Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Deste modo, o enfermeiro no exercício da sua prática deve ter uma atitude de respeito e apoio para e com as famílias, cooperando com estas, partilhando informação fidedigna, capacitando a sua tomada de decisão, dando suporte às suas necessidades de cuidados (Hockenberry & Wilson, 2014; Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança, jovem e a família ou a pessoa significativa, e deve utilizar um modelo de cuidados centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos nossos cuidados (OE, 2018). Os pais mostram-se como os melhores cuidadores, respeitando a sua experiência e os seus conhecimentos e valorizando o seu contributo na prestação de cuidados à criança e jovem.

3. PROBLEMÁTICA

A existência de um problema advém de uma dificuldade, um conjunto de coisas que necessita ser modificado ou algo que não funciona adequadamente (Bento, 2011).

“Os processos de saúde-doença vividos por crianças e jovens e suas famílias estão, frequentemente, associados a uma emocionalidade intensa (...), exigindo um trabalho emocional” (Diogo, 2019 citando Diogo 2015).

Tendo em consideração a minha experiência profissional num Serviço de internamento, constatei que o período de internamento dos adolescentes é vivido com grande intensidade emocional, pelo que considero de grande relevância avaliar o impacto emocional que o internamento provoca nos adolescentes. A intervenção de enfermagem é imprescindível para minimizar os efeitos traumáticos e emoções negativas que a hospitalização acarreta. Observa-se que nem sempre é devidamente valorizada a importância do trabalho emocional, visando o cuidado holístico e valorizando as necessidades emocionais do adolescente e família durante todo o processo de hospitalização. Nem sempre as equipas de enfermagem conseguem identificar as melhores estratégias para apoiar os adolescentes, em conformidade com as características individuais de cada um. Torna-se indispensável que a equipa de enfermagem esteja sensibilizada para identificar stressores e emoções, e intervir na sua gestão, desenvolvendo estratégias com a criança e família (OE, 2018). Face ao anteriormente exposto, este projeto apresenta como problema a emocionalidade vivida pela família/adolescente associada à hospitalização, e como objeto de estudo a intervenção da enfermagem de forma a promover uma experiência positiva e de desenvolvimento no adolescente hospitalizado.

4. METODOLOGIA

Metodologia é “caminho ou a via para a realização de algo”. Método é o processo para se atingir um determinado fim ou para se chegar ao conhecimento. Metodologia é o campo em que se estuda os melhores métodos praticados em determinada área para a produção do conhecimento. Podemos assim afirmar que a metodologia conecta a teoria e a prática, pois baseia-se no conhecimento teórico para sua posterior aplicação. Um projeto é elaborado para resolver ou estudar um problema. O percurso formativo desenvolvido foi mobilizado por uma metodologia crítico-reflexiva.

Segundo Queirós, Costa e Silva e Santos (2020), a reflexão é um instrumento que ajuda a consolidar e fundamentar a teoria e a prática. A prática reflexiva é um método de trabalho que permite aos profissionais produzirem conhecimento com base nas suas experiências profissionais (Netto, Silva & Rua, 2018).

Considerando que o estágio é crucial para o desenvolvimento de habilidades do EEESIP, é essencial planejar atividades para a aquisição dessas competências. A Ordem dos Enfermeiros (OE) estabelece que o Enfermeiro Especialista (EE) deve desenvolver competências em responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE, 2010). Com vista ao desenvolvimento de competências preconizadas pela OE, defini como objetivos gerais do Estágio:

- Desenvolver competências comuns e específicas no cuidado complexo às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança, do jovem e da família;

- Desenvolver intervenções especializadas no âmbito do trabalho emocional em enfermagem com o adolescente e a sua família em situação de doença e hospitalização.

5. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS DE ESTÁGIO

Procura-se neste capítulo narrar o percurso aprendizagem que ocorreu ao longo dos variados contextos de estágio. Esta descrição baseia-se na abordagem metodológica de projeto conforme descrita por Nunes, Ferrito e Ruivo (2010) e numa análise reflexiva, assente na e sobre a ação, tal como proposta por Schön (1987). Essa abordagem metodológica possibilita o desenvolvimento de competências avançadas do EEESIP, visando alcançar os objetivos estabelecidos sobre a temática em análise.

A etapa do estágio relativa à Unidade Curricular de Estágio com Relatório ocorreu entre 25 de novembro de 2020 e junho de 2021.

A seleção dos contextos de estágio regeu-se pelo propósito de ir ao encontro dos objetivos do projeto, em consonância com as diretrizes emanadas pelo plano de estudos do mestrado e do curso de pós-licenciatura em enfermagem. O ensino clínico contemplou a realização de estágio em hospitais na região metropolitana de Lisboa: consulta de desenvolvimento infantil; unidade de saúde familiar; serviço de internamento de pediatria; unidade de neonatologia; serviço de urgência pediátrico.

Como é possível validar nos subcapítulos que se seguem, os diversos estágios proporcionaram o desenvolvimento das competências gerais do Enfermeiro Especialista, conforme estabelecido no Regulamento nº 140/19 de 2019, e das competências específicas do EEESIP, regulamentadas pelo Regulamento nº 422/18 de 2018.

Estas experiências de aprendizagem possibilitaram a concretização dos objetivos propostos e desempenharam um papel crucial no fomento de uma prática de enfermagem especializada e avançada. A diversidade de vivências proporcionadas em ambiente hospitalar, aliada à perícia dos EEESIP que me supervisionaram, e às características específicas de cada local de estágio, bem como às dinâmicas organizacionais das instituições de saúde, revelaram-se como elementos fundamentais e facilitadores na elaboração do presente relatório.

Tendo por base os objetivos gerais e específicos definidos durante a realização do meu projeto de estágio, elaborei um Guia orientador das atividades de estágio para cada contexto de estágio. No início de cada contexto de estágio, este documento foi submetido à apreciação dos enfermeiros e professora orientadora e posteriormente debatido com o enfermeiro chefe do respetivo serviço, de forma a analisar a necessidade de adequação das atividades planeadas para obtenção dos objetivos previamente definidos. Este Guia Orientador foi também um facilitador na integração do EEESIP orientador na temática e no meu projeto.

A metodologia deste guia seguiu a seguinte linha orientadora: identificação da problemática, definição dos objetivos, descrição das atividades, competências a desenvolver e identificação dos recursos necessários. Devido à situação pandémica vivida nesse espaço

temporal, foram realizados ajustes pontuais nas atividades, visando garantir a viabilidade dos objetivos definidos.

5.1. Consulta de desenvolvimento infantil

O Enfermeiro Especialista (EE), segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), é aquele que detém conhecimento aprofundado numa área específica de enfermagem, que se traduz em “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2019, p. 4744), demonstradas pela “capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e (...) exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019, p. 4745). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP), demonstra competência através da “(...) parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível (...)” (OE, 2018, p. 19192), com a finalidade da “promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado” (OE, 2015, p. 16660), da criança ou jovem e família, dando resposta a situações de especial complexidade, de saúde ou doença, durante o seu crescimento e desenvolvimento.

A Consulta de Pediatria do Desenvolvimento está vocacionada para o diagnóstico, avaliação e intervenção em crianças com perturbações do desenvolvimento ou com risco de as vir a manifesta.

Neste âmbito as atividades inerentes visaram concretizar os seguintes **objetivos específicos**:

- Identificar as necessidades emocionais do adolescente inerentes ao seu estágio de desenvolvimento.
- Desenvolver técnicas de comunicação e habilidades de adaptação da comunicação face ao estágio de desenvolvimento da criança e do jovem, e sua família.

Durante o estágio na consulta de desenvolvimento infantil foi possível observar diretamente a dinâmica do serviço e esclarecer dúvidas e receber orientações em reuniões com a enfermeira orientadora. Além disso, foram aprofundados conhecimentos com base na evidência científica sobre alterações do neuro desenvolvimento e as principais perturbações do desenvolvimento infantil, como os transtornos do comportamento, dificuldades de aprendizagem e perturbações do espectro do autismo, a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção. Nesta consulta desenvolvi competências comuns do enfermeiro Especialista **D1** Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e **D2** Baseia a sua Praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019).

Colaborei nas consultas de desenvolvimento, abordando as crianças sobre os seus hábitos

diários na escola/domicílio, analisando as suas preferências incluindo na área alimentar, e questionando sobre o seu interesse em falar de algum assunto. Neste âmbito estabeleci uma comunicação adequada à idade e estágio de desenvolvimento da criança/jovem e à compreensão dos pais. Neste âmbito desenvolvi competências EEESIP: **3-** Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem; **E3.1.** Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; **E3.3.** Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (OE, 2019).

A doença crónica tem um forte impacto na família, uma vez que as famílias passam a ter novas responsabilidades e preocupações, como o acesso a outros serviços de saúde, a outros sistemas educacionais, a incertezas quanto ao futuro e a reações da comunidade de estigmatização (McElfresh & Merck, 2014). Com esta lógica, colaborei também na consulta à vários adolescentes com diabetes tipo I, onde realizei os ensinamentos adequados de forma a promover a adaptação à doença por parte da criança. Assim, considero que as experiências conduziram ao desenvolvimento das competências: **E2.3** – Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados; **E2.5** – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.

Efetuei a **transmissão de informações antecipatórias** aos pais, por forma a capacitá-los para os cuidados a realizar no futuro à sua criança, permitindo uma gestão facilitadora das suas emoções, e mantendo assim uma esperança realista sobre o futuro da família. Este conjunto de estratégias contribuíram para o desenvolvimento das seguintes competências: **E2.2** Diagnosticar precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, **E2.3** Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados; **E2.4** Providenciar cuidados à criança/jovem promotoras dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência, **E2.5** Promove a adaptação da criança/jovem à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade, **E3.1** Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil e **E3.3** Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

Observei técnicas e estratégias de comunicação utilizadas pela enfermeira orientadora durante a consulta com adolescentes e a sua família. Para registar as minhas observações, elaborei um **diário de campo sobre a comunicação com adolescentes** e as suas famílias (Apêndice V).

Em pediatria, o brincar é considerado como uma das formas de comunicar mais importantes (Hockenberry, 2014). O brincar é uma atividade inata, voluntária, evolutiva, e espontânea que acompanha a criança (Sanders, 2014). O ato de brincar também promove o desenvolvimento físico, social, afetivo e cognitivo da criança, sendo muitas vezes usado de forma

a diminuir sentimentos e emoções como o medo, a ansiedade e a irritabilidade, enquanto promove o bem-estar da criança, permitindo-lhe momentos de calma, segurança e distração (Esteves et al., 2021). Importa, ainda, salientar que o brincar permite que a criança expresse os seus próprios sentimentos, ansiedades e frustrações (Silva, Schmidt et al., 2020).

Assim, pude concluir que a criação de um ambiente de cuidados acolhedor e de confiança diminui o stress e a ansiedade, possibilitando à criança/jovem a expressão dos seus sentimentos e emoções, aumentando o sentimento de segurança face a um ambiente desconhecido, minimizando assim o impacto dos stressores. Neste âmbito, e por forma a minimizar o efeito de stress, **decreei a sala de atividades** com o tema de Natal (Apêndice VI). Assim foi possível desenvolver as seguintes competências EEESIP: **E2.4.** Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; **E3.1.** Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil e **E3.3.** Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

5.2. Internamento de Pediatria

O segundo estágio foi realizado no Serviço de Internamento de Pediatria, local onde atualmente desempenho funções de enfermeira. Apesar de já conhecer a equipa e a dinâmica de trabalho, este estágio veio permitir observar o cuidar de enfermagem numa perspetiva diferente, pois tive a oportunidade, com base nos conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado, adotar uma perspetiva crítica em relação aos cuidados enraizados no serviço e comparar essas práticas com a mais recente evidência científica. Ao assumir esta posição reflexiva na prática e sobre a prática, desenvolvi um cuidado de enfermagem especializado.

A evidência científica sobre a problemática em estudo e o facto de conhecer o serviço em questão, permitiu a definição dos **objetivos específicos** para este estágio:

- 1) Desenvolver estratégias de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento do adolescente e família;
- 2) Identificar as necessidades emocionais subjacentes ao processo de hospitalização;
- 3) Identificar as condições potenciadoras da gestão da emocionalidade associada ao período de internamento;
- 4) Prestar cuidados ao adolescente e sua família, utilizando as estratégias promotoras de uma gestão e vivência emocional positiva associadas à hospitalização.

O Enfermeiro Especialista (EEESIP) possui uma responsabilidade adicional na implementação de projetos de melhoria da qualidade. É importante que os enfermeiros estimulem

a reflexão sobre a qualidade do exercício profissional e garantam a excelência dos cuidados de enfermagem prestados.

Com base nos objetivos definidos e no exposto anteriormente, o estágio neste serviço teve como foco a promoção de medidas destinadas às necessidades emocionais do adolescente e da sua família. A prestação de cuidados teve uma orientação holística e humanizada, centrada nas reais necessidades do cliente e baseada na construção de uma relação terapêutica. Foram respeitados os princípios éticos e deontológicos, bem como as orientações para a prática de CCF, parceria de cuidados e CNT.

No decurso do estágio uma adolescente com 15 anos encontrava-se internada por ingestão medicamentosa voluntária (IMV). Por forma a compreender as razões que estiveram na origem desta situação estabeleci uma comunicação aberta/frequente/empática e mobilizei técnicas de comunicação eficazes (como a escuta ativa, questões abertas, assertividade, contacto visual, toque e reforço positivo). Conclui que a causa da IMV estava relacionada com conflitos com os seus pais. Atendendo as circunstâncias de conflito parental negocieei com a adolescente a sua participação no processo do Cuidar, e procurei questionar a sua abertura a uma conversa entre a adolescente, eu enquanto enfermeira e os seus pais. Em relação às técnicas de relação terapêutica procurei reconhecer e compreender as experiências pessoais, facilitar a expressão de sentimentos, fornecer apoio, mostrar disponibilidade e ajustar as expectativas da família à realidade. A preparação do regresso a casa tem um impacto significativo nas famílias, pois um adequado planeamento da alta, não só reduz o tempo de internamento, mas também previne readmissões. Neste sentido, eram avaliadas as competências da família para cuidar da criança, gerir o regime terapêutico e fornecidas orientações antecipatórias de cuidados. Para além disso, a continuidade de cuidados era assegurada para a comunidade, através da carta de alta de enfermagem e da orientação para consultas. Neste âmbito desenvolvi competências de EEESIP **E1.1** - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem, **E1.2** - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, **E2.1** - Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados, **E3.4** - Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

Por forma a dar a partilhar os fundamentos e aplicação do modelo TEEP **ministrei uma formação** à equipa multidisciplinar do serviço, versando o tema "**Apresentação do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica**" (Apêndices XII, XIII, XIV).

Esta formação teve como objetivo promover na equipa a sensibilidade para identificar e refletir sobre as necessidades emocionais da criança, adolescente e família durante o período de

internamento no serviço, identificando possíveis fatores de risco e definindo estratégias de apoio ao adolescente e sua família na gestão da emocionalidade.

Através da realização desta atividade, bem como da reflexão por ela despoletada, foi possível mobilizar uma competência comum do Enfermeiro Especialista, na medida em que fui facilitadora da aprendizagem, em contexto de trabalho, atuando como formadora, diagnosticando necessidades formativas, favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, suportadas em evidência científica (Regulamento no 140/2019).

A formação foi ministrada para a equipa multidisciplinar do serviço de internamento de pediatria, mas também **alarguei a formação** à equipa do serviço de urgência pediátrica e neonatologia, via zoom, estimulando assim a continuidade destes cuidados.

5.3. Unidade de neonatologia

O serviço de neonatologia, composto por uma Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT) e uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), apresenta um ambiente geral com características que contribuem para a facilitação da gestão emocional das famílias que têm recém-nascidos internados. O serviço apresenta imagens (bonecos) na parede; um placard na entrada do serviço onde são colocadas as fotos de vários bebés (fotos dadas pelos pais onde se verifica a evolução dos bebés quando entram no serviço e quando saem), estas fotos ajudam os pais a perceber que este também poderá ser o caminho dos seus recém nascidos, ajudando assim na sua gestão emocional tendo em conta a promoção da esperança; por forma a tornar o mais personalizado possível cada incubadora tem uma fotografia, a identificação do recém nascido um coração e frases inscritas de motivação e superação dos problemas.

A equipa baseia a sua intervenção no cuidado holístico e humanizado valorizando os cuidados centrados na família, a parceria de cuidados e os cuidados não traumáticos. Verifica-se uma valorização da família, procurando enfatizar a importância da sua presença e acompanhamento na prestação de cuidados à criança, e uma preocupação na preparação para a alta, e também no apoio ao desenvolvimento da vinculação e das capacidades parentais.

Por forma a reforçar a importância da família em todo o processo, a política de visitas promove a presença no serviço de ambos os pais durante o período diurno, havendo a possibilidade de pernoite de um dos progenitores. Apesar desta política, e por forma a fazer face à pandemia ao longo dos tempos, houve necessidade de adaptação sendo que atualmente apenas é permitida a presença de um dos progenitores, no período da manhã (9-15h) ou no período da tarde (16-22h), após teste de Covid negativo (repetido de 10/10 dias). O período em que deve ser

feita a visita terá em conta o planeamento dos cuidados RN e será a equipa de enfermagem a defini-lo. Os cuidados de higiene são efetuados em dias alternados (camas pares nos dias pares, e ímpares nos dias ímpares), assim sendo, os pais devem realizar a visita nos períodos da manhã no dia dos cuidados de higiene do seu bebé, e nos restantes dias no período da tarde.

A política de integração e envolvimento familiar nos cuidados da criança, também é visível em momentos como o acolhimento e a preparação para a alta. Na fase do acolhimento aos pais a equipa apresenta-se a si e à unidade, e explica as normas e regras de funcionamento, complementando esta fase com a entrega do guia de acolhimento. Também na preparação para a alta, existe um contacto com os pais, por forma a passar alguns ensinamentos. Aquando da passagem da criança para a sala de berços, existe uma grelha própria para registo dos ensinamentos para a alta e é entregue o guia de orientações para a alta.

Na unidade de cuidados intermédios neonatais é essencial estabelecer uma relação de parceria entre enfermeiro e a família do recém-nascido (RN), onde o enfermeiro identifica as competências que o RN já desenvolveu, encorajando os pais a uma participação ativa na prestação de cuidados ao RN, de acordo com a complexidade do seu estado de saúde e com a capacidade dos pais em assegurar os cuidados. Na prestação de cuidados do RN na unidade de cuidados neonatais, está preconizado o envolvimento dos pais nos cuidados de higiene, mudança da fralda, alimentação e conforto, permanecendo junto do RN durante o dia.

Tendo como base a evidência científica sobre o tema estabeleci como **objetivos específicos**:

- 1) Promover a vinculação e transição da parentalidade;
- 2) Desenvolver técnicas de comunicação adequadas com os pais/família;
- 3) Identificar as necessidades emocionais das famílias inerentes ao toque durante a hospitalização do RN.

Visando o cumprimento dos objetivos referidos, durante a minha permanência nesta unidade elaborei **cartões ilustrativos para colocação nas incubadoras e nos berços (Apêndice VII)**. Assim, implementei a promoção da vinculação através dos cartões ilustrativos, nomeadamente o toque suave, o falar para o bebé, dar colo, o aleitamento materno, a participação dos pais nos cuidados (muda da fralda, massagem suave, higiene, entre outros) e o contacto pele-a-pele (método canguru). Através do referido acima julgo ter alcançado as seguintes competências: **A2.1** Promove a proteção dos direitos humanos; **B3.1** Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo; **E1.1** Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; **E2.1** Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem

apropriados; **E3.2** Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais; .

As competências parentais não são inatas no ser humano, antes pelo contrário, são aprendidas e treinadas, pelo que o EEESIP tem um papel fundamental na promoção da aprendizagem parental e no suporte prestado aos mesmos durante o desenvolvimento da criança, durante o ciclo vital da família (Lopes, Lopes, Catarino & Dixe, 2010; Klock et al., 2019). A vinculação é fundamental para o saudável desenvolvimento do recém-nascido. Envolve um processo de mudança recíproco, pelo que a observação da interação entre os pais e o bebé é fundamental para aferir necessidade de intervenção por parte do EESIP (Hockenberry & Wilson, 2014)

O Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria assume um papel preponderante na minimização das possíveis consequências negativas resultantes da recente e inesperada separação, através da parceria de cuidados e da estimulação da vinculação segura, com a promoção do contacto RN e pais. Durante o período de estágio nos Cuidados Intermédios de Neonatologia, valorizei a **comunicação e interação com os pais**, promovendo igualmente o desenvolvimento da parentalidade e da vinculação entre pais e RN, através da orientação, apoio, demonstração, supervisão nos cuidados ao RN, promoção do aleitamento materno, do método de canguru e da massagem. Assim, numa ótica de reflexão sobre a comunicação e o seu desenvolvimento, elaborei um **diário de campo**, que teve por base a observação e análise de estratégias de comunicação expressiva das emoções (Apêndice VIII), através do mesmo desenvolvi as seguintes competências **E1.1**. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem, **E2.4**. Providencia cuidados à criança/jovem promotores de majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência **E3.2**. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso de recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.

Em momentos de promoção da parceria de cuidados ou esclarecimento de dúvidas dos pais sobre os cuidados ao RN, foi essencial, enquanto futura EEESIP, dominar **técnicas de comunicação** descritas por Hockenberry (2014) como encorajar os pais a falar sobre as suas preocupações, frustrações e medos; escuta ativa durante a entrevista; usar o silêncio para permitir que os pais expressem sentimentos e pensamentos; ser empático e fornecer orientações antecipatórias. As técnicas de comunicações facilitaram-me a adequação do discurso, linguagem e vocabulário à capacidade de compreensão e assimilação de conhecimentos pelos pais, adquirindo a competência **E3.3**. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura, **E3.4.1**. Facilita a comunicação expressiva das emoções.

5.4. Unidade de saúde familiar

Nesta Unidade de Saúde Familiar (USF) efetua-se a consulta de enfermagem de saúde infantil de forma estruturada, autónoma e individualizada, com, entre outros, a avaliação do desenvolvimento infantil e cuidados antecipatórios à criança, jovem e família, numa perspetiva de parceria de cuidados. A equipa de saúde tem como missão prestar cuidados de saúde personalizados, globais, equitativos e de qualidade, promovendo a participação e autonomia dos cidadãos.

Com vista ao desenvolvimento de competências preconizadas pela OE estabeleci como **objetivos específicos:**

1) Desenvolver habilidades e técnicas de comunicação adaptadas ao desenvolvimento da criança, do jovem e da sua família;

2) Identificar os motivos de procura de atendimento dos adolescentes que recorrem aos cuidados de saúde da USF e a oferta de cuidados disponível à população juvenil desta comunidade

3) Identificar os indicadores de saúde e objetivos de trabalho da unidade de saúde no que respeita à saúde da criança e do adolescente e sua família;

4) Integrar a equipa multidisciplinar, observar, colaborar, participar ativamente nas intervenções e atividades realizadas aos adolescentes pelos enfermeiros especialistas EEESIP.

De modo a desenvolver esses mesmo objetivos, foi-me proporcionado a participação nas intervenções realizadas nas consultas de saúde infantil, atendimento de jovens ou outras consideradas pertinentes, colaborando na transmissão de cuidados antecipatórios aos pais como promotores da parentalidade.

O enfermeiro desempenha um papel muito relevante na promoção da saúde individual, familiar e das comunidades, nomeadamente na área da saúde infantil e juvenil, com ganhos em saúde comprovados e reconhecidos (DR, 2014). É competência do EEESIP a prestação de "cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem" (OE, 2018, p. 19194), inserido na família e na comunidade.

Durante o estágio procurei **conhecer a dinâmica do serviço**, perceber os projetos existentes, e as necessidades sentidas, demonstrando disponibilidade para adaptar o meu projeto às mesmas. Realizei **observação participativa dos cuidados de enfermagem** prestados na consulta de saúde infantil e na sala de vacinação, em prol das necessidades da criança e família, tendo especial atenção a vigilância da saúde da criança; apoio e promoção do papel parental e de comportamentos saudáveis, facilitadores de um adequado desenvolvimento infantil (DI); evidência científica disponível/recomendações da DGS/OE, nomeadamente, o

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) vigente; e aspetos da emocionalidade envolvidos nas situações de cuidados. Prestei cuidados baseando-me nos princípios do cuidado holístico e humanizado, tendo presentes os princípios éticos e deontológicos e os pressupostos dos CCF, parceria de cuidados e CNT. Estive sensível e desperta para as necessidades emocionais dos clientes, e baseei a relação terapêutica nos princípios da relação de ajuda tendo especial atenção à comunicação com o cliente e aos pressupostos do modelo TEEP.

Uma das preocupações das EEESIP é o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV), se a idade de realização da vacina for coincidente com a consulta de saúde infantil e juvenil este é realizado no pós-consulta, indo ao encontro com o previsto no PNSIJ. Quando não coincide é realizada marcação prévia pelos pais ou caso não haja marcação as EEESIP entram em contato para a marcação da vacina quando esta está em atraso. No decorrer do estágio, com a supervisão da EEESIP, consultei o sistema informático para perceber que adolescentes do sexo masculino tinham a **vacinação do Vírus do papiloma humano (HPV)** em atraso e entrei em contato com os pais para perceber o porquê do atraso e com o objetivo de proceder ao seu agendamento.

Num contexto de pandemia de COVID-19, é ainda mais relevante relembrar a importância da vacinação recomendada no PNV. Ao partilhar informação sobre vacinas, os Enfermeiros salvam vidas e sensibilizam as pessoas sobre a importância das mesmas (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Segundo o PNSIJ é pretendido que se promova a imunização contra doenças transmissíveis, conforme o PNV (DGS, 2020).

Foi realizada uma apresentação enviada online aos pais dos adolescentes visando reforçar a importância da nova vacina HPV (Apêndices IX, X), administrada desde 2020 ao género masculino, e desta forma reforça a importância na sua adesão. **A adesão rondou os 95%, pelo que foram vacinados cerca de 100 adolescentes com a vacina do HPV.** Procedeu-se também à administração da vacina do Tétano para crianças com a vacina em atraso.

A participação na vigilância do cumprimento do PNV e a administração das vacinas alicerçou a consolidação de conhecimentos e permitiu desenvolver competências na promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil. A compreensão da importância das estratégias não farmacológicas no diagnóstico precoce e vacinação permitiu-me desenvolver as seguintes competências de EEESIP: **E1.2** Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, **E2.2** Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas e **E2.4** Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.

Foram implementadas medidas não farmacológicas para a dor, como a utilização do telemóvel, audição da sua música favorita durante o ato da vacinação e ainda, questionámos qual a sua música, comida e hobby favorito. Deste modo as emoções negativas foram minimizadas através da técnica da distração. Posto isto, considero ter desenvolvido competências de EEESIP: **E2.2.3.** "Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor" prevista no Regulamento n.º 422/18 através da implementação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor promovendo o conforto da criança e da família.

5.5. Serviço de urgência pediátrica

A emergência é uma fase muito complexa e envolta de um misto de emoções negativas, quer para a pessoa que está com o problema de saúde quer para as pessoas envolvidas neste processo, desde os pais ou cuidadores até aos profissionais de saúde.

Quando se está perante uma criança as emoções e sentimentos (revolta medo, stress, ansiedade e angústia) podem elevar-se ao extremo, atendendo à vulnerabilidade inerente a esta faixa etária e também devido à vivência de uma situação de risco pela criança/família. O ambiente das urgências pediátrica é fortemente marcado pelas emoções, podendo estas ser muito fortes quando estamos perante processos de doença aguda, uma vez que estas normalmente implicam o internamento da criança numa unidade de observação ou num serviço de internamento. Como fator potenciador deste evento, temos ainda o facto de o ambiente hospitalar ser encarado como algo perturbador.

Por forma a minimizar o sentimento de perturbação, o **acolhimento tem de ser humanizado** e uniformizado por parte de toda a equipa de enfermagem, encarando a família como parceira nos cuidados. Este acolhimento permite o empoderamento da família, atuando como estratégia de coping.

Face ao anteriormente exposto, e após pesquisa da evidência científica e constatação das características e necessidades do contexto, trabalhei as questões da comunicação e intervenção de enfermagem na gestão da emocionalidade do adolescente enquanto gestor do stress. Neste âmbito, defini como **objetivos específicos**:

- 1) Identificar as estratégias de comunicação que os Enfermeiros integram na relação de cuidados com a criança/adolescente e família na urgência pediátrica;
- 2) Desenvolver estratégias de enfermagem promotoras da gestão do stress no adolescente.

Como anteriormente referido, a comunicação é parte essencial e imprescindível do cuidar em enfermagem.

Uma situação que ilustra o referido, ocorreu com uma adolescente de 17 anos, quando lhe foi explicado que, decorrente do atropelamento ocorrido junto à sua casa, o possível diagnóstico médico poderia ser um traumatismo crânio encefálico, motivo pelo qual se justificava a realização de um exame complementar de diagnóstico para confirmação. Neste âmbito, foi explicado ao adolescente em que consistia o exame, qual o tempo de duração e o que podia esperar do mesmo, por forma a que o adolescente se sentisse envolvido nos cuidados possibilitando assim estabelecer uma relação terapêutica, conferindo-lhe um papel centrado nos cuidados prestados. A atividade exposta evidencia o cumprimento do objetivo promover o crescimento e o desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e família e coaduna-se com as unidades de competência **E1.1** Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem, **E2.4** Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência e **E3.1** Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Enquanto futura EEESIP, procurei também observar de modo a descrever situações de cuidados que retratam cada categoria do Modelo TEEP, levando assim a uma **análise reflexiva : Registos de diagnósticos de enfermagem relacionados com as repostas emocionais da criança e família** (Apêndice XI).

Através da realização desta atividade, bem como da reflexão por ela despoletada, foi possível mobilizar as seguintes competências de EEESIP **E2.4** Providencia cuidados à criança/jovem promotores de majoração dos ganhos de saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; **E3.3** "Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

Neste âmbito, considerei relevante discutir a importância do trabalho emocional com toda a equipa de enfermagem, pelo que **realizei uma formação sobre o que é o modelo TEEP** (Apêndice XIII, XIV), para o qual foi elaborado um **plano de sessão da formação** (Apêndice XII) e a formação foi feita presencialmente e por via zoom, incrementando a adesão de toda a equipa de enfermagem. Através da realização desta atividade, bem como da reflexão por ela despoletada, foi possível mobilizar uma **competência comum do Enfermeiro Especialista**, na medida em que fui facilitadora da aprendizagem, em contexto de trabalho, atuando como formadora, diagnosticando necessidades formativas, favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, suportadas em evidência científica (Regulamento no 140/2019). Deste modo, também promovi o desenvolvimento de **competências específicas de EEESIP** ao nível da gestão de um plano de

saúde, em parceria, promotor “da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Regulamento no 422/2018, p. 19193).

6. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

As experiências formativas decorrentes da prática promovem a aquisição de conhecimentos assentes na intencionalidade, no raciocínio e na habilidade de tornar decisões em ações. Esses elementos fundamentais, conforme mencionados por Alarcão et al. (2005), desempenham um papel crucial no desenvolvimento das competências resultantes de uma abordagem reflexiva na prática educacional.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015), a competência é conceptualizada como um conjunto de saberes que estão intrinsecamente relacionados com a formação de base e a experiência adquirida ao longo do tempo, nomeadamente a nível profissional. É caracterizada por um conhecimento abrangente, que envolve a mobilização e combinação de diversos elementos, como conhecimentos teóricos, habilidades práticas, atitudes e recursos externos, aplicados de maneira apropriada a contextos específicos. Além disso, a competência abrange a habilidade de ajustar a abordagem diante de situações complexas, demonstrando uma capacidade de adaptação (OE, 2015).

Com base nestas premissas, os subcapítulos que se seguem terão como foco a reflexão e análise das experiências formativas e o consequente desenvolvimento das competências de mestre, comuns e especialista do enfermeiro.

6.1 Competências comuns de EE

A descrição e reflexão apresentada no capítulo 5, relativamente aos diversos contextos de estágio, permitiu o desenvolvimento de competências no domínio da **responsabilidade profissional**, através de uma prestação de cuidados holísticos, tendo por base os princípios éticos e deontológicos, presentes no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que orientaram os processos de tomada de decisão e o assegurar de práticas promotoras da humanização, do respeito pela dignidade e direitos humanos. Foram garantidos o respeito pelos valores, crenças e costumes dos adolescentes e da sua família.

Durante a prestação de cuidados mantive a preocupação de conhecer cada criança e a sua família, procurei ouvi-os e solicitei a sua colaboração em todas as intervenções durante a sua permanência na unidade de saúde, estabelecendo assim uma parceria de cuidados.

Estive atenta às necessidades emocionais de cada criança e das suas famílias, assentando a minha relação terapêutica nos princípios da relação de ajuda, por meio da comunicação e atendendo à particularidade de cada criança.

Com as experiências formativas ao longo dos contextos de estágio, desenvolvi competências no domínio da **melhoria contínua da qualidade**, através da procura de conhecimento sobre os diferentes contextos e sobre as normas implementadas em cada serviço, e as recomendações mais atualizadas emanadas pela ordem dos enfermeiros e direção geral de saúde. Pude também contribuir para a promoção da melhoria contínua ao realizar sessões de formação nos diversos contextos de estágio (Apêndice XII, XIII, XIV). Na descrição e reflexão fica patente que todas as atividades por mim desenvolvidas promoveram uma experiência emocional positiva ao adolescente e às suas famílias, promovendo um ambiente físico, cultural, psicossocial, garantindo assim a segurança e bem-estar dos mesmos (Apêndices IV, V, VII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV).

No domínio da **gestão de cuidados**, no âmbito do desenvolvimento de competências de mestre e de especialista, procurei durante os estágios gerir os cuidados de enfermagem no sentido de melhorar a intervenção de enfermagem e da equipa de saúde multidisciplinar, junto da criança, adolescente e da respetiva família. Para o desenvolvimento dessas competências no domínio da gestão dos cuidados desenvolvi várias atividades.

A principal atividade que desenvolvi foi a realização de uma **sessão de formação em serviço sobre o modelo TEEP**. Após avaliar as necessidades em saúde do serviço e refletir sobre elas, pude identificar que a dimensão emocional dos cuidados de enfermagem é desvalorizada tanto pelos colegas como pela instituição em si. Em conversa com os colegas, no sentido de **aprofundar esta temática**, pude perceber que esta desvalorização acontece em parte pelo facto de ser uma temática que é ignorada no curso base de enfermagem. No entanto, pude também verificar que por parte dos enfermeiros especialistas existe uma maior sensibilização para a temática da emocionalidade vivência pelo nosso alvo de cuidados.

Neste sentido considerei pertinente realizar uma sessão de **formação** junto da equipa de enfermagem, para evidenciar junto dos meus colegas, que os processos de saúde-doença manifestados pelas crianças, adolescentes e das suas famílias, frequentemente encontram-se interligados com uma vivência emocional profundamente intensa. Simultaneamente a este processo, cabe aos enfermeiros, que também experienciam essa emocionalidade do processo de saúde-doença, na sua prestação de cuidados, trabalhar as emoções em três frentes: no cliente, na família e no enfermeiro (Diogo, 2015).

Com esta atividade, consegui fomentar um ambiente positivo e favorável à prática de enfermagem, usando processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática.

Para além deste momento formal de troca de informações, identifiquei outros momentos propícios para a formação em serviço, nomeadamente nas passagens de turno. Nestes momentos de carácter menos formal, em que a equipa se junta para transmissão de informação clínica dos cuidados prestados, procurei questionar práticas levadas a cabo pelos enfermeiros no turno anterior.

Esta ação teve o propósito de estimular uma discussão crítica no seio da equipa e assim, puder dar o meu contributo como enfermeira mestranda e futura especialista, como outro *background* formativo e profissional, sobre qual a melhor maneira de garantir a excelência de cuidados prestados, atendendo à última evidência científica.

Um resultado inesperado desta atividade, foi o reconhecimento por parte dos meus pares na colaboração da tomada de decisões. Relembro uma situação de cuidados, que ocorreu no estágio em contexto de urgência, onde devido à elevada afluência e à escassez de tempo do enfermeiro empregue na construção de uma relação terapêutica cliente-enfermeiro-família, os procedimentos dolorosos frequentemente constituem um momento emocionalmente negativo para a tríade. Nessa situação, uma criança com uma doença crónica, com várias idas ao serviço de urgência, teria de ser novamente puncionada para colheita de sangue. A colega responsável pelo doente, ao explicar-me a história clínica dessa criança, expressou a frustração que sente sempre quando cuida deste cliente. A frustração, segundo a colega, tem haver com o facto de o doente associar a enfermeira a algo doloroso.

Arrogando-me do meu conhecimento profissional e teórico, solicitei à colega que me deixasse assumir o cuidado prestado àquela criança.

Numa abordagem inicial, procurei estabelecer uma relação terapêutica junto da criança e da sua família. Conversar sobre os seus gostos. Com esta abordagem inicial pude ganhar a confiança da criança e aliviar a tensão sentida pelos pais com a vinda do filho ao serviço de urgência.

Não perdendo o foco do objetivo do estabelecimento daquela relação, expliquei à criança que a teria de puncionar. Antecipando uma reação de recusa da criança, referi que desta vez iríamos fazer esse procedimento de forma diferente, onde era ela que iria puncionar também o teddy.

A atividade de brincar tem sido reconhecido como uma estratégia eficaz para reduzir o stresse e aliviar a dor em crianças durante intervenções dolorosas (Aslan & Erci, 2022). Perante a curiosidade da criança, permiti à criança brincar com uma seringa e um boneco de peluche, simulando o procedimento que iria realizar depois. Esta abordagem teve três *outcomes* positivos. Primeiro, a estimulação do brincar como estratégia. Segundo, a redução do stress sentido pelos pais ao verem novamente o seu filho a ser exposto a um novo procedimento doloroso. E por último, a estimulação do uso desta técnica junto da restante equipa, como ação a desempenhar para situações emocionalmente semelhantes.

Com estas atividades desenvolvidas, pude gerir os cuidados, adequando os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados, otimizando a resposta da equipa e conseqüentemente desenvolver competências no domínio da gestão de cuidados

Relativamente ao **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, adquiri

competências neste domínio através de uma prática reflexiva e baseada na evidência mais atualizada, que permitiu desenvolver uma relação terapêutica com os adolescentes e as suas famílias. A elaboração de sínteses refletivas sobre as vivências em local de estágio (Apêndices III, IV, VII,) contribuíram para robustecer o meu pensamento crítico-reflexivo associado à tomada de decisão. Ainda em relação a este domínio, gostaria de realçar as competências desenvolvidas no âmbito da responsabilidade relativamente à promoção da aprendizagem como formadora em contexto profissional, através de sessões de formação (Apêndices XII, XIII, XIV) sendo estas de extrema importância para aquisição de conhecimento, através da partilha da evidência científica atual.

6.2 Competências específicas de EEESIP

O processo formativo de aprendizagem forneceu-me saberes e habilidades para posteriormente em contexto de estágio desenvolver as competências específicas do EEESIP. De seguida irei abordar as várias competências e, conseqüentemente, as atividades desenvolvidas para concretizar esses mesmos objetivos.

Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

Neste domínio destacam-se as competências relacionadas com a implementação e gestão, em parceria com a criança e a sua família, de um plano de saúde, promotor da parentalidade e do diagnóstico precoce e intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança.

Para a aquisição das competências, estabeleci uma relação terapêutica com os clientes, assente numa prestação de cuidados holística e humanizada, respeitando os princípios dos CCF e da parceria de cuidados, através do envolvimento da família, da sua capacitação, da negociação e da partilha na tomada de decisão.

A relação terapêutica estabelecida e os aspetos de comunicação tornaram-se cruciais para a identificação de situações que comprometiam, nomeadamente na temática deste relatório, o bem-estar emocional dos clientes (Apêndices IV, V, VII, VIII, XI, XIII). Esta identificação revelou-se fundamental para que pudesse, em parceria com a criança e a sua família, identificar estratégias para capacitar as mesmas de mecanismos de *coping*, que lhes permitissem gerir a sua emocionalidade, vivendo a experiência de hospitalização de forma mais positiva possível (Apêndices VII).

Além disso, foram ainda realizadas outras atividades que visam a educação para a saúde e a promoção do papel parental (Apêndices VII).

Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

Neste domínio destacam-se as competências relacionadas com a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, através da otimização da intervenção de enfermagem e a promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, deficiência/incapacidade. Contribuíram ainda para o desenvolvimento deste domínio todos os cuidados terem sido prestados atendendo à dimensão holística e humana, centradas nas necessidades identificadas com vista a promover o bem-estar global do cliente e o desenvolvimento de estratégias de coping/adaptação à situação de doença e hospitalização, tomando particular atenção às questões relacionadas com a promoção da esperança. (Apêndices X, XII).

Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Neste domínio destacam-se as competências relacionadas com a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, a promoção da vinculação, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais, e a comunicação com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

Para a aquisição destas competências, destaco o estágio realizado na USF e na consulta de Desenvolvimento Infantil, que me permitiu aprofundar e consolidar os meus conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil, sobre a utilização de instrumentos de avaliação do desenvolvimento, nomeadamente através da utilização da escala de desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada e sobre as estratégias potenciadoras do desenvolvimento do cliente (Apêndices IX).

Além disso, todos os contextos permitiram perceber a importância da educação para a saúde, com foco nos cuidados antecipatórios e da promoção da parentalidade como vetores essenciais do DI. Em relação à comunicação com a tríade, gostaria de enfatizar o desenvolvimento de competências de comunicação com a criança e família, adequadas à idade e estágio de desenvolvimento, e emocional e culturalmente sensíveis (Apêndices IV, V, VII, VIII, IX, XI, XIII)

Além do já referido, e sendo o meu tema relacionado com as necessidades emocionais do adolescente e família, há também a referir que sempre criei momentos/intervenções e condições promotoras da comunicação expressiva das suas emoções.

6.3 Competências de mestre

Todas as atividades realizadas no percurso formativo, concorreram para o desenvolvimento de competências de mestre, por forma a dar cumprimento ao definido no Decreto-Lei n.º 65/2018, no artigo 15.º.

A diversidade de contextos de estágios capacitou-me com um conhecimento geral das áreas envolvidas, permitindo uma **evolução dos meus conhecimentos e elevando a minha capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas.**

A evolução do meu conhecimento permitiu a procura de **soluções e estratégias de resposta a questões complexas**, refletindo sobre o problema e tentando minimizar o impacto das situações mais negativas.

No decurso dos estágios desenvolvi a **capacidade de comunicação** com as diversas equipas multidisciplinares, **apresentando algumas conclusões** sobre as situações que careciam de análise e o raciocínio que sustentava as minhas conclusões.

A necessidade de aprofundar os conhecimentos nas áreas de contexto de estágio, incutiu em mim o **desejo de pesquisa continua** procurando por um lado a evidência científica mais atual e por outro **adquirir conhecimentos que permitam melhorar as competências por forma a prestar um cuidado de excelência.**

Todas as competências adquiridas ao longo dos estágios realizados, serão a base sustentada para o meu crescimento enquanto pessoa e profissional.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste relatório utilizei uma metodologia crítica, descritiva e reflexiva sobre as práticas de cuidados que desenvolvi no âmbito da aquisição de novas competências do EEESIP. Para a aquisição destas competências, implementei ao longo do contexto ensino clínico atividades de forma a dar resposta aos objetivos definidos no projeto. As atividades detalhadas neste relatório, foram analisadas de acordo com uma reflexão escrita, onde pude identificar e posteriormente implementar, estratégias utilizadas pelo EE na gestão emocional da criança, adolescente e das suas famílias, sempre sustentadas pela mais recente evidência científica e pelos referenciais teóricos de Betty Neuman, Jean Watson, nos CCF, nos CNT e no modelo TEEP.

Chegado a este capítulo final, posso afirmar que o enfermeiro constitui um pilar importante no processo da gestão de emoções. Como ficou espelhado ao longo do documento, o enfermeiro através da sua intervenção especializada, é capaz de estabelecer uma parceria de cuidados com o adolescente e a sua família, com a finalidade terapêutica de gerir o sofrimento e as experiências emocionalmente negativas vivenciadas durante o período de hospitalização.

Durante este processo formativo, fiquei desperta para a importância da pesquisa nas bases de dados da mais recente evidência científica e da translação desse conhecimento para a prática, sempre ancorada nos referenciais teóricos de enfermagem.

Com base neste racional e com o objetivo de proporcionar o melhor cuidado possível, procurei, em todos os locais de estágio, centrar as minhas intervenções na família, através da capacitação destes elementos da tríade. Ao proporcionar condições para empoderar a família, nomeadamente na promoção de um ambiente seguro e afetuoso e capacitando-a a conhecer e gerir as suas emoções, pude constatar que esta parceria favorece o alívio do sofrimento sentido durante a hospitalização, através da transformação positiva da emocionalidade.

Ao longo do meu percurso académico, foi evidenciado que o espaço físico é um fator que influencia de forma relevante a experiência da hospitalização, e o que verifiquei no decurso dos estágios que realizei, é que não há uma consciencialização da necessidade de um espaço físico individualizado e adaptado à faixa etária dos adolescentes, pois estes muitas das vezes, partilham o mesmo quarto com RN e/ou crianças. Esta partilha do espaço físico acaba por influenciar negativamente a hospitalização do adolescente, dado que as necessidades entre a faixa etária dos adolescentes e RN/crianças são radicalmente diferentes, necessitando o adolescente de um lugar que garanta a sua privacidade e conseqüentemente o seu conforto.

Como futura enfermeira especialista, pretendo levar estes saberes e competências adquiridas para o meu contexto profissional de forma a sensibilizar e a consciencializar a equipa multidisciplinar para a importância da formação continua sobre a gestão das emoções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto*. 14(3), 373-382. Acedido a 11/11/2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>.
- Andrade, K.C.S., Freitas, F. F. Q., Marques, D. K. A., Lucena, A. L. R., Costa, K. N. F. M., Costa, M. M. L. (2015). Comunicação terapêutica: instrumento básico do cuidado em crianças hospitalizadas. *Revista enfermagem UFPE on line*. 9(11), 9784-9792.
- Aslan, H., & Erci, B. (2022). The effect of playing games with toys made with medical materials in children with cancer on pain during intravenous treatment. *Palliative & Supportive Care*, 20(1), 84-93.
- Baptista, A., Quintas, C., Baltar, P., Alves, R., Lavrador, V. & Silva, T. D. (2020). O Jovem. In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1º ed., 193-216). Lidel.
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina - Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13, 11-18.
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2020). Modelos de cuidados em Saúde Infantil e Pediatria. In L. Ramos, & M. Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (3/ pp. 28-32). Lidel.
- Damásio, A. (2013). *O Sentimento de Si Corpo, Emoção e Consciência*. Temas e Debates
- Damásio, A. (2017). *A Estranha Ordem das Coisas – A Vida, os Sentimentos e as Culturas Humanas*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Dahli, M. P., Brekke, M., & Haavet, O. R. (2017). A qualitative assessment of adolescents' attitudes to health and seeking help for health-related problems. *European Journal for*

Person Centered Healthcare, 5(3), 324-328.

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

Diogo, P. (2015 a). Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica - Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (2.^a ed.). Loures: Lusodidacta.

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2015 b). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. (13), 43-52.

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: o enfermeiro enquanto gestor emocional. Pensar Enfermagem. 20 (2), 26-47.

Diogo, P. (coord.). (2017 a). Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem. Loures: Lusodidacta.

Diogo, P. (2017 b). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. Pensar Enfermagem. 21(1), 20-30.

Diogo, P. & Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma revisão Scoping. Revista Pensar Enfermagem, 23(1), 21-40.

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

Diogo, P. (2019 a). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática. 2.^a versão revista. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista supervisor In P. Diogo, Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem (pp. 149-194). Loures: Lusodidacta. Junho 2022.

Diogo, P., Mendonça, T. (2019 b). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma revisão

scoping. *Pensar Enfermagem*. 23(1), 21-40.

Diogo, Paula. *Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica*. Lisboa, Portugal: Lisbon International Press. 2023.

Direção-Geral da Saúde (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2019). *Regulamento de mestrado em enfermagem e cursos de pós-licenciatura de especialização*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Esteves, A., Melo, L., Sabino, A., Silva, M., Cristino, J. & Rocha, E. (2021). O brincar no hospital: Uma self de enfermeiros que atuam em unidade pediátrica. *Revista Enfermagem e Atenção à Saúde*, 10(1), 1-12. <https://doi.org/10.18554/reas.v10i1.3938>

Fernandes, A. (2020). Cuidados Atraumáticos e Dor em Pediatria. In Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Eds). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 40-55). Lidel.

Figueiredo, M., & Martins, M. (2009). Avaliação Familiar: Do Modelo de Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 3.

Figueiredo, Â. M. S., Almeida, C. M. S., Santos, M. M. O., & Carneiro, C. F. (2015). Vivências dos adolescentes durante a hospitalização num serviço de pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(6), 105-114.

Gobbi, G. (2021). Parental Death During Adolescence: A Review of the Literature. *Omega*, 302228211033661-302228211033661.

Guerrini Usubini, A., Cattivelli, R., Bertuzzi, V., Varallo, G., Rossi, A. A., Volpi, C., ... & Sartorio, A. (2021). The actyourchange in teens study protocol: an acceptance and commitment therapy-based intervention for adolescents with obesity: a randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6225.

Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2014). Wong. Enfermagem da criança e do adolescente. (9a ed) Loures: Lusociência.

Hockenberry, M.J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In Hockenberry, M.J., Wilson, D. (2014). Wong. Enfermagem da criança e do adolescente. (9a ed) Loures: Lusociência.

Hockenberry, M.J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M.J., Wilson, D. (2014). Wong. Enfermagem da criança e do adolescente. (9a ed) Loures: Lusociência.

Instituto de Apoio à Criança. Carta da Criança Hospitalizada. 4a Ed. Maio de 2008. Disponível em https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf.

Instituto de Apoio à Criança. Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários. 1a Ed. Abril de 2021. Disponível em <https://iacrianca.pt/en/2021/05/carta-da-crianca-nos-cuidados-de-saude-primarios/>

Instituto de Apoio à Criança. (2008). Carta da Criança Hospitalizada (4aed.). Lisboa: IAC.

International Council of Nurses (2015). CIPE® Versão 2011 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. Ordem dos Enfermeiros.

Kahya, Y., & Munguldar, K. (2023). Difficulties in emotion regulation mediated the relationship between reflective functioning and borderline personality symptoms among non-clinical adolescents. *Psychological reports*, 126(3), 1201-1220.

Kep, E. M., Mat, S., Nugraha, E., Pratiwi, N., Lathifah, A., Nurrahmawati, D., ... & Turjanah, E. (2021). Psychological Impact of Unwanted Pregnancy on Adolescents: A Literature Review. *Journal of Nursing Care*, 4(3).

Klock, P., Buscher, A., Erdmann, A. L., Costa, R. & Santos, S. V. (2019), Melhores práticas na gerência do cuidado de enfermagem neonatal. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28, p. 1-14.

Lawson, T. G. (2014). Betty Neuman: Systems Model. In Alligood, M. R. (Eds.) *Nursing theorists*

and their work (8^a ed, pp. 281-302). Missouri, USA: Elsevier Inc.

Lei n.º 156/2015 (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro. Assembleia da República. Diário da República, I Série (N.º 181 de 16-09-2015), 8059–8105.

Lei n.º 140/2019 (2019). Regulamentação de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado pelo Decreto-lei n.º 140/2019, de 06 de Fevereiro. Assembleia da República. Diário da República, II Série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750.

Lowry, L. W. & Aylward, P. D. (2015). Betty Neuman's System Model. In Smith, M. & Parker, M. (Eds.), *Nursing Theories and Nursing Practices*. (4^a ed, pp. 165-184). Philadelphia, USA: F. A. Davis Company. Recuperado de :<http://docshare03.docshare.tips/files/26827/268274013.pdf>.

Lopes, M. (2001). *Concepções e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e Implicações* (2.^a Ed). Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Lopes, M. S. O. C., Lopes, F. O. C. F., Catarino, H., & Dixe, M. A. (2010). Parentalidade nos primeiros três anos da criança: Stress e coping auto relatados pelos pais.

Meentken, M. G., Van Beynum, I. M., Legerstee, J. S., Helbing, W. A., & Utens, E. M. (2017). Medically related post-traumatic stress in children and adolescents with congenital heart defects. *Frontiers in Pediatrics*, 5, 20.

Mendes, M. G. S. R., Martins, M. M. F. P. S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. n.º 6, 113-121.

Netto, L, Silva, K. L., Rua, M. S. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Escola Anna Nery*. 22(1), 1-6.

Ödling, M., Jonsson, M., Janson, C., Melén, E., Bergström, A., & Kull, I. (2020). Lost in the transition from pediatric to adult healthcare? Experiences of young adults with severe

asthma. *Journal of Asthma*, 57(10), 1119-1127.

Ogubuike, C. (2021). Adolescents' Perception, Practice and Coping Strategies during COVID-19 Pandemic in Rivers State, Nigeria. *International Journal of Pathogen Research*, 6(2), 17-27.

Ordem Dos Enfermeiros [OE]. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*.

Acedido a 12/9/2022, disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadrosqualidadecuidadosespecializadosenfermagensaudecriancajovem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (16 de setembro de 2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE - Lei nº156/2015*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2014). *Health for the World's Adolescents: A second chance for the second decade*. Recuperado de <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html>.

Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S., Diogo, P. (2010). *Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar. Analisando Cuidados de Enfermagem em contexto de Internamento de Pediatria*. *Pensar Enfermagem*. 14 (1), 24-38.

Queirós, P. J. P. (2017). *Enfermagem de Prática Avançada. Ir ao cerne da questão*. *Revista*

Sinais Vitais. 18 (2a série).

Regulamento nº 351/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República, II Série, nº119/15. <https://dre.pt/application/conteudo/67552235>.

Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, 2.ª Série (N.º 119 de 22-06-2015), 16660-6665.

Regulamento no 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.a série, (N.o 133), 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/115685317>.

Regulamento no 140/2019 de 6 de Fevereiro. (2019). Diário da República no 26/19, II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/file/a/119189160>.

Salvador, M. S., Gomes, G. C., Oliveira, P. K., Gomes, V. L. O., Busanello, J., Xavier, D. M. (2015). Estratégias de famílias no cuidado a crianças portadoras de doenças crónicas. *Texto Contexto Enfermagem*. 24(3), 662-669.

Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 1025-1060). Lusociência.

Schön, D. (1987). *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the profession*. São Francisco: Jossey-Bass.

Silva, C., Schmidt, F., Grigol, A. & Schultz, L. (2020). O enfermeiro e a criança: A prática do brincar e do brinquedo terapêutico durante a hospitalização. *Ciências Biológicas e da Saúde*, 41(1), 95-106. <http://doi.org/10.5433/1679-0367.2020v41n1p95>.

Smith, J., Swallow, V. & Coyne, I. (2014). Involving Parents in Managing Their Child's Long-Term Condition—A Concept Synthesis of Family-Centered Care and Partnership-in-Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 30, 143–159.- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2008).

Adolescents' coping with stress: development and diversity. *Prevention Researcher*,15,3-7.
Recuperado de https://www.pdx.edu/sites/www.pdx.edu.psy/files/media_assets/7_Zimmer

Gembeck_Skinner_AdolCoping_PreventionResearcher.pdf.

Smith, P. (2012). *Emotional labour of nursing revisited: Can nurses Still Care?* (2a ed.). Hampshire: Palgrave Macmillan.

Thanalingam, Y., Langridge, F., Gordon, I., Russell, J., Muir, C., & Hamm, L. M. (2022). Strategies and tools to aid the transition between paediatric and adult health services for young adults with neurodevelopmental disorders: a scoping review protocol. *BMJ open*, 12(11), e065138.

Watson, J. (2012). *Human caring science: A theory of nursing* (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.

Watson, J. (2018). *Unitary caring science: The philosophy and praxis of nursing*. University Press of Colorado.

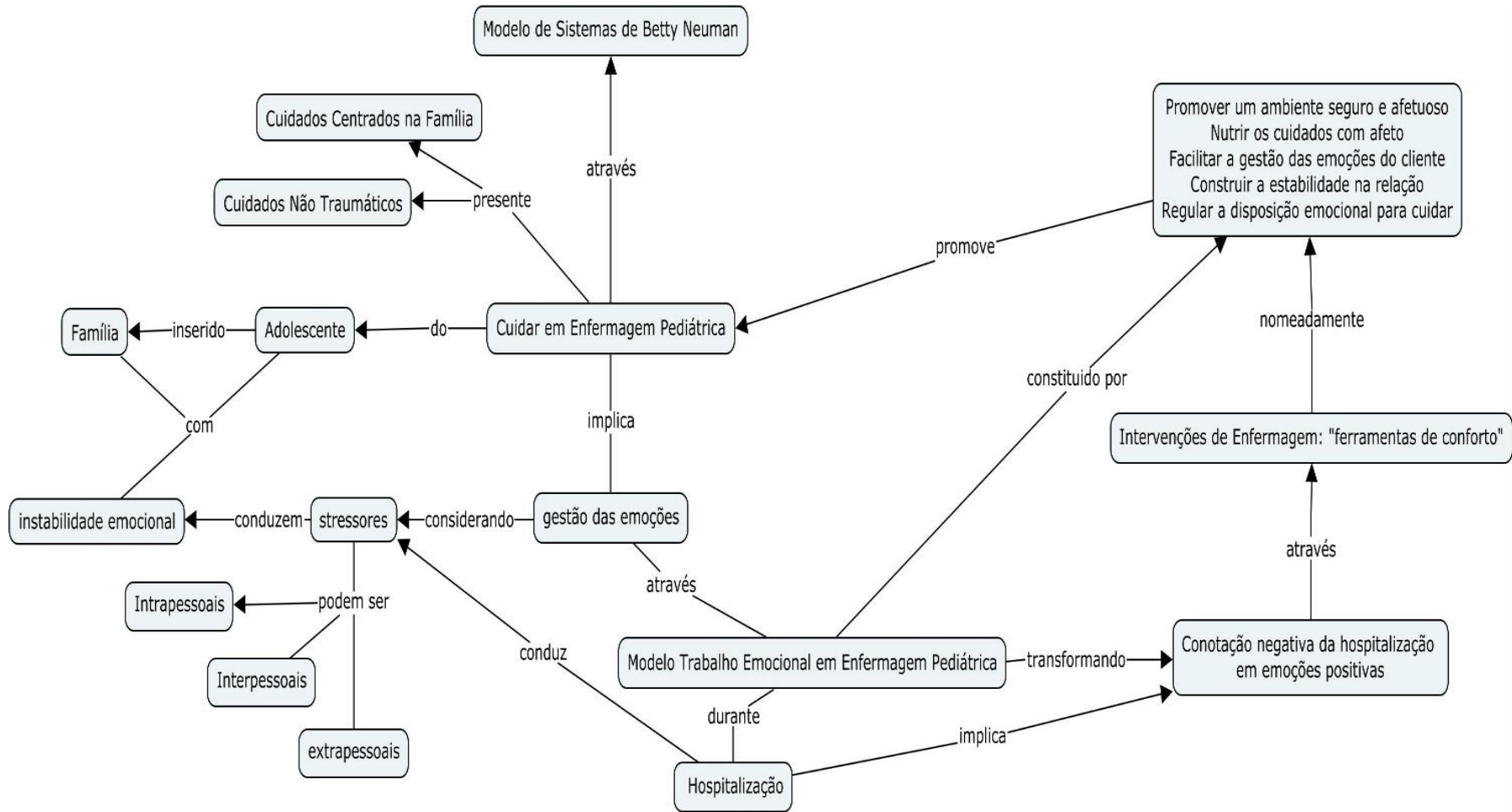
Winer, J. M., Yule, A. M., Hadland, S. E., & Bagley, S. M. (2022). Addressing adolescent substance use with a public health prevention framework: the case for harm reduction. *Annals of medicine*, 54(1), 2123-2136.

Zvonareva, O., Witte, S., Kabanets, N., & Filinyuk, O. (2021). Adolescents in a tuberculosis hospital: Qualitative study of how relationships with doctors, caregivers, and peers mediate their mental wellbeing. *PLoS One*, 16(10), e0257379.

APÊNDICES

APÊNDICE I – MAPA CONCPETUAL

MAPA CONCEPTUAL



APÊNDICE II- CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

Meses	Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Março				Abril				Maio							
Dias	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	1	8	15	22	29	6	12	19	26	3	10				
Dias	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	11	18	25	2	9	16	23	7						
Semanas	Dia 2 – Entrega do projeto	Dia 9 – Classificação do projeto	Dia 16 – Ent. Reformulação projeto	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	Férias de Natal				5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	Férias de Carnaval				11 ^a	12 ^a	13 ^a	14 ^a	15 ^a	Férias da Páscoa		16 ^a	17 ^a	Elaboração Do Relatório	Entrega do Relatório
Consulta de desenvolvimento Infantil																																
Internamento																																
Neonatologia																																
USF																																
Urgência Pediátrica																																

**APÊNDICE III - GUIA ORIENTADOR DE ATIVIDADES DE
ESTÁGIO**



**11.º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica:
Intervenções promotoras de uma experiência positiva e de
desenvolvimento no adolescente hospitalizado**

Guia Orientador das Atividades de Estágio



Docente: Professora Doutora Paula Diogo

Ana Rita Santos Ferreira

Nº9563

LISTA DE SIGLAS

CCF-Cuidados Centrados na Família.

DGS – Direção Geral de Saúde.

EESIP-Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria.

ESEL - Escola Superior de Enfermagem Lisboa.

IP- Internamento de Pediatria.

LVT – Lisboa e Vale do Tejo.

SUP- Serviço de Urgência Pediátrica.

TE-Trabalho Emocional.

TEEP-Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

UC – Unidade Curricular.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
1.1 Cuidar do adolescente hospitalizado	6
1.2 Experiência emocional no adolescente hospitalizado	8
1.3 Potenciar a experiência positiva e de desenvolvimento no processo de cuidados .	10
2. CONTEXTOS DE ESTÁGIO	12
2.1 Consulta de Desenvolvimento	12
2.1.1 Descrição de contexto	12
2.1.2 Objetivos e atividade	14
2.1.3 Competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica.....	15
2.2 Neonatologia.....	15
2.2.1 Descrição do contexto	15
2.2.2 Objetivos e atividades	18
2.2.3 Competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica.....	19
2.2.4 A importância do “toque” nos bebês pré-termo	19
2.3 Unidade de Saúde Familiar	23
2.3.1 Descrição do contexto	23
2.3.2 Objetivos e atividades	23
Atividades.....	24
2.3.3 Competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica.....	24
2.4 Serviço de Urgência Pediátrica.....	24
2.4.1 Descrição do Contexto	24
2.4.2 Objetivos Específicos e atividades	26
2.4.3 Competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	27

INTRODUÇÃO

A hospitalização é por si só um momento que engloba níveis elevados de stress, medo, ansiedade e angústia, não só para o adolescente, mas também para sua família.

Quando a hospitalização ocorre, todas as emoções e sentimentos experienciados aumentam exponencialmente, não só pela concepção comum da vulnerabilidade inerente a esta faixa etária, mas também pela vivência de uma situação nova e de risco pelo adolescente e pelos seus familiares mais próximos.

Outro fator que influencia esta experiência da hospitalização é o facto dos internamentos pediátricos não se encontrarem preparados para esta faixa etária da adolescência, pois muitas das vezes são colocados em quartos partilhados com latentes ou crianças, que choram durante o dia ou noite e emocionalmente o adolescente não consegue ter o seu canto e as suas rotinas, não permitido privacidade ao adolescente.

Emoção é definida enquanto “processo psicológico: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stress ou com a doença” (ICN, 2015 citado por Diogo, 2019, p. 5). Damásio (2000) define as emoções como “conjuntos complexos de reações químicas e neurais, formando um padrão; todas as emoções têm algum tipo de papel regulador a desempenhar, (...), e o seu papel é auxiliar o organismo a conservar a vida” (p.74). As emoções são entendidas como exercendo um papel de extrema importância na vida de qualquer pessoa, tornando-se fundamental saber geri-las (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010).

O presente guia orientador de atividades realizadas em estágio no âmbito do 11º curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, encontra-se inserido no projeto, com o título: Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: “Intervenções promotoras de uma experiência positiva e de desenvolvimento no adolescente hospitalizado”.

Optei por esta temática após refletir sobre a minha prática profissional e identificar que umas das minhas preocupações é otimizar o bem-estar do adolescente hospitalizado. Nesse sentido, realizei este trabalho de forma a conhecer qual a evidência científica mais recente deste tema e conseqüentemente implementá-la nos contextos de estágio e no meu contexto profissional.

Enquanto futura EEESIP, considero ter um papel primordial na gestão das emoções. O enfermeiro contribui através do trabalho emocional para transformar as emoções negativas ou menos positivas em emoções positivas e, conseqüentemente, modificar essas atitudes de forma a tranquilizar e proporcionar o bem-estar da criança, adolescente e das suas famílias.

Na implementação do meu projeto, realizei os meus ensinamentos clínicos nos seguintes contextos de estágio: consulta de desenvolvimento, neonatologia numa maternidade, numa

USF, urgência pediátrica e internamento de pediatria em hospitais da zona metropolitana de Lisboa.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Cuidar do adolescente hospitalizado

A adolescência é uma fase de desenvolvimento caracterizada por grandes transformações e instabilidade, que perante a hospitalização e situação de doença, pode existir desequilíbrio para a sua vida, desencadeando sentimentos e reações no adolescente que dificultam a comunicação e relação com os profissionais de saúde (Branco et al., 2009).

Podemos referir que a necessidade de hospitalização de uma criança é um evento traumático para a criança e para a sua família ou cuidadores. As crianças são afastadas do seu ambiente familiar, afetivo e social. O ambiente hospital é visto pela criança como um local que ela não gosta, sentindo-se perdida e assustada. Para as famílias este momento é uma situação muito complicada emocionalmente, em que os pais se sentem impotentes pois não conseguem resolver o problema dos seus filhos, têm dúvidas que os técnicos de saúde irão resolver o problema dos seus familiares, ou seja, vivem um momento de grande stress (Darbyshire, 1993; Dionísio e Escobar, 2002; Jorge, 2004).

A exposição ao stress pode resultar em resultados positivos ou negativos consoante a forma como os adolescentes lidam com as situações de stress (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008).

O internamento hospitalar pode, assim, ser uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento, podendo adquirir competências no controlo da ansiedade, medo e dor, desenvolver estratégias de confronto e adquirir a perceção da sua competência e auto-eficácia (Bandura, 1988; Barros, 2003; Serra, 2005).

Quando os clientes vivem episódios de emocionalidade intensa e perturbadora, os enfermeiros atuam no sentido da gestão das emoções reativas, para que estes consigam alcançar estados de tranquilidade e bem-estar, enquanto os seus recursos de autocontrolo não são, só por si, suficientes para gerir a situação. Fazem então um tipo de gestão das emoções reativas: envolvem a família nos cuidados, explicam e esclarecem dúvidas, colocam-se ao lado, fazem pausas, fomentam a esperança, dão carinho, diferenciam os momentos, desviam o foco de atenção (por meio da distração), encorajam e restringem (Diogo 2020).

O conceito de trabalho emocional é definido não só pelas emoções dos enfermeiros, mas também pela competência do cuidar e no conseguir reconhecer as emoções dos outros. (Smith, 2012 citado por Diogo & Mendonça, 2019). Para que os enfermeiros consigam influenciar positivamente a gestão das emoções de quem cuidam, é fulcral a regulação das suas emoções (Diogo, 2015, 2017 citado por Diogo e Mendonça, 2019).

É crucial o TEEP face a todas as emoções inerentes à doença e hospitalização, não só emoções do adolescente, mas também da família. Segundo Modelo de TEEP os enfermeiros geram as emoções dos clientes face à sua doença e hospitalização, sendo necessário perceber as experiências emocionais perturbadoras, as necessidades afetivas e exposição a fatores de stress dos clientes, assim como o impacto emocional e absorção do sofrimento dos enfermeiros para definir estratégias específicas e adequadas a cada situação, as quais possuem resultados terapêuticos. As emoções dos enfermeiros e clientes é utilizada conscientemente para influenciar positivamente a experiência de doença e hospitalização. A intencionalidade terapêutica tem como objetivo alcançar estados de maior tranquilidade e melhor controlo da situação e o bem-estar global, através da modificação dos estados emocionais perturbadores. (Vilelas & Diogo, 2014).

Segundo Diogo (2020, p. 5) “os enfermeiros fornecem “ferramentas de conforto” aos clientes para estes fazerem face ao seu sofrimento; conseguindo sentir maior controlo e fazendo uma eficaz gestão das suas emoções; aliviando o sofrimento associado à vivência de doença e hospitalização. O TEEP ajuda a que os momentos de doença e hospitalização que têm conotação negativa e estão associados a emoções negativas se transformem em momentos mais tranquilos, transformando as emoções negativas em emoções positivas, sendo o internamento um momento de calma e conforto, capacitando a criança e a família para a sua capacidade de autocontrolo.

A área pediátrica engloba não só a criança, mas também os seus pais, ou quem se responsabiliza pelo papel parental. Assim, é necessário incluímos nos cuidados de enfermagem à criança, os cuidados centrados na família. Segundo Hockenberry & Barrera (2014), a parceria com os pais deve ser relevante para os profissionais de saúde, respeitando e potencializando as competências da família.

Na área de pediatria a filosofia de cuidados inerente é o de cuidados centrados na família. Os enfermeiros englobam a família nos cuidados à criança/jovem, participando no planeamento, execução e tomada de decisão nos cuidados prestados construindo-se uma parceria enfermeiro-família. Esta colaboração promove uma visão holística da criança/jovem, atendendo a todas as suas necessidades (Hockenberry & Wilson, 2014).

A hospitalização e a doença na vida de uma criança tornam-se fatores de stress, não só para a criança, mas também para a família, sendo necessário que o Enfermeiro Especialista tenha competências no domínio da melhoria contínua da qualidade garantindo um ambiente terapêutico e seguro (ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual). (OE, 2019). Podemos referir que a necessidade de hospitalização de um adolescente é um evento traumático para o adolescente e para a sua família ou cuidadores. Os adolescentes são afastados do seu ambiente familiar, afetivo e social. O ambiente hospital é visto pela

criança como um local que eles não gostam, sentindo-se perdidos e assustados. Para as famílias este momento é um momento muito complicado emocionalmente, em que os pais se sentem impotentes pois não conseguem resolver o problema dos seus filhos, têm dúvidas que os técnicos de saúde irão resolver o problema dos seus familiares, ou seja vivem um momento de grande stress (Darbyshire, 1993; Dionísio e Escobar, 2002; Jorge, 2004).

1.2 Experiência emocional no adolescente hospitalizado

Cuidar é a essência da enfermagem (Watson citado por Tomey & Alligood, 2004). As mudanças características da adolescência alicerçam os comportamentos relacionados com a saúde e com as condições de saúde e doença, tendo implicações na forma como os adolescentes perspetivam o presente e o futuro. As intervenções delineadas para promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença têm de considerar a influência destes aspetos na eficácia das intervenções, sendo essencial a sua adaptação aos adolescentes a quem se dirigem (OMS, 2014). Ao lidar com adolescentes com problemas de saúde, estas intervenções realizam-se num contexto de mudanças mais marcadas (Figueiredo, Almeida, Santos & Carneiro, 2015).

Segundo Lowry e Ayward (2015), o EEESIP, inserido na equipa de enfermagem, deve ter estes pressupostos presentes e sustentar a sua intervenção junto do adolescente e sua família em modelos conceptuais de enfermagem que orientem o cuidar no sentido do bem-estar do adolescente e sua família, tendo por base a parceria de cuidados e considerando a interação dinâmica entre o ambiente e os sistemas de energia com o objetivo de minimizar potenciais danos derivados de stressores internos e externos. É assim evidente a adoção do Modelo dos sistemas de Betty Neuman na fundamentação dos cuidados ao adolescente em situação de internamento hospitalar, dada a preocupação com todas as variáveis que influenciam a resposta do adolescente ao stress (Lawson, 2014). Tendo também o Paradigma da Transformação como base estruturante dos cuidados de enfermagem, contempla-se o adolescente como um todo, que influencia e é influenciado pelo ambiente onde se insere (Lopes, 2001).

Watson (2012) defende que o cuidar pressupõe uma partilha de emoções e não pode ser indiferente às mesmas (Watson, 2012; Diogo, 2019). O envolvimento emocional no cuidar é essencial para a relação de ajuda (Diogo, 2015 citado Diogo, 2017). Torna-se fundamental perceber emoções/sentimentos da pessoa cuidada/prestadores de cuidados (Watson citado por Tomey & Alligood, 2014). O Cuidar em Pediatria tem especificidades

relacionadas com o alvo dos cuidados - criança/família - e há uma crescente preocupação em humanizar os cuidados à criança, e ajudar a ultrapassar as adversidades da hospitalização (EACH, 2009).

O trabalho emocional em Enfermagem está cada vez mais enraizado na prática, no entanto, ainda com pouca visibilidade. O conceito de trabalho emocional é definido não só pelas emoções dos enfermeiros, mas também pela competência do cuidar e no conseguir reconhecer as emoções dos outros. (Smith, 2012 citado por Diogo e Mendonça, 2019). Para que os enfermeiros consigam influenciar positivamente a gestão das emoções de quem cuidam, é fulcral a regulação das suas emoções. (Diogo, 2015, 2017 citado por Diogo e Mendonça, 2019).

O enfermeiro reconhece a família como uma constante na vida do jovem e que os cuidados são de qualidade superior quando as famílias são incluídas no processo (Harrison, 2010). O foco é colocado na família, considerada um elemento essencial para garantir a saúde e o bem-estar do adolescente (Smith, Swallow & Coyne, 2014). A parceira vai além da partilha de cuidados com os pais, sendo partilha de poder, de informação e tomada de decisão partilhada entre pais, adolescente e enfermeiro, potenciando os recursos disponíveis e valorizando a parentalidade, numa perspetiva constante de adaptação do plano de cuidados às necessidades do jovem e seus pais (Mendes & Martins, 2012; Sousa et al., 2013).

De acordo com o modelo de sistemas de Betty Neuman, os stressores são estímulos que produzem tensão, tendo o potencial de influenciar a estabilidade do sistema de forma positiva ou negativa. Podem ser desencadeados por fatores intrapessoais, que ocorrem no interior do indivíduo, fatores interpessoais, que derivam das forças entre indivíduos, e fatores extrapessoais, externos ao cliente (Lawson, 2014).

O sistema é dinâmico e permeável, onde a energia se move no sentido da estabilidade ou instabilidade consoante contribua para a organização, complexidade e desenvolvimento do sistema no sentido da estabilidade e bem-estar, ou consoante contribua para a desorganização, aleatoriedade e dissipação da energia (Lowry & Aylward, 2015). O stress e a reação ao stress são componentes básicos de um sistema permeável (Lawson, 2014).

No contexto de internamento hospitalar, o adolescente tem a sua linha flexível de defesa mais próxima da linha normal de defesa pelo contacto com múltiplos stressores, pela alteração do padrão de sono, dor, doença, entre outros.

Segundo (Westwood 2001) para que o ambiente físico transmita segurança e reduza a ansiedade e o nível de stress, é necessário que se arquitetem espaços de saúde que promovam o bem-estar e a cura do cliente, através do design e do efeito que provoca na experiência de hospitalização dos indivíduos.

1.3 Potenciar a experiência positiva e de desenvolvimento no processo de cuidados

É crucial o TEEP face a todas as emoções inerentes à doença e hospitalização, não só emoções do adolescente, mas também da família. Segundo Modelo de TEEP os enfermeiros geram as emoções dos clientes face à sua doença e hospitalização, sendo necessário perceber as experiências emocionais perturbadoras, as necessidades afetivas e exposição a fatores de stress dos clientes, assim como o impacto emocional e absorção do sofrimento dos enfermeiros para definir estratégias específicas e adequadas a cada situação, as quais possuem resultados terapêuticos.

As emoções dos enfermeiros e clientes é utilizada conscientemente para influenciar positivamente a experiência de doença e hospitalização. A intencionalidade terapêutica tem como objetivo alcançar estados de maior tranquilidade e melhor controlo da situação e o bem-estar global, através da modificação dos estados emocionais perturbadores (Vilelas & Diogo, 2014).

O modelo orientador da prática do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP) sendo que este modelo tem como pedra basilar a conceção de TE em Enfermagem de Smith (2012) e divide-se em 5 categorias: Promover ambiente seguro e afetuoso; Nutrir os cuidados com afeto; Facilitar a gestão das emoções na pessoa; Construir a estabilidade na relação e Regular a sua disposição emocional para o cuidar.

A área pediátrica engloba não só a criança, mas também os seus pais, ou quem se responsabiliza pelo papel parental. Assim, é necessário incluímos nos cuidados de enfermagem à criança, os cuidados centrados na família. Segundo Hockenberry & Barrera (2014), a parceria com os pais deve ser relevante para os profissionais de saúde, respeitando e potencializando as competências da família.

Enfermagem a profissão capaz de se relacionar com todas as variáveis e capacitar o individuo para dar resposta aos desequilíbrios induzidos pelos stressores (Neuman, 2011).

Quando ocorre uma desarmonia entre partes do sistema (doença) verifica-se uma instabilidade no cliente e família, sendo necessário identificar quais as intervenções (primária, secundária ou terciária) a implementar tendo em conta a perceção do cliente, família e do enfermeiro (Neuman, 2011).

A utilização deste modelo facilita a abordagem holística do cliente impedindo a fragmentação dos cuidados ao mesmo. Permite uma visão da pessoa como um sistema que integra o individuo, a família e a comunidade (Neuman, 2011).

O sistema encontra-se organizado em vários círculos concêntricos em torno de um núcleo central (esquema em anexo). Este núcleo integra a estrutura básica do indivíduo, aquilo que são os fatores básicos, comuns à espécie e imprescindíveis para a sua sobrevivência. Este núcleo encontra-se protegido por linhas de defesa, mais ou menos flexíveis, consoante a sua função e capacidade de lidar com o agente stressor.

2. ESTÁGIOS

2.1. Consulta de Desenvolvimento

Ao longo do percurso de estágio, irá ser utilizada uma metodologia crítica, descritiva e reflexiva sobre as práticas de cuidados que vise a aquisição de novas competências como futura EEESIP. Das atividades desenvolvidas neste percurso formativo destacam-se a observação participativa nos cuidados, reflexões escritas ao longo dos estágios, a identificação de estratégias utilizadas pelo EE na gestão emocional da criança, adolescente e suas famílias.

Assim, como profissional de enfermagem tenciono, não só adquirir competências para ser perito na atuação de enfermagem á criança/família em situação de hospitalização, mas também contribuir para a equipa de enfermagem de modo a alcançar a excelência dos cuidados de enfermagem.

No enquadramento do plano de estudos, o Estágio constitui um segmento de formação importante, uma vez que me proporcionará diversas oportunidades de aprendizagem e o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos ao longo da fase teórica, inerentes ao desempenho de funções na área de atuação do enfermeiro especialista.

Para que a implementação do meu projeto a ordem dos estágios será primeiramente na consulta de desenvolvimento, estágio irá decorrer de dia 23 de novembro a dia 4 de dezembro 2020. A escolha deste local de estágio deve-se primeiramente á inexistência de um grande leque de locais de estagio devido ao estado de emergência que a todos no apanhou de surpresa e desprevenidos. Este local de estágio irá proporcionar-me uma oportunidade de desenvolver competências de enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica que são preconizadas pela ordem dos enfermeiros.

Este hospital insere-se na região Lisboa e Vale do Tejo e é constituído por várias especialidades distribuídas por 7 pisos diferentes sendo a consulta de pediatria localizada no piso 3. A pediatria é dividida em 5 serviços, o internamento de pediatria situado no piso 7, o serviço de neonatologia, a unidade de cuidados intermédios de pediatria e a consulta no piso 3 e por fim a urgência pediátrica no piso 1.

2.1.1. Descrição de contexto

Existe um conjunto de tarefas e atividades que o enfermeiro da consulta deve realizar no âmbito do processo da consulta.

Antes da consulta, o enfermeiro deve verificar diariamente a funcionalidade dos equipamentos bem como a existência de material necessário à consulta de pediatria. Sempre que necessário o enfermeiro da consulta deve efetuar a reposição do material em falta (ex. papel de marquesa, papel de impressora, envelopes, espéculos para otoscópio, entre outros). Todas as 5^a feiras, deverá ser efetuado o pedido de material clínico/consumíveis à Assistente Operacional de apoio às consultas de ginecologia/Obstetrícia. Todos os meses no dia 22 deverá ser efetuado o teste do glicosímetro, a verificação da mala de urgência e a verificação do carro de medicação.

Durante a consulta, o enfermeiro efetua o acolhimento, valida a identidade, utilizando a metodologia da identificação positiva, avalia o crescimento e desenvolvimento e regista os dados obtidos nos suportes próprios, nomeadamente no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ). Sendo avaliados os seguintes itens: peso, comprimento (até aos 2 anos é avaliado pelo médico na consulta), perímetro cefálico (até aos 2 anos é avaliado pelo enfermeiro de consulta no entanto em situações em que o médico o tenha feito na sua consulta não será necessário efetuar esta tarefa), índice de Massa Corporal, tensão arterial (a partir dos 3 anos), verificação do estado vacinal da criança, de acordo com o plano nacional de vacinação, análise da relação emocional/comportamento (perturbações), análise de risco de Maus Tratos (verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus tratos), análise da segurança do ambiente (exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente).

O enfermeiro apoia e estimula o exercício adequado das responsabilidades parentais e promove o bem-estar, avaliando preocupações quer dos pais, quer do próprio no que diz respeito à saúde. O enfermeiro para além de verificar as intercorrências desde a consulta anterior e a medicação em curso, deve analisar a necessidade de frequência de outras consultas. A consulta de pediatria engloba, a consulta Dermatologia Pediátrica, a consulta de enfermagem de apoio à Alergologia Pediátrica, a consulta de enfermagem de apoio ao Desenvolvimento Infantil, as consultas de enfermagem de Apoio à Nefrologia Pediátrica e as Consultas de enfermagem de Vacinação.

O Enfermeiro de consulta, também deverá prestar ensinamentos à criança e família, sobre comportamentos promotores de saúde, entre os quais, os relacionados com: a nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, promovendo comportamentos alimentares equilibrados; a prática regular de exercício físico; o brincar e outras atividades de lazer em espaços livres e ambientes despoluídos; a gestão do stress; a prevenção de consumos nocivos; a adoção de medidas de segurança, reduzindo o risco de acidentes.

O Enfermeiro da consulta de desenvolvimento promove: a imunização contra doenças transmissíveis, conforme o PNV; a saúde oral; a prevenção das perturbações emocionais e

do comportamento; a prevenção dos acidentes e intoxicações; a prevenção dos maus tratos; a prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar inadequada; o aleitamento materno.

O Enfermeiro da consulta proporciona apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias, e promove a eficaz articulação com os vários intervenientes na prestação de cuidados a estas crianças. Apoia e orienta as crianças e famílias vítimas de maus-tratos e de violência, tais como: negligência, maus tratos físicos, psicológicos, abuso sexual, bullying, práticas tradicionais lesivas, nomeadamente a mutilação genital feminina.

Nas consultas de adolescentes, há que facilitar a acessibilidade e assegurar a privacidade e confidencialidade, permitindo, aos que o desejem, o atendimento a sós. Os princípios de atendimento ao adolescente, pela DGS, no atual Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), são concordantes com os critérios da OMS, incluindo: a acessibilidade facilitada, a flexibilidade no modelo do atendimento, a privacidade, a confidencialidade, o exercício do consentimento livre e esclarecido e a participação ativa dos próprios (2013, p.114).

O enfermeiro de consulta deverá efetuar os registos das intervenções de enfermagem e/ou terapêutica administrada do encaminhamento de relatórios para digitalizar para assistente operacional ou assistente administrativa e de efetuar a limpeza do equipamento utilizado.

2.1.2. Objetivos e atividade

Com vista ao desenvolvimento de competências preconizadas pela OE estabeleci como objetivos gerais e objetivos específicos para os ensinos clínicos todos: Objetivo 1: Presta cuidados específicos e complexos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança, do jovem e da família; Objetivo 2: Desenvolver intervenções no âmbito do trabalho emocional em enfermagem com o, adolescente e sua família em situação de doença e hospitalização.

Objetivos específicos para o contexto de estágio Consulta de Desenvolvimento:

-Desenvolver técnicas de comunicação e habilidades de adaptação da comunicação face ao estado de desenvolvimento da criança e no jovem e sua família; identificar as necessidades emocionais do adolescente inerentes ao seu estágio de desenvolvimento; Desenvolver técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e família.

Atividades:

- Pesquisa Bibliográfica;
- Observação direta da dinâmica dos serviços e reuniões com a enfermeira tutora do estágio para esclarecimento de dúvidas e orientação;

- Observação de técnicas e estratégias utilizadas pelo enfermeiro orientador na comunicação com o adolescente e família (acompanhante na consulta);
- Dinamização da sala de atividades com decorações de Natal para os adolescentes que recorrem há consulta de desenvolvimento;
- Observação participativa na prestação de cuidado identificando as situações geradoras de stress nos adolescentes na consulta de desenvolvimento;
- Identificação e Implementação de estratégias de comunicação com o adolescente e sua família durante a consulta de desenvolvimento de modo a identificar as emoções vivenciada pelo adolescente e sua família (acompanhante na consulta);
- Observação participativa durante as intervenções de enfermagem ao adolescente e sua família durante a consulta de desenvolvimento (exemplo adolescentes com défice de atenção e hiperatividade);
- Observação participativa durante a consulta de desenvolvimento na avaliação do crescimento e desenvolvimento de uma criança/adolescente.

Indicadores de Avaliação:

- Diário de campo sobre a identificação das necessidades emocionais do adolescente e sua família (acompanhante na consulta);
- Diário de campo acerca da comunicação com o adolescente e família, adequada à situação e estágio de desenvolvimento;
- Atividades de Natal, decoração de natal da unidade.

2.1.3. Competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica

B1.1;B1.1.1;B1.1.2; B3;E1.2;E1.1.2;E1.1.3;E1.1.4;E3.3.1;E3.3.2;E3.3.3.

2.2. Neonatologia

2.2.1. Descrição do contexto

A Neonatologia da MAC é um serviço composto por uma Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT) e uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) - Nível III.

A UCINT é constituída por 21 unidades: 12 incubadoras, 8 berços, e 1 para situações de isolamento.

A UCI é constituída por 13 unidades de *openspace*. Uma das unidades tem um sistema de circulação de ar com pressão positiva (neste momento devido à pandemia, tem 3 unidades reservadas para internamentos Covid- 19).

Os serviços apresentam uma gestão comum, e uma equipa de Enfermagem composta, no total, por 76 enfermeiros, distribuídos por equipas para UCI e UCINT, no entanto, por motivos de serviço, os profissionais da UCINT podem ser chamados a apoiar a UCI ou vice-versa. Cada turno tem escalados 11 enfermeiros no total, para intensivos e intermédios.

A equipa multidisciplinar é também composta pela equipa médica, assistentes operacionais, administrativas, uma fisioterapeuta (responsável pela intervenção precoce e pela cinesiterapia respiratória), terapeuta da fala (que vem ao serviço em dias alternados), um assistente social, um psicólogo e ainda um nutricionista.

A equipa valoriza o espírito de interajuda. O método de trabalho é o individual, e o planeamento e a organização dos cuidados é realizado em função das necessidades dos bebés e respetivas famílias, respeitando e promovendo os ciclos de sono do RN.

O serviço de neonatologia apresenta um ambiente geral com características que contribuem para a facilitação da gestão emocional das famílias que têm bebés internados. O serviço apresenta imagens (bonecos) na parede; um placard na entrada do serviço onde são colocadas as fotos de vários bebés (fotos dadas pelos pais onde se verifica a evolução dos bebés quando entram no serviço e quando saem), estas fotos ajudam os pais a perceber que este também poderá ser o caminho dos seus bebés, ajudando assim na sua gestão emocional; por forma a tornar o mais personalizado e familiar possível cada incubadora tem uma fotografia, a identificação do bebé, um coração e frases inscritas de motivação e superação dos problemas.

A equipa baseia a sua atuação de cuidados no cuidado holístico e humanizado valorizando, os cuidados centrados na família, a parceria de cuidados, e os cuidados não traumáticos. Verifica-se uma valorização da família, procurando enfatizar a importância da sua presença e acompanhamento na prestação de cuidados à criança, e em todo o seu processo clínico, e uma preocupação na preparação para a alta, e também no apoio ao desenvolvimento da vinculação e das capacidades parentais.

Por forma a reforçar a importância da família em todo o processo, a política de visitas permite a presença no serviço de ambos os pais durante o período diurno, havendo a possibilidade de pernoite de um dos progenitores. Apesar desta política e por forma a fazer face à pandemia ao longo dos tempos houve necessidade de adaptação desta política, sendo que atualmente apenas é permitida a presença de um dos progenitores, no período da manhã (9-15h) ou no período da tarde (16-22h), após teste de Covid negativo (repetido de 10/10 dias). O período em que deve ser feita a visita terá em conta o planeamento dos cuidados da criança e será a equipa de enfermagem a defini-lo (os cuidados de higiene ao RN são efetuados em dias alternados- camas pares nos dias pares, e ímpares nos dias ímpares, assim sendo, os pais devem realizar a visita nos períodos da manhã no dia dos cuidados de higiene do seu bebé, e nos restantes dias no período da tarde).

A política de integração e envolvimento familiar nos cuidados da criança, também é visível em momentos como o acolhimento e a preparação para a alta. Na fase do acolhimento aos pais a equipa apresenta-se a si e à unidade, e explica as normas e regras de funcionamento, complementando esta fase com a entrega do guia de acolhimento (anexo I). Também na preparação para a alta, existe um contacto com os pais, por forma a passar alguns ensinamentos. Aquando da passagem da criança para a sala de berços, existe uma grelha própria para registo dos ensinamentos para a alta e é entregue o guia de orientações para a alta.

Relativamente à formação existe um grupo de enfermeiros que organiza, mensalmente, um dia de formação, e onde são abordados vários temas. Estes temas são selecionados de acordo com as necessidades sentidas e expressas pela equipa. Apesar da importância da área de formação atualmente no âmbito da pandemia a formação encontra-se suspensa.

A Neonatologia articula com o serviço de medicina fetal, puerpério, bloco de partos, com a consulta de pediatria (realizada por médico e enfermeira) que acompanha o desenvolvimento dos bebés prematuros, e com o Banco de Leite Humano.

Por forma a apoiar a situação de inexistência de leite materno para alimentar os bebés prematuros da MAC e de outras Unidades Neonatais da área da Grande Lisboa., foi em 2009 criado o Banco de Leite (único em Portugal).

O Banco de Leite Humano garante a recolha no domicílio, na zona de Lisboa, a todas as candidatas a dadoras que tenham tido o parto em qualquer hospital público ou privado, no entanto, para candidatas residentes fora desta área têm de ser as próprias a garantir a entrega do seu leite, nas instalações da maternidade, em condições de temperatura adequadas.

O Banco de Leite dispõe de uma equipa composta por 3 enfermeiras e 2 auxiliares que, diariamente, vêm ao serviço recolher informações acerca das prescrições de leite para depois, de acordo com a avaliação da equipa médica e da nutricionista, procederem à preparação dos mesmos para cada bebé, para as 24 h seguintes.

Relativamente a outros projetos podemos destacar os seguintes; o projeto polvo); o projeto canguru (protocolo existente no serviço, funções do dinamizador, *check-list* dos critérios de elegibilidade, autorização dos pais, folha de registo de enfermagem); o projeto Luto, o projeto “mais perto de nós”, e também o projeto “Cada vez mais juntos.

Também esteve operacional um sistema de acompanhamento das crianças a partir de casa, em que através de uma câmara instalada na unidade de cada bebé, os pais podiam visualizar os seus filhos a partir do seu computador, no entanto, esse projeto encontra-se atualmente inoperacional, uma vez que, a equipa constatou que este sistema aumentava a ansiedade dos pais, pois não descansavam, para estar sempre a ver a criança. Apesar da inativação do sistema de acompanhamento das crianças a partir de casa, a equipa constatou ser fundamental a adoção de algum sistema que permitisse aos pais, que não

poderiam vir ou permanecer no serviço, manter contacto com o seu bebé, e essa necessidade veio a acentuar-se com a chegada da pandemia Covid- 19, tendo sido desenvolvido o projeto “Cada vez mais juntos”. Este projeto consiste na existência de um Tablet (doador por uma empresa de telecomunicações) que vai permitir à equipa enviar fotografias e realizar videochamadas com os pais sempre que não for possível aos mesmos estarem presentes na unidade.

O projeto luto consiste no envio aos pais de uma caixa com recordações do bebé ao longo do internamento conjuntamente com uma carta e um cartão de condolências da equipa.

2.2.2. Objetivos e atividades

Com vista ao desenvolvimento de competências preconizadas pela OE estabeleci como objetivos gerais e objetivos específicos para os ensinos clínicos todos: Objetivo 1: Desenvolver competências de EESIP para a prestação de cuidados específicos e complexos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança, do jovem e da família. Objetivo 2: Desenvolver competências de EESIP no âmbito do trabalho emocional em enfermagem com o adolescente e sua família em situação de doença e hospitalização.

Como objetivos específicos para o contexto de estágio Unidade de cuidados intermédios/intensivos neonatais:

- Desenvolver técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento do latente e sua família;
- Promover a vinculação e transição da parentalidade;
- Desenvolver técnicas de comunicação adequadas com os pais/ família
- Identificar as necessidades emocionais do prematuro e suas famílias inerentes ao toque durante a hospitalização do latente.

Atividades:

- Caracterização do serviço;
- Diário de campo contendo as estratégias de comunicação;
- Análise da prática de cuidados na unidade de cuidados intermédios neonatais à luz do modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica.
- Elaboração de um “cartão” sobre a importância do toque entre os pais e latentes durante o internamento para colocação nas incubadoras e berços, em que se possam expressar as emoções através do toque “já me trocasse a fralda hoje mamã” /” mamã quero ir ao teu colinho, pegas-me?”.

2.2.3. Competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica

E1.1 E2.1 E3.1 E3.2 E3.3

2.2.4. A importância do “toque” nos bebês pré-termo

“De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a definição de prematuridade engloba todos os recém-nascidos (RN) antes de 37 semanas de idade gestacional (IG), sendo considerados tardios aqueles nascidos entre 34 e 36 semanas e 6 dias e prematuros extremos, nascidos antes de 28 semanas de IG” (Vanik, L. K. et al, 2019).

É sabido que os pais de crianças prematuras passam por certas dificuldades aquando no nascimento das mesmas. Seja pelo internamento nas Unidades de Cuidados Intensivos/Intermédios Neonatais ou mesmo pelo impacto nas suas atividades enquanto pais no futuro. Segundo Campos (2000), a prematuridade é prejudicial ao estabelecimento de uma boa relação, devido à separação durante os primeiros tempos de vida do bebé.

Segundo Diogo (2020) “os enfermeiros fornecem “ferramentas de conforto” aos clientes para estes fazerem face ao seu sofrimento; conseguindo sentir maior controlo e fazendo uma eficaz gestão das suas emoções; aliviando o sofrimento associado à vivência de doença e hospitalização (p. 5). O Trabalho emocional em enfermagem pediátrica ajuda a que os momentos de doença e hospitalização que têm conotação negativa e estão associados a emoções negativas se transformem em momentos mais tranquilos, sendo o internamento um momento de calma e conforto, capacitando a criança e a família para a sua capacidade de autocontrolo.

No caso de bebês prematuros, a envolvimento dos pais no dia-a-dia dos filhos, inicia-se na Unidade de Cuidados Neonatais, pelo que é de extrema relevância incentivar os pais a praticarem contactos estimulantes como a voz, o toque agradável, a massagem, entre outros. Estes cuidados personalizados estimulam o desenvolvimento físico, psicológico, motor, social e afetivo do bebé, que estabelece uma relação única de conhecimento mútuo com o cuidador.

É evidente nos dias de hoje, a importância da integração da família junto da criança de forma continuada. No entanto nem sempre foi este o entendimento. A importância da integração da família a tempo integral foi evidenciada a partir de 1988, com o aparecimento do primeiro modelo de enfermagem que realça a importância fundamental dos pais nos cuidados à criança hospitalizada. Este modelo, designado por Modelo da Parceria de Cuidados, elaborado por Anne Casey, assume os pais como parceiros da equipa de enfermagem pediátrica nos cuidados ao filho, e levou ao aparecimento de novas formas da organização da assistência à criança hospitalizada, relevando o foco de atenção em

Enfermagem e afirmando que a hospitalização vai muito para além do atendimento clínico (Collet e Rocha, 2004).

Na área de pediatria a filosofia de cuidados inerente é o de cuidados centrados na família. Os enfermeiros englobam a família nos cuidados à criança/jovem, participando no planeamento, execução e tomada de decisão nos cuidados prestados construindo-se uma parceria enfermeiro-família. Esta colaboração promove uma visão holística da criança/jovem, atendendo a todas as suas necessidades. (Hockenberry & Wilson, 2014).

Nas Unidades de Cuidados Neonatais vive-se rodeado de aparelhos dificultadores do contacto direto pelo que é necessário saber contornar as inúmeras barreiras que surgem, de modo a desenvolver formas de ajudar e ser ajudado. Estas barreiras podem ser, de certo modo, ultrapassadas através da informação e preparação dada pelos profissionais aos pais, que quando corretamente compreendidas e utilizadas podem fortalecer a interação pais-filhos.

Uma das abordagens para proporcionar toque positivo ao prematuro é a estimulação tátil-cinestésica ou massagem. Divide-se em três momentos: inicialmente, realiza-se estimulação tátil, massajando todo o corpo; de seguida, aplica-se estimulação cinestésica, fletindo e estendendo todos os membros; por fim, repete-se o primeiro momento.

A estimulação tátil-cinestésica aparenta favorecer o ganho de peso em prematuros estáveis, sem prejuízos. É um instrumento de humanização e de fortalecimento do vínculo entre os pais e o bebé.

A doença e a hospitalização são referidas como um fator de *stress* na família e na criança/jovem. O ambiente desconhecido e o desconforto presente pelo material e procedimentos dolorosos geram, além de *stress*, ansiedade. (Diogo et al., 2016).

Em pediatria o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz depende da confiança que a criança e sua família têm no enfermeiro e a transmissão de emoções como o afeto potencializam essa relação. "(...) cuidar ou relação terapêutica é o mesmo, perspetivando-o como o processo de *healing* do cliente no qual os enfermeiros devem ser capazes de amar, de modo a facilitar estas relações de cuidar (*caring relationships*)."

(Stickey & Freshwater, 2002 citado por Paulo, Alexandre, Galhofas, Mil-Homens & Diogo, 2010).

Uma das formas de contacto físico mais utilizada é o método canguru, em que é privilegiado o contacto pele-a-pele, sendo o bebé colocado diretamente sobre o peito da mãe ou do pai, aconchegado com um cobertor, fechando depois a roupa dos mesmos de modo a formar uma bolsa.

Segundo Bee (1997), o contacto pele-a-pele imediatamente após o parto, parece aprofundar a capacidade dos pais responderem às necessidades do bebé. Também Charpak (1997) defende que o método canguru favorece os batimentos cardíacos, a temperatura e a respiração do bebé, para além de manter o bebé numa posição mais vertical impedindo o refluxo e facilitando a digestão. Quanto mais cedo for iniciado o contato físico através do toque, melhores serão os resultados no desenvolvimento da criança. Os bebés que são massajados regular e ternamente ganham mais peso, demonstram um melhor desenvolvimento neurológico, têm menos cólicas, menos problemas respiratórios, aumento na imunidade, aumento na produção da hormona de crescimento, menos angústia e melhor sono.

Deste modo, quando o bebé transita para uma fase em que pode ser colocado num espaço aberto como um berço ao invés de uma incubadora, há um aumento do entusiasmo e confiança da parte dos pais, pois passam a ter menos um obstáculo para o cuidado do seu bebé, facilitando o processo de envolvimento parental.

Também a comunicação é relacionada com o toque, uma vez que é percebida pelo bebé a forma como é tocado pelos pais como resposta aos seus apelos. Conforme a díade pais-filho avançam nesta troca há, cada vez mais, um sentimento de união. O afeto é o nutriente principal para a estimulação do bebé, quando é transmitido com amor, carinho, atenção, através de uma comunicação agradável (DANTAS, 1992).

Segundo Diogo (2015, citado Diogo, 2020b), mesmo o contato com a criança é curto os enfermeiros investem sempre na dádiva do afeto acreditando que o amor transmitido e demonstrado tem o potencial de possuir efeitos a longo prazo. Para Watson (2002, 2005, citado por Diogo 2020b) “cuidar envolve ações carinhosas, (...) os afetos podem proceder de interações em que estiveram subjacentes sentimentos de identificação e sentimentos maternos.” (p.5).

Na prática de cuidados de enfermagem é de extrema importância percebermos a criança e a família como seres holísticos, nunca esquecendo a dimensão psicossocial. Segundo Bolander (1994) “os cuidados de enfermagem dependem tanto do alívio do sofrimento mental e emocional, como do físico.” (p.772). Segundo Sanders (2014), na prática e cuidados de enfermagem de alta qualidade é cada vez mais frequente mobilizar o afeto e o amor pra o estabelecimento da relação terapêutica.

Em pediatria o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz depende da confiança que a criança e sua família têm no enfermeiro e na transmissão de emoções, como o afeto, potencializam essa relação “(...) cuidar ou relação terapêutica é o mesmo, perspectivando-o como o processo de healing do cliente no qual os enfermeiros devem ser

capazes de amar, de modo a facilitar estas relações de cuidar (caring relationships).” (Sticley & Freshwater, 2002 citado por Paulo, Alexandre, Galhofas, Mil- Homens & Diogo, 2010).

O mundo do bebé está limitado às suas necessidades corporais, pelo que os pais devem lidar com ele numa linguagem por ele compreendida, segundo Winnicott (2000) “ama de um modo físico, proporciona contacto, calor corporal, movimento e quietude de acordo com as necessidades do bebé”. O bebé sente-se querido ou não conforme o toque dos cuidadores, que posteriormente afetará a sua autoestima e visão de si próprio. O afeto é fundamental para o funcionamento da inteligência, assim Piaget relata que “seria impossível raciocinar sem vivenciar certos sentimentos e que para existir afeição é preciso ter um mínimo de compreensão” (PIAGET, 1975, p. 16)

Na relação mãe-bebé, o toque será uma fonte de estimulação que desencadeará uma série de sentimentos e emoções que farão parte da formação do histórico de experiências da criança. Assim, se os toques forem afetivos e continuados, no sentido de serem dirigidos ao bebé com intenções positivas, aumentam as hipóteses de que seja construído um vínculo de amor intransponível e imensurável (WINNICOTT, 2005).

É relevante que os pais sejam compreendidos quanto aos seus sentimentos de impotência, pelo que é de extrema importância que sejam incluídos nos cuidados. Mesmo quando o bebé não pode ser pegado ao colo, pode ser tocado, sempre com alguns cuidados. Nestas situações, os pais podem envolver-se diretamente nos cuidados em áreas específicas, nomeadamente nos cuidados de higiene, na alimentação, nas mudanças de fralda, etc., o que irá ajudar a desenvolver competências facilitadoras do sucesso do processo de preparação da alta e regresso a casa. A permanência nas Unidades de Cuidados Neonatais é temporária pelo que é importante capacitar os pais para os cuidados no domicílio.

Eva Reich, pediatra e psicoterapeuta, criou uma massagem como propósito de ajudar ao desenvolvimento dos recém-nascidos, com o nome de “O Toque da Borboleta”. Anteriormente, já se usava uma técnica originária da Índia, trazida para o ocidente pelo obstetra francês Leboyer, a Shantala. O objetivo major de ambas as massagens é acalmar o bebé, reforçando o vínculo entre os pais e o filho, pelo que o toque deve ser relaxante, agradável e prazeroso para ambos (Pedraça, 2019).

No âmbito da importância do toque e com o objetivo de desenvolver as competências necessárias a enfermeira especialista proponho-me à elaboração de cartões ilustrativos para colocação nas incubadoras e nos berços, de modo a estabelecer a relação afetiva entre o bebé e os pais. O facto de poder ver, tocar e cuidar do bebé, contribui para o

fortalecimento dos laços afetivos após o nascimento, daí a importância desta atividade. “Os padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem constitui-se, para os enfermeiros especialistas nesta área de especialização, como uma oportunidade e referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício” (Regulamento 351/2015, p. 16660).

O Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria assume um papel preponderante na minimização das possíveis consequências negativas resultantes da recente e inesperada separação, através da parceria de cuidados e da estimulação da vinculação segura, com a promoção do contacto entre recém-nascido (RN) e pais. Durante o período de estágio nos Cuidados Intermédios de Neonatologia, valorizei a comunicação e interação com os pais, promovendo o desenvolvimento da parentalidade e da vinculação entre pais e RN, através da orientação, apoio, demonstração, supervisão nos cuidados ao RN, promoção do aleitamento materno, do método de canguru e da massagem.

2.3. Unidade de Saúde Familiar

2.3.1. Descrição do contexto

A escolha da Unidade de Saúde Familiar prendeu-se com o facto de nesta unidade se efetuar a consulta de enfermagem de saúde infantil de forma estruturada, autónoma e individualizada, com, entre outros, a avaliação do desenvolvimento infantil e cuidados antecipatórios à criança, jovem e família, numa perspetiva de parceria de cuidados.

A equipa de saúde desta USF tem como missão prestar cuidados de saúde personalizados, globais, equitativos e de qualidade, promovendo a participação e autonomia dos cidadãos. O presente estágio, vai decorrer entre 15 de Março a 16 de Abril.

2.3.2. Objetivos e atividades

Com vista ao desenvolvimento de competências preconizadas pela OE estabeleci como objetivos gerais e objetivos específicos para os ensinamentos clínicos todos: Objetivo 1: Desenvolver competências de EESIP para a prestação de cuidados específicos e complexos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança, do jovem e da família. Objetivo 2: Desenvolver competências de EESIP no âmbito do trabalho emocional em enfermagem com o adolescente e sua família em situação de doença e hospitalização.

Objetivos específicos a desenvolver na Unidade de Saúde Familiar: Desenvolver habilidades e técnicas de comunicação adaptadas ao desenvolvimento da criança, do jovem e da sua família; identificar os motivos de procura de atendimento dos adolescentes

que recorrem aos cuidados de saúde da USF e a oferta de cuidados disponível à população juvenil desta comunidade.

Atividades

- Pesquisa Bibliográfica;
- Observação participativa das intervenções realizadas nas consultas de saúde infantil, atendimento de jovens ou outras consideradas pertinentes;
- Identificar indicadores de saúde e objetivos de trabalho da unidade de saúde no que respeita à saúde da criança e do adolescente e sua família;
- Avaliar o crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil, registando os dados obtidos nos suportes próprios da unidade de saúde;
- Efetuar cuidados antecipatórios promotores da parentalidade e do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente;
- Identificar os recursos da comunidade e métodos de referência/sinalização de crianças e jovens com incapacidades ou em risco;
- Integrar a equipa multidisciplinar, observar, colaborar, participar ativamente nas intervenções e atividades realizadas aos adolescentes pelos enfermeiros especialistas.

Indicadores de Avaliação

- Elaboração de um documento de caracterização da dinâmica de cuidados e orientações para a prática de enfermagem USF;
- Reflexão sobre a identificação das necessidades emocionais do adolescente nos “tempos” que vivemos de pandemia /estado de emergência devido ao covid-19;
- Realização de uma apresentação enviada online aos pais dos adolescente visando reforçar a importância da nova vacina HPV administrada desde 2020 ao género masculino.

2.3.3. Competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica

B1.1;B1.1.1;B1.1.2; B3;E1.2;E1.1.2;E1.1.3;E1.1.4;E3.3.1;E3.3.2;E3.3.3.

2.4. Serviço de Urgência Pediátrica

2.4.1. Descrição do Contexto

O estágio no serviço de urgência pediátrica irá realizar-se do dia 19 de abril até ao dia 14 dia de maio de 2021.

A situação de emergência é uma fase muito complexa e envolta de um misto de emoções negativas, quer para a pessoa que está com a patologia quer para as pessoas envolvidas neste processo, desde os pais ou cuidadores até aos profissionais de saúde.

Quando estamos perante uma criança as emoções e sentimentos (revolta medo, stress, ansiedade e angústia) elevam-se aos extremos, atendendo à vulnerabilidade inerente a esta faixa etária e também devido à vivência de uma situação de risco pelo núcleo criança/família. Podemos afirmar que o ambiente das urgências pediátrica é fortemente marcado pelas emoções, sendo estas levadas ao extremo quando estamos perante processos de doença aguda, uma vez que estas normalmente implicam o internamento da criança numa unidade de observação ou num serviço de internamento. O internamento é um fator de destabilização do sistema familiar da criança. Como fator potenciador deste evento, temos ainda o facto de o ambiente hospitalar ser encarado como algo perturbador.

Por forma a minimizar o sentimento de perturbação, deverá haver um acolhimento humanizado e uniformizado por parte de toda a equipa de enfermagem, encarando a família como parceira nos cuidados. Este acolhimento permitirá o *empowerment* da família, atuando como estratégia de *coping*.

No que respeita a adolescência, no início da mesma o adolescente desenvolve um pensamento abstrato (OMS, 2014). Esta fase é caracterizada pelo início da maturação sexual e por um surto de crescimento. Na fase da adolescência intermédia, as principais alterações físicas estão concluídas e o adolescente inicia o desenvolvimento da sua identidade pessoal, desenvolvendo um pensamento reflexivo (OMS, 2014). Na adolescência tardia o adolescente fisicamente parece um adulto, o seu desenvolvimento físico e a maturação sexual estão concluídas. Nesta fase possui opiniões, ideias e valores bem assentes estando a sua identidade, habitualmente, definida (OMS, 2014).

Na adolescência os indivíduos são expostos a novos fatores de stress com os quais ainda não tinham lidado e para os quais ainda não desenvolveram estratégias de *coping*. Assim, os processos de *coping* são determinantes para o seu bem-estar psicológico (Raimundo & Pinto, 2006).

A perspetiva cognitivista do stress, que surgiu na década de 80, dá importância à interação do adolescente com o ambiente, à significação do próprio sobre os fatores de stress ou dificuldades a que foi exposto e sobre as competências pessoais que possui para lidar com a situação, considerando o stress um desequilíbrio ou desajuste, conceptualizando-o como um processo de transição (Barros, 2003; Lyon, 2012).

Assim a nível da adolescência, o EEESIP, inserido na equipa de enfermagem, tem de ter estes pressupostos presentes na sua atuação com os adolescentes e os seus cuidadores em modelos conceptuais de enfermagem que orientem o cuidar no sentido do bem-estar do adolescente e sua família, tendo por base a parceria de cuidados e considerando a interação dinâmica entre o ambiente e os sistemas de energia com o objetivo de minimizar

potenciais danos derivados de stressores internos e externos (Lawson, 2014; Lowry & Aylward, 2015).

De acordo com o modelo de sistemas de Betty Neuman, os stressores são estímulos que produzem tensão, tendo o potencial de influenciar a estabilidade do sistema de forma positiva ou negativa. Podem ser desencadeados por fatores intrapessoais, que ocorrem no interior do indivíduo, fatores interpessoais, que derivam das forças entre indivíduos, e fatores extrapessoais, externos ao cliente (Lawson, 2014).

O sistema é dinâmico e permeável, onde a energia se move no sentido da estabilidade ou instabilidade consoante contribua para a organização, complexidade e desenvolvimento do sistema no sentido da estabilidade e bemestar, ou consoante contribua para a desorganização, aleatoriedade e dissipação da energia (Lowry & Aylward, 2015).

Betty Neuman também define como conceito central do seu modelo o ambiente, que consiste nos fatores ou influências internas e externas que envolvem o cliente e o seu sistema, considerando o ambiente como interno, onde residem os fatores intrapessoais; o ambiente externo, composto por fatores inter e extrapessoais; e o ambiente criado que engloba os fatores intra, inter e extrapessoais, criando um escudo protetor que promove a integridade, estabilidade e um ambiente seguro, atenuando o efeito dos stressores (Lawson, 2014; Lowry & Aylward, 2015).

O stress e a reação ao stress são componentes básicos de um sistema permeável (Lawson, 2014).

Em pediatria o ambiente de cuidados é fulcral para uma experiência de hospitalização positiva, pois o simples facto do adolescente se encontrar num ambiente desconhecido é, por si só, fonte de stress e ansiedade (NortonWestwood et al., 2011).

Os adolescentes constituem um grupo etário habitualmente saudável que recorre aos serviços de saúde, maioritariamente, em situações de doença aguda (Abreu & Azevedo, 2012). Na presença de uma doença aguda ou agudização de uma doença crónica que requiera o internamento hospitalar, esta situação é frequentemente uma fonte de stress, difícil de gerir pelo próprio e pela sua família (Abreu & Azevedo, 2012).

2.4.2. Objetivos Específicos e atividades

Com vista ao desenvolvimento de competências estabeleci como objetivos específicos:

- Identificar as estratégias de comunicação que os Enfermeiros integram na relação de cuidados com a criança /adolescente e família na urgência pediátrica;
- Desenvolver estratégias de enfermagem promotoras da gestão do stress no adolescente.

Atividades

- Observar e descrever situações de cuidados que retratam cada categoria do Modelo TEEP e organizar num portefólio;
- Identificar diagnósticos de dimensão emocional nos registos de enfermagem e elaborar um documento para colocar no portefólio;
- Utilizar esta produção escrita para preparar a Formação em Serviço sobre o Modelo, e coloca também no portefólio.

2.4.3. Competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica

B1.1;B1.1.1;B1.1.2; B3;E1.2;E1.1.2;E1.1.3;E1.1.4;E3.3.1;E3.3.2;E3.3.3.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), Encyclopedia of human behavior (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], Encyclopedia of mental health. San Diego: Academic Press, 1998). Recuperado de <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. (Quarteto, Ed.) (1ª ed.). Coimbra;
- Crossetti, M. G. & Schaurich, D. (2010) Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. Revista de Enfermagem Escola Anna Nery. Vol. 14. 182-88. Acedido a 10/10/2020, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a27.pdf>
- Diogo, P. (2015). Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica – Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar. 2.ª ed. Loures: Lusodidacta
- 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 52.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: o enfermeiro enquanto gestor emocional. Pensar Enfermagem, 20 (2), 26-47
- Diogo, P. (2017) (coord.). Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem. Loures: Lusodidacta
- Diogo, P., Rodrigues, J., Sousa, O., Martins, H., & Fernandes, N. (2017). Desenvolvimento de competências emocionais do estudante de enfermagem em ensino clínico: a função de suporte do enfermeiro supervisor. Em P. Diogo, Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem (pp. 149-194). Loures: Lusodidacta

- Diogo, P. (2017). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 21(1), 20-30
- Diogo, P., Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, 23(1), 21-40
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2ª versão revista).
- Diogo, P. (2020). Construir a estabilidade no relacionamento – Texto de Apoio V.
- Diogo, P. (2020). Regular a disposição emocional para cuidar – Texto de Apoio VI.
- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014) Perspectivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.), Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente. 9ª edição. Loures, Portugal: Lusociência
- Jorge, A. (2004). Família e Hospitalização da Criança. (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem. Loures: Lusociência.
- Lawson, T. G. (2014). Betty Neuman: Systems Model. In Alligood, M. R. (Eds.) *Nursing theorists and their work* (8ª ed, pp. 281-302). Missouri, USA: Elsevier Inc.
- Lowry, L. W. & Aylward, P. D. (2015). Betty Neuman's System Model. In Smith, M. & Parker, M. (Eds.), *Nursing Theories and Nursing Practices*. (4ª ed, pp. 165-184). Philadelphia, USA: F. A. Davis Company. Recuperado de :<http://docshare03.docshare.tips/files/26827/268274013.pdf>.
- Lopes, M. (2001). *Concepções e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e Implicações* (2.ª Ed). Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Mendes, M. & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de EnfermagemReferência*, 3: (6), p. 113-121.
- Neuman, B. (2011). *The Neuman Systems Model* (5ª ed.). Pearson Health Science, NJ;
- Papalia, D. E., & Duskin, R. (2013). *Dessenvolvimento Humano* (12a editio). Porto Alegre: AMGH Editora Ltda;

- Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República nº 26/19, II Série. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.
- Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República nº 133/18, II Série. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.
- Ribeiro, J.L.P. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. Psicologia, saúde & Doenças. Vol. 15 no.3. Acedido a 16/10/2020, disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862014000300009;
- Smith, J., Swallow, V. & Coyne, I. (2014). Involving Parents in Managing Their Child's Long Term Condition—A Concept Synthesis of Family-Centered Care and Partnership-in-Care. Journal of Pediatric Nursing, 30, 143–159.-
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2008). Adolescents' coping with stress: development and diversity. Prevention Researcher, 15, 3-7. Recuperado de https://www.pdx.edu/sites/www.pdx.edu/psy/files/media_assets/7_ZimmerGembeck_Skinner_AdolCoping_PreventionResearcher.pdf.

**APÊNDICE IV – ANÁLISE REFLEXIVA SERVIÇO DE
INTERNAMENTO**



**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área
de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**ANÁLISE REFLEXIVA
Serviço de Internamento Pediátrico**

Ana Rita Santos Ferreira

**Lisboa
2021**



**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área
de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**ANÁLISE REFLEXIVA
Serviço de Internamento Pediátrico**

Ana Rita Santos Ferreira



Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo



**Lisboa
2021**

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório com estágio, integrada no 11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, foi planeado e realizado o estágio no Serviço de Internamento Pediátrico, tendo o mesmo decorrido de 17 de maio a 11 de junho de 2021, surge a elaboração desta reflexão sobre as minhas práticas em contexto de estágio. É meu objetivo fazer a articulação do modelo emocional em enfermagem pediátrica, com a reflexão sobre a minha prática em contexto de estágio no Serviço de Internamento de Pediatria. A escolha deste contexto de estágio deve-se ao seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas de enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica (EESIP).

Pretendo refletir sobre a importância da promoção da gestão da experiência emocional da criança e do jovem, bem como da sua família, direcionando para os momentos no internamento de pediatria, incluindo os procedimentos realizados durante o internamento, que surgem como uma fonte de dor comum e repetida na criança e no jovem.

A Direção-Geral da Saúde (DGS) (2003) define a dor como a experiência que tem um carácter multidimensional e que é desagradável, envolvendo para além da componente sensorial, a componente emocional da pessoa que a sente/sofre. Associada aos procedimentos invasivos, é uma experiência sensorial e emocional desagradável e, muitas vezes, acompanhada por medo e ansiedade (DGS, 2012).

A Carta da Criança Hospitalizada, que data desde 1988, refere como princípio vinculativo da criança, reduzir ao mínimo a dor, assim como as agressões físicas e emocionais, sendo que a equipa que assiste a criança e a família deverá ter formação para responder às necessidades emocionais e psicológicas destas.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) tem como competência fazer a gestão distinta da dor, assim como do bem-estar da criança e jovem, melhorando as respostas e aplicando conhecimentos sobre o bem-estar físico, psicossocial e também espiritual (Regulamento n.º 422, 2018).

O EESIP para além de garantir a gestão das medidas farmacológicas no alívio da dor, aplicar conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas no atenuar da mesma, possuindo conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros (OE) e procurando evidência para fundamentar a tomada de decisão no uso das mesmas (Regulamento n.º 422, 2018).

Também a DGS (2001) reforça o enfermeiro como um elemento fundamental na avaliação, implementação e execução de uma estratégia multidisciplinar para o controlo da dor, uma vez que este tem uma relação terapêutica próxima com os clientes e com as suas famílias.

Pelo contacto próximo que tenho com a criança/jovem e suas famílias, no contexto de internamento. é meu objetivo identificar o diagnóstico de natureza emocional e intervenções de enfermagem (CIPE) que são identificados no sistema informático de registos de enfermagem do Serviço de internamento de pediatria. Pretendo, desta forma, melhorar a prática de cuidados da equipa de enfermagem e a minha prática de cuidados com o desenvolvimento de competências para lidar com as emoções, promovendo a gestão da experiência emocional ao refletir sobre as práticas, baseando-me na evidência para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Com esta reflexão, pretendo debruçar-me sobre **os diagnósticos e as intervenções da enfermagem de natureza emocional com um potencial terapêutico**; refletir sobre as medidas de alívio do sofrimento, assim como compreender e aplicar estratégias que possam minimizar comportamentos relacionados com o stress e sofrimento, como a agitação da criança e do jovem e família.

Segundo Watson (2012) o cuidar envolve uma filosofia de compromisso moral que está direcionado para proteger a dignidade humana e a preservação da humanidade. No cuidar é colocada a ênfase na ajuda dada à pessoa para adquirir um maior conhecimento de si próprio, autocontrolo e preparação para se auto cuidar. Embora na relação do enfermeiro com o cliente, segundo Riley (2004), se direcione o cuidar para o benefício do último, esta relação será mais eficaz se satisfazer os dois.

O enfermeiro especialista, segundo o Regulamento das Competências Gerais, desenvolve o autoconhecimento e assertividade, detendo consciência de si enquanto enfermeiro e enquanto pessoa. Otimiza o autoconhecimento de forma a facilitar o reconhecimento de fatores que poderão intrrometer-se no relacionamento com a pessoa a que presta cuidados. Gera respostas de adaptabilidade organizacional e individual (congruência entre auto e hétero-perceção; gestão de sentimentos e emoções) (Regulamento n.º 140, 2019).

Segundo Diogo (2006) uma forma de lidar com os estados emotivos e com o sofrimento emocional presentes nas situações de cuidados é aprender a conhecer, a compreender e analisar os sentimentos e as emoções. A perceção da experiência humana e dos sentimentos no exercício do cuidar irá, por meio da consciência, aproximar os indivíduos nas interações terapêuticas, permitindo cuidar da pessoa na sua totalidade. Também a OE (2015) refere que o enfermeiro, na humanização dos cuidados de enfermagem, deverá assumir o dever de, na sua prestação de cuidados, dar "(...) atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade" (p.86).

Segundo o IPFCC (2016), os cuidados centrados no cliente e na família são baseados em parcerias mutuamente benéficas entre prestadores de serviços de saúde, os

clientes e as suas famílias. Têm como objetivo a promoção da saúde e o bem-estar dos clientes e famílias e é uma perspetiva que se baseia no reconhecimento de que os clientes e famílias são aliados essenciais à qualidade e segurança. Define quatro conceitos básicos nesta assistência centrada no cliente e na família como a dignidade e respeito, o compartilhamento de informações, participação e colaboração.

Esta filosofia de cuidados preconiza que os enfermeiros prestem apoio às famílias “nos seus papéis de prestação natural de cuidados e de tomada de decisão, com base nos seus pontos fortes e reconhecendo a sua experiência em cuidar dos filhos” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 11).

Os conceitos dos Cuidados Centrados na Família são: reconhecer a família com um contínuo na vida da criança; facilitar a colaboração entre os pais e os profissionais; respeitar e valorizar as diversidades dos contextos; reconhecer a individualidade e as forças da família, assim como a forma como estas lidam com as situações; compartilhar informações; encorajar e facilitar o apoio e as redes entre famílias, com situações semelhante; dar resposta às necessidades do desenvolvimento da criança e da família; adotar práticas e políticas que apoiem as famílias; e planear os cuidados de saúde de forma flexível, respondendo às necessidades das famílias (Jolley & Shields, 2009; Johnson, 2000, citados por Cruz & Angelo, 2011).

Na minha experiência de cuidados, durante o internamento, os pais são integrados e incentivados a colaborar, a trabalharmos em parceria, uma vez que são eles que conhecem melhor o seu filho, de forma a me darem informação relevante para a compreensão da criança como um todo, assim como são eles que vão estar e estão em casa com a criança. Quando presto cuidados durante o internamento promover a capacitação no sentido da estimulação da criança, a reduzir o risco e a melhorarem o potencial máximo de saúde da mesma, transferindo-lhes “empowerment” e com isso obter ganhos em saúde e conseqüentemente uma melhoria da qualidade de vida para aquela criança e família.

Surge assim a importância dos pais como parceiros da equipa nos cuidados à criança hospitalizada, tendo sido referida pelo modelo teórico de Anne Casey. Este modelo veio impulsionar novas formas de se assistir à criança, aumentando o foco de atenção em Enfermagem e criando assim a necessidade da profissão olhar para a família como, também ela, alvo de cuidados (Collet & Rocha, 2004). São estes os que melhor conhecem os seus filhos e nós, enfermeiros, devemos planear os nossos cuidados com o envolvimento e negociação dos mesmos, otimizando o seu potencial de capacidades e conhecimentos que irão contribuir para o desenvolvimento do papel parental (Casey & Mobbs, 1998).

Uma das filosofias, mais abrangente, de cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria são os cuidados não traumáticos, que pressupõe o uso de intervenções que

minimizem ou eliminem o desconforto físico e psicológico que é vivido pela criança e família, no contacto destes com os serviços de saúde. Três dos eixos fundamentais são “prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família, promover a sensação de controlo e prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 12).

As crianças e as suas famílias necessitam de ser confortadas em situações de stress relacionadas com a saúde, sendo o conforto um importante outcome nos cuidados que são prestados. É cada vez mais visível a preocupação com o conforto das crianças e das suas famílias, particularmente quando estas são sujeitas a procedimentos invasivos, havendo a necessidade, nestas situações, de se recorrer a estratégias de conforto (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Os profissionais de saúde têm um papel fundamental na capacitação dos pais para que estes tenham uma presença de qualidade, uma vez que a orientação e o apoio, para a maioria dos pais, são uma força estabilizadora para a criança durante os momentos que são considerados mais ameaçadores (Batalha, 2010).

Ser um profissional perito e conselheiro tem uma dupla função, exercida também junto dos familiares envolvidos, em que em algumas situações a preocupação, a ansiedade e o sofrimento são tão grandes ou maiores do que as do próprio cliente (Hesbeen, 2001).

Fatores ambientais e psicológicos podem também exercer uma forte influência na perceção da dor da criança e esta pode ser transformada através de estratégias de educação, psicossociais, de apoio parental e de intervenções cognitivo-comportamentais. Durante os procedimentos dolorosos repetidos nas crianças, as intervenções cognitivo-comportamentais, técnicas como a distração e a imagem guiada, revelam-se eficazes na redução da angústia e ansiedade (Hockenberry & Wilson, 2014).

Com o uso de estratégias não farmacológicas, pretende-se reduzir a perceção da dor, torná-la mais tolerável, reduzir a ansiedade e proporcionar à criança o aumento do conforto e a sensação de controlo (Hockenberry & Wilson, 2014).

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) tem como competência fazer a gestão distinta da dor, assim como do bem-estar da criança e jovem, melhorando as respostas e aplicando conhecimentos sobre o bem-estar físico, psicossocial e também espiritual (Regulamento n.º 422, 2018).

Não posso deixar de evidenciar a liderança e o trabalho em equipa, características que dei conta em inúmeras situações, resultante de uma maior união entre os profissionais de saúde, de forma a garantir a melhor qualidade possível nos cuidados de saúde prestados à criança/jovens/famílias.

A pandemia instalou-se na vida de todos nós e é importante que sejamos capazes de nos adaptar, de forma a prosseguir com as nossas vidas, com as restrições que esta exige. Pessoalmente, sinto uma enorme gratidão pela possibilidade de ter feito este ensino clínico neste período tão conturbado, onde fui, de certa forma, testada não só a nível do meu conhecimento como em relação às minhas capacidades de adaptação.

A empatia que se cria com um cliente é, de facto, algo que enriquece o enfermeiro na sua profissão e que promove bastante o plano de cuidados proposto e posteriormente executado.

O Trabalho Emocional em Enfermagem, é definido por Smith (2012), pelas competências e atos envolvidos no cuidar e pelo reconhecimento das emoções dos outros e não apenas das emoções experienciadas pelo enfermeiro. Este trabalho emocional significa mobilizar competências como empatia, amabilidade, delicadeza, tranquilidade, simpatia, ânimo, alívio do sofrimento, conhecendo a pessoa e ajudando-a a resolver os seus problemas.

O Modelo de TEEP apresentado por Diogo (2015, 2019), incorpora intervenções correspondentes a uma dimensão afetivo-emocional, com o objetivo de transformar positivamente as vivências perturbadoras e intensas dos clientes dos cuidados de enfermagem, assim como as do próprio enfermeiro, com o propósito de promover o bem-estar global das pessoas em interação. Este modelo incorpora cinco categorias de intervenção de acordo com a intencionalidade terapêutica, sendo elas: promover um ambiente acolhedor e afetuoso; nutrir os cuidados com afeto; facilitar a gestão das emoções dos clientes; construir a estabilidade dos relacionamentos; e regular a disposição emocional dos próprios enfermeiros.

Na minha prática de cuidados são vários os momentos que me revejo em situações de gestão de emoções da criança e família, desde o primeiro contacto no acolhimento à criança/jovem e sua família até ao momento da alta hospitalar. Na pediatria o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz depende da confiança que a criança e sua família têm no enfermeiro e a transmissão de emoções como o afeto potencializam essa relação. "(...) cuidar ou relação terapêutica é o mesmo, perspetivando-o como o processo de healing do cliente no qual os enfermeiros devem ser capazes de amar, de modo a facilitar estas relações de cuidar (caring relationships)." (Sticley & Freshwater, 2002, citado por Paulo, Alexandre, Galhofas, MilHomens & Diogo, 2010).

O EESIP, ao assumir a criança/jovem na maximização da sua saúde, negocia a participação do mesmo e da sua família no processo de cuidar, no sentido da independência e bem-estar. Comunica com a criança/jovem e a sua família de uma forma adequada à sua idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis, demonstrando

conhecimentos nas técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e a sua família (Regulamento n.º 422, 2018).

O enfermeiro deverá analisar com regularidade o trabalho que faz, assim como reconhecer falhas que mereçam uma mudança de atitude. Este decide sobre os meios e as técnicas que usará na sua prestação de cuidados, promovendo e rentabilizando os recursos que existam, gerando confiança e uma participação ativa da pessoa e família (OE, 2015).

Pretendo debruçar-me nesta reflexão sobre o levantamento de diagnósticos de enfermagem e intervenções e a sua importância, uma vez que é algo que me despertou interesse em aprofundar enquanto contexto de trabalho, uma vez que é uma parte pouco trabalhada ainda pela equipa de enfermagem do serviço onde exerço funções enquanto enfermeira.

Estes, são um instrumento imprescindível na prestação de cuidados dos enfermeiros, uma vez que através deles é possível assegurar a continuidade dos cuidados, facilitando a comunicação entre os elementos que cuidam da pessoa, assim como obter dados para avaliar e desenvolver a disciplina de Enfermagem e ir contribuindo para o desafio de dar visibilidade à profissão, conduzindo a um aumento da qualidade dos cuidados e colaborando para a produção de conhecimento científico em Enfermagem (Leal, 2006).

Fiz o levantamento dos diagnósticos e das intervenções disponíveis para levantamento no processo informático (Sistema Informático Glintt) durante o internamento da criança, jovem e suas famílias, baseado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), no processo de enfermagem e nos focos de atenção e diagnóstico e encontrei vários focos relacionados com o TEEP, como a “Ansiedade”, “Conforto”, “Medo” “Stress”, “Comunicação”, “Gestão das emoções”, verifiquei que como intervenções de enfermagem associadas, “Promover apoio emocional”, “promover suporte emocional”, “Facilitar comunicação”, “Facilitar comunicação expressiva”, “Encorajar prestador de cuidados a exprimir as suas emoções” e “Promover Conforto”. Contudo deparei-me com o facto destes serem raramente levantados pela equipa de enfermagem.

Face a isto, conversei com a equipa de enfermagem de modo a sugerir que os focos de atenção fossem mais utilizados, assim como as intervenções de enfermagem, sendo bem aceite pela equipa.

O Enfermeiro “Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos” (Regulamento n.º 140, p.4749).

Com o foco direccionado para os cuidados centrados na família e parceria de cuidados é levantado no processo (estes diagnósticos e intervenções são obrigatórios) o

papel parental não adequado passando adequado após ensinamentos realizados à criança, jovem e suas famílias. Como intervenções “necessidades de formação identificadas” e “ensinar gestão do regime terapêutico”.

O enfermeiro deverá analisar com regularidade o trabalho que faz, assim como reconhecer falhas que mereçam uma mudança de atitude. Este decide sobre os meios e as técnicas que usará na sua prestação de cuidados, promovendo e rentabilizando os recursos que existam, gerando confiança e uma participação ativa da pessoa e família (OE, 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria – Compreender para Mudar*. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-593-0.
- Casey, A; Mobbs, S. (1998). Partnership in practice. *Nursing Times*. Novembro. 2.V.84. Nº 44, p. 67-68.
- Collet, N.; Rocha, S. (2004). Criança Hospitalizada: Mãe e Enfermagem compartilhando o cuidado. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. (Março/Abril), Vol. 12, nº 2 p. 191-197.
- Collière, Marie-Françoise (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: LivPsic.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2001). Plano Nacional de Luta contra a dor. Lisboa: Direção Geral da Saúde. ISBN : 972-9425- 95-7.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular normativa Nº 09/DGCG. Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos). Circular normativa 022/2012. Ministério da Saúde.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: uma hipótese explicativa do processo emotivo-vivencial na prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2010). *Metamorfose da experiência no acto de Cuidar: o processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento em Enfermagem.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: um Processo de metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar* (2º ed.). Loures: Lusociência.
- Dowd T. (2004). *Teoria do Conforto*. In A.M. Tomey & M.R. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra* (5ª ed.) (481-495) Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6.
- Fernandes, A. (2000). *Crianças com dor. O quotidiano o trabalho e Dor no Hospital*. Coimbra: Quarteto. ISBN: 972-8535-49-X.

- Goleman, D. (2002). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Hesbeen, W. (2000) – *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuida*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry M. & Wilson D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 978-989-748004-1.
- Institute for Patient-and Family-Centered Care [IPFCC]. (2016). Advancing the practice of patient – and family-centered care in primary care and other ambulatory settings: How to Get Started.... Acedido a 06-07-2020. Disponível em: <https://www.ipfcc.org/resources/GettingStarted-AmbulatoryCare.pdf>
- KOLCABA, K., DiMARCO, M. A. (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*, may – june, vol. 31, nº 3, p. 187-194.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company, 610 p. ISBN 0-8261-1663-7
- Leal, M. (2006) – *A CIPE e a Visibilidade da Enfermagem: Mitos e Realidades*. Loures: Lusociência.
- Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos)*. Lisboa, Portugal: Direcção Geral da Saúde.
- Ordem Dos Enfermeiros [OE]. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem Dos Enfermeiros [OE]. (2015). *Estatuto da Ordem dos enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2015). Reducing pain at the time of vaccination: WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record*, no.39, pp.505-516. Acedido a 10-04-2017. Disponível em: <http://www.who.int/wer/2015/wer9039.pdf?ua=1>.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2.ª série, 133, 19192-19194.

- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da república, 2.ª série, 26, 4744-4750.
- Riley, J. B. (2004). *Relação Enfermeiro/Cliente: Uma Relação de Ajuda. Comunicação em Enfermagem*. (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Shields, L., Pratt, J., Davis, L., Hunter, J. (2009). Family-centred care for children in hospital (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;1:1-26.
- Smith, P. (2012). *Emotional labour of nursing revisited: Can nurses Still Care?* (2a ed.). Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP]. (2007). *Acta Pediátrica Portuguesa: Revista de Medicina da Criança e Adolescente*. Vol. 38, n.º 6. Novembro/Dezembro 2007. p. 231-271.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-33-9.

**APÊNDICE V – DIÁRIO DE CAMPO DA CONSULTA DE
DESENVOLVIMENTO INFANTIL ESTRATÉGIAS DE
COMUNICAÇÃO COM A CRIANÇA E O JOVEM ADAPTADAS AO
ESTÁDIO DE DESENVOLVIMENTO**

DIÁRIO DE CAMPO DA CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM A CRIANÇA/JOVEM ADAPTADAS AO ESTÁDIO DE DESENVOLVIMENTO

Este diário de campo, pretende descrever e analisar as estratégias comunicacionais utilizadas na consulta de desenvolvimento infantil, na interação com as crianças, os jovens e a família, mobilizando as estratégias referidas por Hockenberry (2014).

Estratégias utilizadas na comunicação com a criança	Descrição da situação
1 - Proporcionar tempo	No dia 23 de novembro de 2020, durante a consulta de desenvolvimento de um adolescente , e após um diagnóstico de Distúrbio da Personalidade a mãe pediu para se retirar da consulta (encontrava-se em negação), foi-lhe dado esse tempo, a mãe saiu e voltou a entrar passado uma hora, de seguida eu na qualidade de enfermeira e a Médica explicámos os próximos passos a adotar face ao diagnóstico. O tempo necessário para a mãe foi aceite.
2 - Falar inicialmente com os pais se a criança se apresentar envergonhada	No dia 25 de novembro de 2020, deu entrada na consulta de desenvolvimento infantil uma criança de 10 anos com Espectro do autismo, que estava acompanhado pelo seu pai. A comunicação inicial não foi bem-sucedida; a criança quando questionada não falava. Então comecei a falar com o pai sobre o seu percurso na escola e no decorrer da conversa com o pai, o menino começou a falar sobre as suas disciplinas favoritas. Houve necessidade de estabelecer primeiro a confiança com o apoio do pai.
3 - Comunicar através de um objeto de transição	No dia 25 de novembro de 2020, durante a consulta de desenvolvimento, houve a necessidade de efetuar uma colheita de análises a uma criança de 5 anos . Iniciei o procedimento com a demonstração no boneco favorito da criança, pelo que fui falando com o boneco e com a criança em simultâneo explicando todo o

Baseado em: Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente (9.ª ed.), (pp. 122-187). Loures: Lusociência

	procedimento e exemplificando. A criança inicialmente falava pelo boneco.
4 - Dar oportunidade de falarem sem a presença dos pais	Durante a consulta de dia 26 de novembro de 2020, um adolescente de 16 anos partilhou que tinha iniciado a sua vida sexual e tinha algumas dúvidas. No decurso da consulta o mesmo solicitou à mãe que saísse. Foi respeitado o espaço do adolescente, a mãe saiu do espaço e as suas dúvidas foram esclarecidas.
5 - Assumir uma posição ao mesmo nível do olhar da criança	A equipa muitas vezes senta-se nos bancos para as crianças, e inclina-se de forma a ficar no nível de visão das crianças. Este episódio aconteceu no dia 26 de novembro de 2020 enquanto estávamos a realizar a avaliação com recurso à Escala de Mary Sheridan; sentamo-nos nos bancos da altura da criança.
6 - Falar com tom de voz tranquilo, transmitindo confiança	No dia 27 de novembro, durante a consulta de desenvolvimento, uma menina de 11 anos manifestou que não queria colaborar, e eu com uma voz tranquila e calma por forma a transmitir confiança expliquei-lhe que estávamos lá para a ajudar e que não iria haver procedimentos dolorosos. A criança vinha com muito medo, mas depois de me ouvir ficou mais tranquila e sem sinais de medo ou ansiedade, tornando assim a consulta mais interessante e onde foram efetuadas várias partilhas.
7 - Falar de modo claro e com palavras simples e frases curtas	No dia 27 de novembro, uma criança de 11 anos com distúrbio da personalidade foi à consulta, de forma propositadas no decurso da consulta foram utilizadas frases simples e curtas para uma melhor compreensão por parte da mesma.
8 - Oferecer possibilidade de escolha quando ela existe	No dia 2 de dezembro de 2020, um adolescente que vinha sendo acompanhado pelo médico desde a nascença, foi a uma consulta. Como havia um conhecimento prévio do que o adolescente mais apreciava, o ar livre, foi-lhe dada a opção de realização da consulta no consultório ou ao ar livre no pátio do hospital, e atendendo à escolha do adolescente a consulta realizou-se ao ar livre.
9 - Ser honesto	No dia 3 de dezembro de 2020, foi necessário puncionar uma criança de 6 anos durante a consulta de desenvolvimento por hipoglicemia, e quando a criança me questionou se ia doer eu disse-lhe que ia doer só um pouquinho.

Baseado em: Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente (9.ª ed.), (pp. 122-187). Loures: Lusociência

<p>10 - Facilitar a expressão dos seus medos</p>	<p>Dia 4 de dezembro de 2020, enquanto punccionava um menino de 12 anos, ao qual foi necessário colher sangue para análises, foi explicado o procedimento, e enquanto explicávamos percebemos que ele estava com vontade de chorar, mas olhava constantemente para nós e parecia ter vergonha de admitir junto de nós que estava com medo. Então disse-lhe “não existe nenhum problema de chorar, é normal doer um bocadinho”. Após esta conversa, ele começou a chorar, e a dizer que tinha medo da dor, e a perguntar se ia ficar com um buraco... esclarecemos todas as suas dúvidas e ele ficou mais calmo.</p>
<p>11- Utilizar várias técnicas de comunicação (verbais e não verbais) de acordo com a criança e com o contexto</p>	<p>No dia 4 dezembro, na interação com um adolescente constatamos que a sua linguagem verbal era muito “pobre” e nós, enfermeiros e médicos, entendíamos aquele adolescente através das mensagens implícitas nos seus desenhos durante a consulta de desenvolvimento.</p>
<p>12 - Reforçar aspetos positivos</p>	<p>No dia 4 de dezembro de 2020, após um procedimento doloroso a uma criança de 9 anos, toda a equipa bateu palmas e entregámos uma medalha pela sua coragem e um diploma de bom comportamento.</p>
<p>13 - Evitar julgamentos ou críticas</p>	<p>No dia 4 de dezembro de 2020, um menino de 7 anos, durante a consulta de desenvolvimento começou aos gritos, a bater com a cabeça nas paredes e a correr de um lado para o outro, entrando e saindo da sala constantemente. Eu fui ter com o menino e tentei acalmá-lo. Os pais dos outros meninos que estavam na sala de espera, começaram a criticar o comportamento da criança, e nós enquanto equipa de enfermagem tentámos evitar esses julgamentos juntos dos pais da criança, e fomos explicando que era uma criança “especial”.</p>

ANÁLISE

No decurso da experiência formativa nas consultas de desenvolvimento, verifiquei uma grande preocupação com a vertente da comunicação, quer com as crianças quer com os seus pais. Segundo Campos (2017), o paradigma vigente em Enfermagem exige que os enfermeiros demonstrem competências comunicacionais de forma a promoverem emoções positivas nos clientes, já que “a comunicação é um processo (...) de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas. (...) apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa” (Campos, 2017 citando Phaneuf, 2005).

A comunicação consiste na componente verbal e não verbal da informação que está a ser transmitida, sendo bidirecional. Isto significa que quando comunicamos com os clientes temos de ter em consideração o que é verbalizado, mas principalmente, como é verbalizado, particularmente na abordagem a crianças mais pequenas que são muito suscetíveis à componente não verbal da mensagem. Saber ouvir, saber respeitar os silêncios, interpretar expressões e posturas corporais, permite ao enfermeiro recolher informação pertinente sobre o estado emocional da criança e família, implementando intervenções adequadas à situação (Phaneuf, 2005). Através da comunicação, estabelece-se uma relação de ajuda e de confiança entre os intervenientes que facilita a prestação de cuidados, envolvimento e culturalmente sensíveis” (DR, 2018, p. 19193). Esta estratégia foi utilizada nos pontos 1, 10 e 11 do Diário de Campo.

Uma forma de comunicação com crianças até ao início da idade escolar é através do brincar, que segundo Hockenberry (2014) é “uma das formas mais importantes de comunicação e pode ser uma técnica efetiva na relação com esta”. Segundo Goldstein (2012), brincar reduz o medo, a ansiedade, o stress e a irritabilidade e conseqüentemente, promove a calma, a resiliência e a capacidade de adaptação a mudanças, tornando a experiência de hospitalização menos traumática. Portanto, é uma estratégia utilizada em contexto hospitalar com objetivos terapêuticos. Esta estratégia foi utilizada no ponto 3 do Diário de Campo.

Collière (1989, p. 235) defende que “cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é, igualmente um ato de reciprocidade que prestamos à pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”. Nesse sentido, também Monteiro e Cerqueira (2020, p. 36) referem que a “Parceria de Cuidados é um modelo que implica uma relação de confiança entre a criança, a família e os enfermeiros, com uma aceitação e compreensão mútua das capacidades, limitações e vontades de cada interveniente, a cada momento do processo”. Esta estratégia foi utilizada nos pontos 2, 4, 6, 9 e 13 do Diário de Campo.

O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey (1993) engloba 5 conceitos primordiais, sendo estes criança, família, enfermeiros, saúde e ambiente. Em relação ao conceito de criança esta é vista como um ser dependente, que ao longo do seu crescimento vai desenvolvendo um conjunto de aptidões e competências que a capacitam para responder às suas necessidades. Relativamente à família esta é uma unidade de indivíduos, pais e outros elementos, que detêm responsabilidade pela prestação de cuidados à criança, exercendo influência no crescimento e desenvolvimento da criança. A saúde é definida como o estado ótimo de bem-estar físico e mental constante, permitindo que a criança atinja o seu máximo potencial. O desenvolvimento da criança pode ser afetado por inúmeros estímulos que têm origem no ambiente que a envolve, devendo estes ser imbuídos de amor e cuidados (Casey, 1993, cit. por Monteiro & Cerqueira, 2020).

O Enfermeiro Especialista “promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”, “demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento” e “transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infante juvenil”. Ainda nesta competência o Enfermeiro Especialista “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”, “demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família”, “demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem” e neste âmbito “facilita a comunicação expressiva de emoções” (OE, 2018, p.19194). Esta estratégia foi utilizada nos pontos 5, 6 e 7 do Diário de Campo.

Por último, a pandemia por Covid-19 veio transformar a forma como comunicamos de uma forma geral, devido ao distanciamento físico necessário, e à utilização permanente de máscara facial e equipamento de proteção individual. O enfermeiro especialista necessita de desenvolver competências comunicacionais, adequando a comunicação ao estágio de desenvolvimento e capacidade de compreensão da criança ou do jovem e sua família (OE, 2018), que devido ao contexto pandémico implica novos desafios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Campos, C. M. (2017). A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem. *Psilogos*, 15(1), 91-101.

Collière, M. F. (1989). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Diário da República (2018). Regulamento no 422/2018: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2ª Série, 133(12 de julho de 2018), 19192-19194.

Hockenberry, M.J., Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed) Loures: Lusociência.

Monteiro, A.J., & Cerqueira, C. (2020). Modelos de cuidados em Saúde Infantil e Pediatria: Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In L. Ramos, & M. Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (3/ pp. 33-388). Lidel.

Baseado em: Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9.ª ed.), (pp. 122-187). Loures: Lusociência

**APÊNDICE VI – CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO ATIVIDADE
LÚDICA**

CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO

ATIVIDADE LÚDICA

INTRODUÇÃO

Esta atividade surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, e inserindo-se no estágio da consulta de desenvolvimento tem como objetivo demonstrar a importância do brincar como forma de comunicar em pediatria, bem como a sua função na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança.

Em pediatria, o brincar é considerado como uma das formas de comunicar mais importantes (Hockenberry, 2014). O brincar é uma atividade inata, voluntária, evolutiva e espontânea, que acompanha a criança (Sanders, 2014). O ato de brincar também promove o desenvolvimento físico, social, afetivo e cognitivo da criança, sendo muitas vezes usado de forma a diminuir sentimentos e emoções como o medo, a ansiedade e a irritabilidade, enquanto promove o bem-estar da criança, permitindo-lhe momentos de calma, segurança e distração (Esteves et al., 2021). Importa, ainda, salientar que o brincar permite que a criança expresse os seus próprios sentimentos, ansiedades e frustrações (Silva, Schmidt et al., 2020).

Com a realização desta atividade lúdica prossegui a finalidade de ilustrar a aquisição de competências de enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, abordadas ao longo do relatório de estágio.

OBJETIVOS

Com a realização desta atividade lúdica pretendi atingir os seguintes objetivos:

→ Implementar o brincar durante a permanência de crianças/adolescentes e suas famílias na consulta de desenvolvimento;

→ Proporcionar um ambiente afetivo;

→ Implementar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria na estimulação do brincar do desenvolvimento infantil;

→ Demonstrar que a aplicação terapêutica do brincar proporciona às crianças atividades estimulantes e divertidas, promovendo a calma, segurança e relaxamento (a gestão emocional).

ORGANIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

A atividade lúdica realizou-se durante o estágio na consulta de desenvolvimento infantil que decorreu na época de Natal, sendo a população alvo as crianças, os adolescentes e suas famílias.

A atividade consistiu em **decorar a sala de atividades** com o tema de Natal, a qual é ilustrada nas fotos que se seguem, sendo de salientar que fiz eu própria todo o material temático.





REFLEXÃO

A distração é definida como um procedimento que promove o desvio de atenção de um determinado estímulo para outro estímulo alternativo. Esta técnica cognitiva é frequentemente utilizada como estratégia de enfrentamento, redirecionando a atenção da criança em direção a um novo estímulo, ou envolvendo a criança ativamente numa tarefa diferente do procedimento original, com a finalidade de diminuir a capacidade de percepção dos estímulos dolorosos, interrompendo o componente afetivo da dor, e minimizando, deste modo, os indicadores de ansiedade e medo da criança (Sonne et al., 2017). A segurança e o conforto da criança são prioritários e o enfermeiro deve estar preparado para adaptar as atividades às necessidades de imobilização e repouso da criança (tabuleiros especiais para adaptar às camas, jogos suspensos) (OE, 2013).

A atividade lúdica da sua preferência e que lhe proporcione prazer, em ambiente hospitalar, atenua vivências negativas, permite a verbalização dos medos, sentimentos e necessidades, liberta energia, alivia a tensão, envolve a equipa; brincar no hospital dá visibilidade de um ambiente bom e agradável (Brito, Resck, Moreira & Marques, 2009; Jansen, Santos & Favero, 2010; Tavares, 2011; Diogo, 2023).

Além disso, através da atividade lúdica as crianças e adolescentes aprendem a compartilhar brinquedos, histórias, emoções, medos, alegrias e tristezas sobre a condição de hospitalização, proporcionando um meio para enfrentar esta condição de stresse (Silvério & Rubio, 2012). Alguns profissionais da equipa de saúde realizam procedimentos no próprio contexto do brincar, procurando adequar as suas técnicas com a atividade lúdica, realizada muitas vezes espontaneamente pela criança (Mitre & Gomes, 2004; Borges, Nascimento & Silva, 2008).

O enfermeiro EESIP, integra na sua prática profissional, os Cuidados Não Traumáticos (CNT) que são cuidados terapêuticos, prestados por profissionais, que executam determinadas intervenções com a finalidade de eliminar ou minimizar o

desconforto físico e psicológico vivenciado pela criança e família em qualquer contexto de cuidados (Hockenberry e Barrera, 2014). Têm como principal objetivo não causar dano, baseando-se em “prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família, promover uma sensação de controlo, e prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor” (Hockenberry & Barrera, 2014, p. 12). Constituem uma intervenção autónoma de enfermagem, que não apresenta contraindicações, e que traz benefícios para a criança e família pois permite, por exemplo, através do brincar, da conversa, do conto de histórias, do jogar, do pintar, do ouvir música, da visualização de desenhos animados, reduzir ou eliminar a dor, o desconforto, o medo, o stress ou a ansiedade associada aos cuidados de saúde (Hockenberry & Barrera, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ambiente terapêutico em contexto de cuidados pediátricos é fundamental para a adaptação positiva do cliente pediátrico aos processos de saúde-doença, promove a sua aprendizagem e desenvolvimento e a capacidade de gerir emocionalmente o processo e condição de saúde (Diogo, 2023).

A atividade lúdica realizada neste estágio, contribuiu para a criação de um ambiente terapêutico que vai ao encontro do mundo fantástico das crianças, que é segurizante e apaziguador do medo e ansiedade, e enquadra-se no lúdico e na brincadeira para promover um ambiente seguro e afetuoso.

Neste âmbito, foi possível desenvolver as seguintes competências EEESIP: **E2.4.** Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; **E3.1.** Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil e **E3.3.** Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Esta atividade apresentou uma grande aceitação por parte de todas as crianças, reforçando que através do “ambiente de brincadeira, colorido e alusivo ao Natal” se consegue reduzir os medos, as ansiedades, e minimizar o efeito negativo

e traumático que a hospitalização gera nas crianças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). Influência da família na promoção da saúde da criança. In M. J. Hockenberry, & D., Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (3/pp. 108-159). Lusociência.

Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. J. Hockenberry, & D., Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (1/pp. 44-88). Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Artes Gráficas.

Regulamento no 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.a série, (N.o 133), 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/115685317>.

Sanders, J. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. in M.J. Hockenberry & D. Wilson (Ed.) Wong, *Enfermagem da criança e do adolescente* (Vol. 2, Chap. 26, pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.

Sonne, T., Merritt, T., Marshall, P., Lomholt, J., Müller, J., & Grønbaek, K. (2017). Calming Children When Drawing Blood Using Breath-based Biofeedback. *UCL Discovery*, 725-737. <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/1545218/1/paper521.pdf>

Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: A Brincadeira Terapêutica no Acolhimento de Enfermagem à Criança Hospitalizada*. Lusociência

**APÊNDICE VII – ATIVIDADE EM CONTEXTO DE NEONATOLOGIA
ESTIMULAR O TOQUE PARA PROMOVER A VINCULAÇÃO**

ATIVIDADE EM CONTEXTO DE NEONATOLOGIA

- ESTIMULAR O TOQUE PARA PROMOVER A VINCULAÇÃO -

INTRODUÇÃO

Esta atividade surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, e inserindo-se no estágio no internamento da neonatologia tem como finalidade demonstrar a importância do “toque” nos bebés pré-termo.

“De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a definição de prematuridade engloba todos os recém-nascidos antes de 37 semanas de idade gestacional, sendo considerados tardios aqueles nascidos entre 34 e 36 semanas e 6 dias e prematuros extremos, nascidos antes de 28 semanas de IG” (Vanin, L. K. et al, 2019).

É sabido que os pais de crianças prematuras passam por certas dificuldades aquando do nascimento das mesmas. Seja pelo internamento nas Unidades de Cuidados Intensivos/Intermédios Neonatais ou mesmo pelo impacto nas suas atividades enquanto pais no futuro. Segundo Campos (2000), a prematuridade é prejudicial ao estabelecimento de uma boa relação, devido à separação durante os primeiros tempos de vida do bebé.

Segundo Diogo (2020, p. 5) “os enfermeiros fornecem “ferramentas de conforto” aos clientes para estes fazerem face ao seu sofrimento; conseguindo sentir maior controlo e fazendo uma eficaz gestão das suas emoções; aliviando o sofrimento associado à vivência de doença e hospitalização. O Trabalho emocional em enfermagem pediátrica ajuda a que os momentos de doença e hospitalização, que têm conotação negativa e estão associados a emoções negativas, se

transformem em momentos mais tranquilos, sendo o internamento um momento de calma e conforto, capacitando a criança e a família para a sua capacidade de autocontrolo.

No caso de bebés prematuros, a envolvência dos pais no dia-a-dia dos filhos, inicia-se na Unidade de Cuidados Neonatais, pelo que é de extrema relevância incentivar os pais a praticarem contactos estimulantes como a voz, o toque agradável, a massagem, entre outros. Estes cuidados personalizados estimulam o desenvolvimento físico, psicológico, motor, social e afetivo do bebé, que estabelece uma relação única de conhecimento mútuo com o cuidador.

É evidente nos dias de hoje, a importância da integração da família junto da criança de forma continuada. No entanto nem sempre foi este o entendimento. A importância da integração da família a tempo integral foi evidenciada a partir de 1988, com o aparecimento do primeiro modelo de enfermagem que realça a importância fundamental dos pais nos cuidados à criança hospitalizada. Este modelo, designado por Modelo da Parceria de Cuidados, elaborado por Anne Casey, assume os pais como parceiros da equipa de enfermagem pediátrica nos cuidados ao filho, e levou ao aparecimento de novas formas da organização da assistência à criança hospitalizada, relevando o foco de atenção em Enfermagem e afirmando que a hospitalização vai muito para além do atendimento clínico (Collet e Rocha, 2004).

Na área de pediatria, a filosofia de cuidados inerente é a de cuidados centrados na família. Os enfermeiros englobam a família nos cuidados à criança/jovem, participando no planeamento, execução e tomada de decisão nos cuidados prestados construindo-se uma parceria enfermeiro-família. Esta colaboração promove uma visão holística da criança/jovem, atendendo a todas as suas necessidades. (Hockenberry & Wilson, 2014).

Nas Unidades de Cuidados Neonatais vive-se rodeado de aparelhos dificultadores do contacto direto, pelo que é necessário saber contornar as inúmeras barreiras que surgem, de modo a desenvolver formas de ajudar e ser ajudado. Estas barreiras podem ser, de certo modo, ultrapassadas através da informação e preparação dada pelos profissionais aos pais, que quando

corretamente compreendidas e utilizadas podem fortalecer a interação pais-filhos.

Uma das abordagens para proporcionar “toque positivo” ao prematuro é a **estimulação tátil-cinestésica ou massagem**. Divide-se em três momentos: inicialmente, realiza-se estimulação tátil, massajando todo o corpo; de seguida, aplica-se estimulação cinestésica, fletindo e estendendo todos os membros; por fim, repete-se o primeiro momento.

A estimulação tátil-cinestésica aparenta favorecer o ganho de peso em prematuros estáveis, sem prejuízos. É um instrumento de humanização e de fortalecimento do vínculo entre os pais e o bebé. A doença e a hospitalização são referidas como um fator de stress na família e na criança/jovem. O ambiente desconhecido e o desconforto presente pelo material e procedimentos dolorosos geram, além de stress, ansiedade (Diogo et al., 2016).

Em pediatria o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz depende da confiança que a criança e sua família têm no enfermeiro e a transmissão de emoções como o afeto potencializam essa relação. “(...) cuidar ou relação terapêutica é o mesmo, perspetivando-o como o processo de healing do cliente no qual os enfermeiros devem ser capazes de amar, de modo a facilitar estas relações de cuidar (caring relationships).” (Stickey & Freshwater, 2002 citado por Paulo, Alexandre, Galhofas, Mil-Homens & Diogo, 2010).

Uma das formas de contacto físico mais utilizada é o **método canguru**, em que é privilegiado o contacto pele-a-pele, sendo o bebé colocado diretamente sobre o peito da mãe ou do pai, aconchegado com um cobertor, fechando depois a roupa dos mesmos de modo a formar uma bolsa.

Segundo Bee (1997), o contacto pele-a-pele imediatamente após o parto, parece aprofundar a capacidade dos pais responderem às necessidades do bebé. Também Charpak (1997) defende que o método canguru favorece os batimentos cardíacos, a temperatura e a respiração do bebé, para além de manter o bebé numa posição mais vertical impedindo o refluxo e facilitando a digestão. Quanto mais cedo for iniciado o contacto físico através do toque, melhores serão os resultados no desenvolvimento da criança. Os bebés que são massajados regular e ternamente ganham mais peso, demonstram um melhor desenvolvimento neurológico, têm

menos cólicas, menos problemas respiratórios, aumento na imunidade, aumento na produção da hormona de crescimento, menos angústia e melhor sono.

Deste modo, quando o bebê transita para uma fase em que pode ser colocado num espaço aberto como um berço ao invés de uma incubadora, há um aumento do entusiasmo e confiança da parte dos pais, pois passam a ter menos um obstáculo para o cuidado do seu bebê, facilitando o processo de envolvimento parental.

Também a comunicação é relacionada com o toque, uma vez que é percebida pelo bebê a forma como é tocado pelos pais como resposta aos seus apelos. Conforme a díade pais-filho avançam nesta troca há, cada vez mais, um sentimento de união. O afeto é o nutriente principal para a estimulação do bebê, quando é transmitido com amor, carinho, atenção, através de uma comunicação agradável (DANTAS, 1992).

Segundo Diogo (2015, citado Diogo, 2020b), mesmo o contato com a criança é curto os enfermeiros investem sempre na dádiva do afeto acreditando que o amor transmitido e demonstrado tem o potencial de possuir efeitos a longo prazo. Para Watson (2002, 2005, citado por Diogo 2020b) "cuidar envolve ações carinhosas, (...) os afetos podem proceder de interações em que estiveram subjacentes sentimentos de identificação e sentimentos maternos." (p.5).

Na prática de cuidados de enfermagem é de extrema importância percebermos a criança e a família como seres holísticos, nunca esquecendo a dimensão psicossocial. Segundo Bolander (1994) "os cuidados de enfermagem dependem tanto do alívio do sofrimento mental e emocional, como do físico." (p.772). Segundo Sanders (2014), na prática e cuidados de enfermagem de alta qualidade é cada vez mais frequente mobilizar o afeto e o amor pra o estabelecimento da relação terapêutica.

Em pediatria o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz depende da confiança que a criança e sua família têm no enfermeiro e na transmissão de emoções, como o afeto, potencializam essa relação "(...) cuidar ou relação terapêutica é o mesmo, perspectivando-o como o processo de healing do cliente no qual os enfermeiros devem ser capazes de amar, de modo a facilitar estas relações

de cuidar (caring relationships).” (Sticley & Freshwater, 2002 citado por Paulo, Alexandre, Galhofas, Mil-Homens & Diogo, 2010).

OBJETIVOS

Com a realização desta atividade lúdica pretendi alcançar os seguintes objetivos:

- Promover a vinculação entre bebês e pais;
- Proporcionar ao bebê o toque;
- Demonstrar a importância do toque;
- Promover o desenvolvimento da parentalidade;
- Implementar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria como promotor da parentalidade.

ORGANIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

A atividade realizou-se durante o estágio no internamento de neonatologia, e consistiu na criação de cartões com atividades que impliquem interação entre os pais e os bebês, promovendo a vinculação e a parentalidade, dando sempre o tempo considerado necessário pelos pais para a sua interligação.

Estes cartões alusivos ao toque, como se ilustra em seguida, eram colocados em cada berçário promovendo a interação.



Os bebés massajados regularmente, têm um maior aumento de peso.
Depois do banho, sabe bem uma massagem com creme, papás.

O método canguru favorece os batimentos cardíacos, a temperatura e a respiração do bebé.



O método canguru favorece os batimentos cardíacos, a temperatura e a respiração do bebé.

Seja com festinhas ou ao colo, quando sou embalada, durmo melhor, papás.



*Seja com festinhas ou ao
colo, quando sou
embalado, durmo melhor,
papás.*



O "foque" é uma fonte de estimulação.
Desencadeia sentimentos e emoções.
Papás, mesmo que não me possam
pegar ao colo, podem tocar-me.



O "foque" é uma fonte de estimulação.
Desencadeia sentimentos e emoções.
Papás, mesmo que não me possam
pegar ao colo, podem tocar-me.



Papás, quando me
mudarem a fralda, podem
fazer-me uma massagem
na barriga.
Bebés massajados
regularmente têm menos
cólicas.



Papás, quando me mudarem a fralda, podem fazer-me uma massagem na barriga.
Bebés massajados regularmente têm menos cólicas.



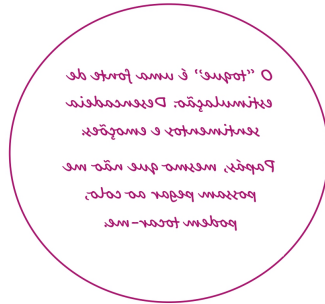
Papás, quando me mudarem a fralda, podem fazer-me uma massagem na barriga.
Bebés massajados regularmente têm menos cólicas.



Papás, quando me mudarem a fralda, podem fazer-me uma massagem na barriga.
Bebés massajados regularmente têm menos cólicas.



O "toque" é uma fonte de estimulação. Desencadeia sentimentos e emoções.
Papás, mesmo que não me possam pegar ao colo, podem tocar-me.



REFLEXÃO

O mundo do recém-nascido e do lactente está limitado às suas necessidades corporais, pelo que os pais devem lidar com ele numa linguagem por ele compreendida; segundo Winnicott (2000) “ama de um modo físico, proporciona contacto, calor corporal, movimento e quietude de acordo com as necessidades do bebé”. O bebé sente-se querido ou não conforme o toque dos cuidadores, que posteriormente afetará a sua autoestima e visão de si próprio. O afeto é fundamental para o funcionamento da inteligência, assim Piaget relata que “seria impossível raciocinar sem vivenciar certos sentimentos e que para existir afeição é preciso ter um mínimo de compreensão” (PIAGET, 1975, p. 16)

Na relação mãe-bebé, o toque será uma fonte de estimulação que desencadeará uma série de sentimentos e emoções que farão parte da formação do histórico de experiências da criança. Assim, se os toques forem afetivos e continuados, no sentido de serem dirigidos ao bebé com intenções positivas, aumentam as hipóteses de que seja construído um vínculo de amor intransponível e imensurável (WINNICOTT, 2005).

É relevante que os pais sejam compreendidos quanto aos seus sentimentos de impotência, pelo que é de extrema importância que sejam incluídos nos cuidados. Mesmo quando o bebê não pode ser pegado ao colo, pode ser tocado, sempre com alguns cuidados. Nestas situações, os pais podem envolver-se diretamente nos cuidados em áreas específicas, nomeadamente nos cuidados de higiene, na alimentação, nas mudanças de fralda, etc., o que irá ajudar a desenvolver competências facilitadoras do sucesso do processo de preparação da alta e regresso a casa. A permanência nas Unidades de Cuidados Neonatais é temporária pelo que é importante capacitar os pais para os cuidados no domicílio.

Eva Reich, pediatra e psicoterapeuta, criou uma massagem como propósito de ajudar ao desenvolvimento dos recém-nascidos, com o nome de “O Toque da Borboleta”. Anteriormente, já se usava uma técnica originária da Índia, trazida para o ocidente pelo obstetra francês Leboyer, a Shantala. O objetivo major de ambas as massagens é acalmar o bebê, reforçando o vínculo entre os pais e o filho, pelo que o toque deve ser relaxante, agradável e prazeroso para ambos (Pedraça, 2019).

No âmbito da importância do toque e com o objetivo de desenvolver as competências necessárias a enfermeira especialista proponho-me à elaboração de cartões ilustrativos para colocação nas incubadoras e nos berços, de modo a estabelecer a relação afetuosa entre o bebê e os pais. O facto de poder ver, tocar e cuidar do bebê, contribui para o fortalecimento dos laços afetivos após o nascimento, daí a importância desta atividade. “Os padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem constituem-se, para os enfermeiros especialistas nesta área de especialização, como uma oportunidade e referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício” (Regulamento 351/2015, p. 16660).

O Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria assume um papel preponderante na minimização das possíveis consequências negativas resultantes da recente e inesperada separação, através da parceria de cuidados e da estimulação da vinculação segura, com a promoção do contacto entre recém-nascido (RN) e pais. Durante o período de estágio nos Cuidados Intermédios de

Neonatologia, valorizei a comunicação e interação com os pais, promovendo o desenvolvimento da parentalidade e da vinculação entre pais e RN, através da orientação, apoio, demonstração, supervisão nos cuidados ao RN, promoção do aleitamento materno, do método de canguru e da massagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As competências parentais não são inatas no ser humano, antes pelo contrário, são aprendidas e treinadas, pelo que o EEESIP tem um papel fundamental na promoção da aprendizagem parental e no suporte prestado aos mesmos durante o desenvolvimento da criança, durante o ciclo vital da família (Lopes, Lopes, Catarino & Dixe, 2010; Klock et al., 2019).

Houve uma aceitação generalizada por parte dos pais a esta atividade. Tendo eu sido abordada com grande satisfação pela maioria dos pais, uma vez que alguns deles tocaram pela primeira vez nos seus filhos, potencializando assim a vinculação.

A partir desta atividade alguns dos pais tomaram a iniciativa de fazer os cuidados de higiene dos seus filhos, embora com a minha supervisão.

Pude assim concluir que esta atividade foi promotora da vinculação e parentalidade tendo alcançado as seguintes competências : A2.1 Promove a proteção dos direitos humanos; B3.1 Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo; E1.1 Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E2.1 Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados; E3.2 Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2015). Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica - Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar. 2.^a ed. Loures: Lusodidacta
- 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), 43-52.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: o enfermeiro enquanto gestor emocional. Pensar Enfermagem, 20 (2), 26-47
- Diogo, P. (2020). Construir a estabilidade no relacionamento – Texto de Apoio V
- Diogo, P. (2020). Regular a disposição emocional para cuidar – Texto de Apoio VI.
- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014) Perspectivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.), Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente. 9^a edição. Loures, Portugal: Lusociência
- Jorge, A. (2004). Família e Hospitalização da Criança. (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem. Loures: Lusociência.

Klock, P., Buscher, A., Erdmann, A. L., Costa, R. & Santos, S. V. (2019), Melhores práticas na gerência do cuidado de enfermagem neonatal. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28, p. 1-14.

Lopes, M. (2001). *Concepções e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e Implicações* (2.ª Ed). Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República nº 26/19, II Série*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.

Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República nº 133/18, II Série*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.

Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 1025-1060). Lusociência.

**APÊNDICE VIII- DIÁRIO DE CAMPO DA NEONATOLOGIA
ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM OS PAIS**

DIÁRIO DE CAMPO EM CONTEXTO DE NEONATOLOGIA

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM OS PAIS

Este diário de campo, pretende descrever e analisar as estratégias comunicacionais utilizadas no internamento da neonatologia, na interação com os pais dos bebés, mobilizando as estratégias referidas por Hockenberry (2014).

Estratégias utilizadas na comunicação com a família	Descrição da situação
1 - Encorajar a falar	<p>No dia 18 de fevereiro 2021, no turno da manhã, deparei-me com uma mãe a chorar e quase a adormecer enquanto olhava, com uma ternura inexplicável, para o seu filho que estava numa incubadora, tinha nascido prematuro de 24 semanas de gestação e com 750 gramas.</p> <p>Percebi logo o estado de exaustão, e de instabilidade emocional daquela mãe, aproximei-me e com a mão no seu ombro tentei tranquilizá-la, perguntando se queria falar um pouco de modo a exprimir as suas emoções.</p> <p>A mãe começou a falar comigo demonstrando o seu estado de preocupação com o seu filho, referindo que desde o internamento do seu filho não conseguia dormir devido à preocupação com o estado de saúde da sua “riqueza” (SIC).</p> <p>Passei a informação que tinha em meu poder e que podia transmitir sobre o mesmo, dizendo que o filho</p>

	<p>estava muito bem connosco e que era tratado com todo o amor e carinho que merecia.</p> <p>A mãe no final do turno veio agradecer-me e dizer que a nossa pequena conversa tinha sido muito tranquilizadora, e referindo que lhe fez muito bem “desabafar”.</p>
<p>2 - Escuta e perceção cultural</p>	<p>No dia 22 de fevereiro 2021, um bebé com 15 dias encontrava-se internado na unidade, mas ainda não tinha nome, e a Dra. pediu para entrarmos em contacto com os pais para sabermos qual seria.</p> <p>Contactei a mãe que me explicou que eram “indus” e que o nome do bebé culturalmente só pode ser atribuído após o primeiro mês de vida. Tranquilei a mãe dizendo que iria ser respeitada a sua religião e cultura e que aguardávamos até ao menino ter um mês.</p>
<p>3- Usar o silêncio</p>	<p>No dia 25 de fevereiro 2021, a mãe de um bebé de 5 dias de vida permanecia no serviço 24 horas por dia, uma vez, que o diagnóstico daquela menina era muito reservado. Abordei a mãe de modo a esclarecer alguma dúvida que persistisse. Após a abordar, a senhora começou a chorar, e por uns instantes ficámos em silêncio no quarto. A senhora após desabafar ficou mais tranquila e quis continuar a conversar.</p>

4 - Ser empático	<p>No dia 28 fevereiro 2021, a mãe de uma menina de 1 mês andava impaciente, gritava com os profissionais de saúde e tinha um comportamento desadequado. Então, enquanto um elemento da equipa realizava higiene da bebé, levámos a mãe para um dos quartos vazios e perguntámos se queria falar. Ela verbalizou que nós a devíamos achar uma péssima pessoa porque tinha tido comportamentos de risco durante a gravidez. Nós referimos que percebíamos que ela própria se estivesse a culpabilizar pelo seu comportamento durante a gravidez, mas que a equipa não fazia juízos de valor e que estavam ali para ajudar o bebé e a mãe.</p>
5- Fornecer orientação antecipada	<p>Na manhã de 4 de março de 2021, um menino de 6 dias foi realizar um exame complementar cardíaco. Foi inicialmente explicado aos pais todos os procedimentos pré-exame, durante e o pós-exame. Posteriormente os pais agradeceram a nossa explicação, e disseram que as informações transmitidas foram muito importantes para eles.</p>
6 - Evitar bloqueios à comunicação	<p>No dia 8 de março de 2021, no turno da tarde, uma mãe foi visitar o seu menino pela primeira vez e foi “bombardiada” por parte da equipa medica e de enfermagem, com toda a informação acerca do recém-nascido e sobre as regras do serviço. Olhei para aquela mãe e percebi que era tanta informação que ela já não estava a conseguir assimilar tanta coisa,</p>

	e de forma mais pausada expliquei-lhe novamente a informação.
7 - Comunicar através de um intérprete	Na manhã de 14 de março 2021, entrou uma criança Holandesa, tivemos algumas dificuldades em comunicar com o seu pai. Questionei a minha enfermeira orientadora se havia na maternidade algum tradutor ao que me foi respondido que não. A Solução que encontrei foi pegar no meu telemóvel e procurar uma aplicação do telemóvel que efetua traduções via verbal e assim consegui comunicar com aquele pai.

ANÁLISE

No decurso da experiência formativa no internamento de neonatologia verifiquei que a postura, seguida pela Equipa do Internamento da Neonatologia, de estabelecer o acolhimento às famílias desde o momento da internação do neonato fez com que as famílias se adaptassem melhor à unidade, auxiliando também na construção de uma relação de confiança, conhecimento da rotina, participação na tomada de decisão e nos cuidados à criança.

O enfermeiro tem um papel de extrema importância na gestão das emoções da família, utilizando estratégias que proporcionem à família alívio do stress e diminuição do medo e trauma causado pela hospitalização do seu filho (Fernandes & Silva, 2015; Exequiel, Milbrath, Gabatz, Vaz et al., 2019). A equipa de enfermagem é crucial para minimizar qualquer efeito adverso que a admissão no hospital possa ter na criança e sua família. O EEESIP tem um papel primordial na

Baseado em: Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente (9.ª ed.), (pp. 122-187). Loures: Lusociência

gestão das emoções (Diogo, 2019) para alterar as emoções negativas do cliente, para estados de tranquilidade e bem-estar contribuindo para o desenvolvimento de mecanismos de coping e para uma adaptação positiva a toda a situação.

Verifiquei que a realização do acolhimento às famílias foi um fator benéfico para a redução de sentimentos negativos relacionados à internação do neonato. A postura acolhedora e empática por parte dos profissionais de saúde possibilitou que a família se sentisse à vontade para expressar dúvidas, medos e ansiedades e, assim, facilitou o enfrentamento do processo de adoecimento de sua criança.

Esta Estratégia está espelhada nos pontos 1, 4 e 6 do Diário de Campo.

Os cuidados baseiam-se na capacidade dos enfermeiros EESIP adaptarem a comunicação ao Estádio de desenvolvimento da criança e família e à sua cultura (OE, 2018). Considero que numa das situações de internamento foi complicada a comunicação com uma criança de outra nacionalidade conforme relatei **na estratégia do Diário de campo no ponto nº 7**, considerando eu que apesar de haver comunicação recorrendo ao telemóvel, esta não foi uma comunicação muito eficaz, pelo que considero que nos hospitais deveria haver um profissional interprete. Também **no ponto 2 do Diário** deparei-me com uma situação com uma mãe “Indu” havendo necessidade de me adaptar á cultura desta mãe.

Quando o profissional promove uma escuta sensível, juntamente com uma comunicação de qualidade, considerando os anseios da família, acaba por gerar nela sentimentos positivos, como alegria, esperança e confiança frente ao apoio e afeto. Conforme relatado nos **pontos 1, 3 e 5 do Diário de Campo**, tentei manter uma postura de escuta ativa, incentivando ao desabafo, permanecendo em silêncio sempre que considere importante. Este meu comportamento levou a que no final as mães estivessem menos stressadas e frustradas e mais calmas. Com as mães mais calmas expliquei-lhes de forma antecipada quais os procedimentos que iriam ser seguidos no internamento dos seus bebés e que quais os resultados expectáveis.

Ferreira e Costa (2004) referem que o enfermeiro é o cuidador mais próximo do RN, e por isso o elemento promotor da aproximação e interação pais/RN, envolvendo-os nos cuidados ao seu filho (CCF/parceria de cuidados), para que possam continuar o processo de vinculação (Exequiel, Milbrath, Gabatz, Vaz et al., 2019).

Ações que realizámos, como convidar os familiares a fazer parte dos cuidados rotineiros com a criança, comunicar de forma simples e clara e ensinar os cuidados básicos, resultam em sentimentos de confiança e felicidade. Perceber a fragilidade da criança e da família por conta da internação, implica de nos enquanto profissional sensibilidade, a fim de se estimular o contato do familiar com o neonato, ajudando para que se superem os medos e a desenvolver adaptação emocional. Neste âmbito u, dos exemplos que realizei foi os cartões do "Toque".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2014). Wong. Enfermagem da criança e do adolescente. (9a ed) Loures: Lusociência.

Hockenberry, M.J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In Hockenberry, M.J., Wilson, D. (2014). Wong. Enfermagem da criança e do adolescente. (9a ed) Loures: Lusociência.

Hockenberry, M.J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M.J., Wilson, D. (2014). Wong. Enfermagem da criança e do adolescente. (9a ed) Loures: Lusociência.

Diogo, P. & Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma revisão Scoping. Revista Pensar Enfermagem, 23(1), 21-40.

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

**APÊNDICE IX – PERTINÊNCIA DA INTRODUÇÃO DA VACINA
PARA OS RAPAZES NO PLANO NACIONAL DE VACINAÇÃO**



PAPILOMA VÍRUS HUMANO (HPV)

**PERTINÊNCIA DA INTRODUÇÃO DA VACINA
PARA OS RAPAZES NO PLANO NACIONAL
DE VACINAÇÃO(PNV)**

Ana Rita Ferreira nº 9563



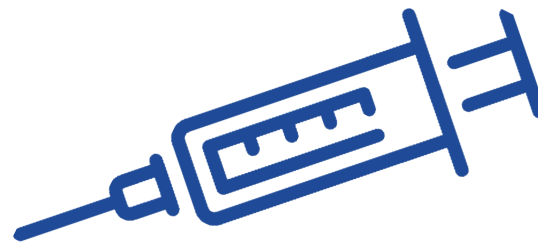
CONTEXTUALIZAÇÃO



O presente trabalho foi elaborado pela Enfermeira Ana Rita Ferreira a realizar estágio na USF **Emergir em São Domingos de Rana** no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) no ano letivo 2020/21. Este trabalho foi orientado pela Enfermeira Helena Mendes.

Neste documento pode encontrar informação relativa à vigilância de saúde, à vacinação e à importância da vacina HPV (Papiloma vírus humano) no novo plano de vacinação introduzida em 2020. Existe também uma breve contextualização sobre o papel do enfermeiro e o impacto do HPV em Portugal e no mundo.

OBJETIVOS



- Contextualizar o PNV em Portugal
- Definir o HPV, tipos e níveis de prevenção
- Identificar as manifestações do HPV no sexo masculino
 - Caracterizar a vacina contra o HPV
- Perceber o impacto do HPV em Portugal e no mundo
 - Evidenciar o papel do enfermeiro na vacinação

PLANO NACIONAL DE VACINAÇÃO



- “(...) 14% da mortalidade global em crianças com menos de cinco anos, foi devido a doenças preveníveis pela imunização.”

(OMS citada por Ferreira et al., 2011, p.3)



FIGURA 1. Principais características do Programa Nacional de Vacinação desde a sua criação até à atualidade

PLANO NACIONAL DE VACINAÇÃO



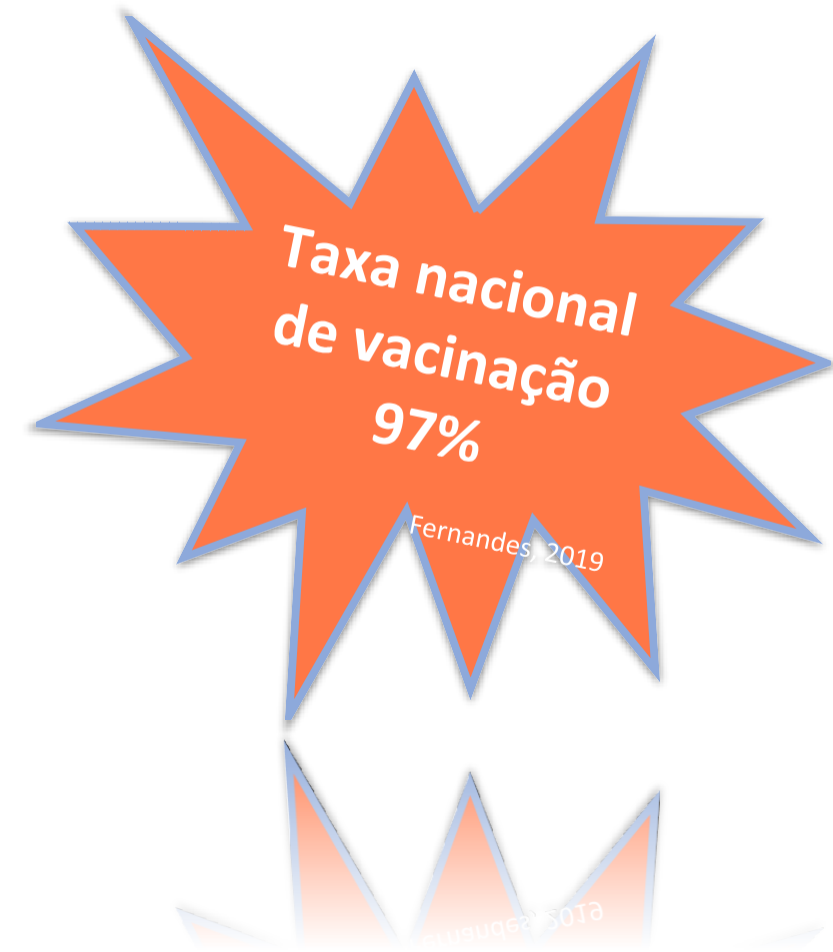
Critérios de inclusão de vacinas no PNV

- Epidemiologia das doenças
- Evidência científica do impacto
- Relação custo-efetividade
- Disponibilidade no mercado

PLANO NACIONAL DE VACINAÇÃO 2017-2020

Programa Nacional de Vacinação – 2017

Vacina Doença	Idade												
	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos	
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3									
<i>Haemophilus influenzae b</i>		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4							
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5						
Poliomielite		VIP 1	VIP 2	VIP 3		VIP 4	VIP 5						
<i>Streptococcus pneumoniae</i> ¹		Pn ₁₃ 1	Pn ₁₃ 2		Pn ₁₃ 3								
<i>Neisseria meningitidis C</i>					MenC								
Sarampo, parotidite epidémica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2						
Vírus Papiloma humano ²								HPV 1,2					
Tétano, difteria e tosse convulsa ³									Tdpa - Grávidas				
Tétano e difteria ⁴									Td	Td	Td	Td	



(Programa nacional de vacinação, 2017)

MUDANÇA DO PLANO NACIONAL DE VACINAÇÃO

MENU



16

Diário de Notícias

Vacinas: Meningite B e HPV para rapazes passam a ser gratuitas em 2020

Vacina contra a meningite B entra no Programa Nacional de Vacinação a partir de outubro de 2020. Rapazes também passam a ser vacinados contra o vírus papiloma humano (HPV). Rotavírus entra, mas só para grupos de risco.

Susete Henriques

27 Dezembro 2019 — 10:54

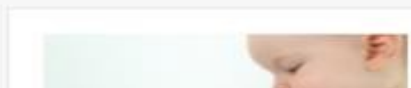


TÓPICOS

- vacinas
- Vida e Futuro
- Programa Nacional de Vacinação



Relacionados



PLANO NACIONAL DE VACINAÇÃO 2020

Quadro I – PNV: Esquema geral recomendado

Vacina Doença	Idade											
	Nasci-mento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3								
<i>Haemophilus influenzae b</i>		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4						
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite		VIP 1	VIP 2	VIP 3		VIP 4	VIP 5					
<i>Streptococcus pneumoniae</i>		Pn ₁₃ 1	Pn ₁₃ 2		Pn ₁₃ 3							
<i>Neisseria meningitidis B</i>		MenB 1	MenB 2		MenB 3							
<i>Neisseria meningitidis C</i>					MenC							
Sarampo, parotidite epidémica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2					
Vírus Papiloma humano								HPV 1,2				
Tétano, difteria e tosse convulsa									Tdpa - Grávidas			
Tétano e difteria								Td	Td	Td	Td	Td

VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO

- Uma das infeções sexualmente transmissíveis mais comuns a nível mundial
 - Elevada morbilidade e mortalidade
 - Infeção silenciosa, assintomática, de regressão espontânea
- 75%-80% das pessoas sexualmente ativas têm contacto com o vírus



PREVENÇÃO HPV

A vacinação é, portanto, o método de prevenção mais eficaz da infecção por HPV, este vírus tem uma elevada incidência no homem, a vacinação do género masculino foi introduzida este ano.

HPV NO SEXO MASCULINO

85 000 novos casos
de cancro anuais no
mundo atribuíveis ao
HPV



Vacinação no género masculino não só tem benefícios diretos para a pessoa vacinada, mas também diminui a circulação do vírus e o risco de infeções por HPV em pessoas não vacinados

VACINA VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO SEXO MASCULINO/SEXO FEMININO 2017 A 2020

2020

- Aplicável também ao sexo masculino, se nascidos ≥ 2009 , com o esquema 0, 6 meses.
- Os rapazes que iniciaram a vacinação por prescrição médica podem completar o esquema no âmbito do PNV, até ao dia antes de fazer 27 anos de idade, respeitando o esquema recomendado para a sua idade

(Infarmed, 2020)



2017/2020

Entre os 9 e os 14 anos:

- 2 inoculações - segunda é administrada 5 a 13 meses após a primeira.

Após os 15 anos:

- 3 inoculações - segunda e terceira administradas 2 e 6 meses após a primeira.

Só abrangia o sexo feminino

(Infarmed, 2017)

O HPV EM PORTUGAL E NO MUNDO

Prevalência na população feminina

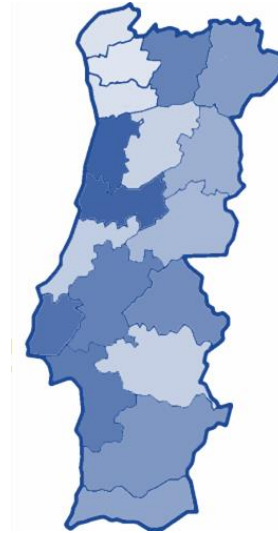
19,4% 18-64 anos

21,8% 25-29 anos

12,5% 30-39 anos

9,9% 40-49 anos

Prevalência na população masculina desconhecida



2008

2009-2011

2014

2017

Vacina tetravalente
para raparigas de 13
anos

Abrangidas
raparigas com 17
anos

Administração a
partir dos 10 anos

Substituição da
vacina pela
nonavalente

85% das raparigas estão vacinadas → imunidade de grupo

→ Abranger os rapazes decisão política e custo-benefício

O HPV EM PORTUGAL E NO MUNDO



Países com vacina HPV para os rapazes no PNV: Áustria, Canadá, Austrália, EUA

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

Intervenção do Enfermeiro:

- Identificar situações de risco;
- Educação e promoção para a saúde (as populações ficam mais habilitadas para controlar a sua saúde e o ambiente e fazer opções conducentes à saúde);
- Capacitar para a tomada de decisão sobre a adesão à vacinação e adoção de comportamentos preventivos;
- Vacinação.



CONCLUSÃO



- O PNV é fundamental para reduzir a morbilidade e mortalidade associada a doenças infecciosas;
- Vírus HPV tem elevada prevalência em homens e mulheres;
- É relevante a administração no sexo masculino pois também são afetados pelo vírus;
- A introdução da vacina para os rapazes em Outubro deste ano.

“A **Vacinação é um direito e um dever dos cidadãos e pretendemos que participem ativamente na decisão de se vacinarem, com a consciência de que estão a defender a sua saúde, a saúde pública e a praticar **um ato de cidadania**”**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Bogaards, J. A., Wallinga, J., Brakenhoff, R. H., Meijer, J. L. M., Berkhof, J. (2015). Direct benefit of vaccinating boys along with girls against oncogenic human papillomavirus: bayesian evidence synthesis. *The British Medical Journal*, 350. **Doi:**10.1136/bmj.h2016.
- Comissão de Vacinas da S. I. P. S. P. P. (2018). Recomendações sobre Vacinas Extra Programa Nacional de Vacinação - atualização 2018.
- Comissão Técnica de Vacinação. (2008). *Vacinação contra infecções por vírus do papiloma humano (HPV)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Despacho n.º 10441/2016 (2016). Plano Nacional de Vacinação. Assembleia da república. Diário da república, 2.ª série (N.º 159 de 19-08-2016)
- Diário da República, 2.ª série — N.º 133 — 12 de julho de 2018, Regulamento n.º 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Ordem dos Enfermeiros.
- Direcção Geral de Saúde. (Maio, 2019). *Boletim - Programa Nacional de Vacinação, editorial*. n.º 2.
- ECDC Guidance. Introduction of HPV vaccines in European Union Countries - an update. Stockholm: ECDC; 2012. DOI:[10.2900/60814](https://doi.org/10.2900/60814).
- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro.
- Fernandes, J. (2019, Maio). Taxa de 97%. Portugal com cobertura de vacinação mais alta de sempre. In *Expresso*. Acedido em: 26/12/2019. Disponível em: <https://expresso.pt/sociedade/2019-05-03-Taxa-de-97.-Portugal-com-cobertura-de-vacinacao-mais-alta-de-sempre>.
- Fernandes, T. & Freitas, G. (2017). Atualização do programa nacional de vacinação: PNV 2017. *Séries informação e análise - DGS*. 1(1). <https://www.hpv.pt/> Acedido em: 26/11/2019
- Ferreira, M. , Leal, E. , Galhardo, J. , Mendes, C. , Soares, H. , Brito, M. (2011). Novas vacinas. *Acta Médica Portuguesa*,24(S2), 167-174.
- Helena, L. (2004). Eficácia em Vacinação: elementos essenciais na prática de Enfermagem. *revista referência*, n.º 12, 61-72. Recuperado de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2057&id_revista=5&id_edicao=9
- <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/virus-do-papiloma-humano-hpv/> Acedido em: 13/10/2020
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2017). Inquérito Serológico Nacional 2015-2016. Doenças Evitáveis por Vacinação: 1-184
- Leça, A., Sarmiento, A. M., Freitas, G., Marques, J. G., Marques, L. H., Santos, L. A. ... Fernandes, T. (2016). *Programa nacional de vacinação 2017*. Lisboa: DGS.
- Lúcio, S. (2019, Janeiro). Cancro do colo do útero pode tornar-se raro em Portugal. In *Sábado*. Acedido em: 02/12/2019. Disponível em: <https://www.sabado.pt/ciencia---saude/detalhe/cancro-do-colo-do-utero-pode-tornar-se-raro-em-portugal>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Maia, A. (2019, Abril). DGS recomenda mais estudos sobre o alargamento da vacina contra o HPV aos rapazes. In *Público*. Acedido em: 22/11/2019. Disponível em: <https://www.publico.pt/2019/04/16/sociedade/noticia/dgs-recomenda-estudos-alargamento-vacina-hpv-rapazes-1869464>
- Organização Mundial da Saúde (2017). Guia sobre a introdução da vacina contra o VPH nos programas nacionais de vacinação. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Pista, A., Oliveira, C., Cunha, M., Paixao, M., & Real, O. (2012). Risk factors for human papillomavirus infection among women in Portugal: The CLEOPATRE Portugal Study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118(2), 112–116. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.03.028>;
- Portaria n.º 247/2017 (2017). Assembleia da república. Diário da república, 1.ª série (N.º 150 de 04-08-2017)
- Ramos, V. (2017, Novembro). A nova vacina contra o HPV. In *Workshop - saúde reprodutiva das adolescentes*. Núcleo de ginecologia da infância e adolescência da SPG, Coimbra.
- Rebelo, C. (2019, Janeiro). Não incluir a vacinação de rapazes para o HPV é discriminação perante um vírus que não escolhe género. In *Sapo*. Acedido em: 02/12/2019. Disponível em: <https://mood.sapo.pt/claudio-rebelo-nao-incluir-a-vacinacao-de-rapazes-para-o-hpv-e-discriminacao-perante-um-virus-que-nao-escolhe-genero/>
- Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais - OE, 2011
- Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista
- Rocha, A. C., & Duarte, C. (2016). *Factors facilitating implementation of school-based sexuality education in Portugal*. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 21(1), 30–38. <https://doi.org/10.3109/13625187.2015.1057809>
- Rocha, R., Grupo de Estudo da Vacina do HPV & Verdasca, N. (2017). Primeiro estudo em Portugal sobre a identificação dos genótipos do vírus do papiloma humano (HPV) numa população feminina vacinada com atividade sexual ativa. *Boletim Epidemiológico Observações*. 6(18), 4-9.
- Secção portuguesa de colposcopia e patologia do trato genital inferior - Sociedade portuguesa de ginecologia. (2017). *Consenso nacional sobre vacinas contra HPV*. Lisboa: Ad Médi.
- Silva, V. F. G., Soares, D., Rodrigues, S., Lírio, C., & Barros, M. (2019). Vacinação contra o papiloma vírus humano no género masculino em idade pediátrica: qual a evidência?. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 35(5), 382-391.
- Von Rosen, A. J., Von Rosen, F. T., Tinnemann, P., & Müller-Riemenschneider, F. (2017). *Sexual health and the Internet: Cross-sectional study of online preferences among adolescents*. *Journal of Medical Internet Research*, 19(11), 1–15. <https://doi.org/10.2196/jmir.7068>

**APÊNDICE X- EMAIL DE SENSIBILIZAÇÃO AOS PAIS DOS
ADOLESCENTES SOBRE VACINA HPV**

Email de sensibilização aos pais dos adolescentes sobre vacina HPV

Boa tarde, o meu nome é Ana Rita Ferreira, sou Enfermeira, e encontro-me a realizar um estágio no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este estágio está a decorrer na Unidade de Saúde Familiar ■ que pertence ao ACES ■.

Tenho como objetivo, em conjunto com a equipa residente, promover a saúde da criança neste contexto adverso de pandemia onde os contactos presenciais estão bastante limitados. Assim, surgiu a ideia de partilhar com as famílias, por via eletrónica, informações úteis sobre a introdução da Vacina para o género Masculino com início em 2020.

Em Anexo encontra-se informação pertinente sobre:

- Contextualizar o PNV em Portugal
- Definir o HPV, tipos e níveis de prevenção
- Identificar as manifestações do HPV no sexo masculino
- Caracterizar a vacina contra o HPV
- Perceber o impacto do HPV em Portugal e no mundo

Em caso de dúvidas entrar em contactar com a Unidade de Saúde Familiar ■

Pelo contacto ■

A adesão à vacinação do HPV (vírus do papiloma humano) do adolescente é fundamental, pelo que este deve ser incentivado. As convocatórias estão disponíveis para marcação de dia X a dia X.

Muito obrigado pela atenção,

Ana Rita Ferreira

**APÊNDICE XI – ANÁLISE REFLEXIVA: REGISTO DE
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS COM AS
RESPOSTAS EMOCIONAIS DA CRIANÇA E FAMÍLIA**



**11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**ANÁLISE REFLEXIVA: REGISTO DE DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMAGEM RELACIONADOS COM AS RESPOSTAS
EMOCIONAIS DA CRIANÇA E FAMÍLIA**

—

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA.....	4
2. IMPORTÂNCIA DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM.....	6
3. ANÁLISE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM DE DIMENSÃO EMOCIONAL NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA.....	8
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A sua finalidade é realizar uma análise crítica e reflexiva sobre o levantamento dos diagnósticos de enfermagem relacionados com a emocionalidade, e o trabalho emocional em enfermagem pediátrica, no serviço de Urgência Pediátrica, para reforçar a importância dos diagnósticos de enfermagem.

Defini como objetivo específico propor estratégias para melhorar o levantamento dos diagnósticos de enfermagem.

Para a elaboração do presente trabalho foram essenciais as pesquisas realizadas através da plataforma EBSCOHost, do motor de busca Google Académico, bem como a leitura e consulta de livros técnicos sobre a temática.

Este trabalho encontra-se estruturado em quatro capítulos: no primeiro será apresentada uma breve contextualização sobre as emoções, no segundo constará a referência à importância dos registos de enfermagem, a identificação de problemas encontrados e sugestões de melhoria e por último as considerações finais.

1. TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Diogo (2023), define “os processos de saúde-doença vividos por crianças e jovens e suas famílias estão, frequentemente, associados a uma emocionalidade intensa e, concomitantemente, implicam um grande desafio emocional para os enfermeiros nos seus cuidados, exigindo um trabalho emocional de tripla centralidade: no cliente, no enfermeiro e na relação enfermeiro-cliente” (p. 448). Diogo (2023) citando Smith (2012) refere que “Os enfermeiros desempenham este trabalho emocional de acordo com os seus recursos pessoais e aprendizagem pela experiência do dia-a-dia dos cuidados” (p. 98). Ainda Diogo (2019), citando Raeve (2002) e Mann (2005), defende que “Por estas razões, são necessários Modelos conceptuais para nortear e fortalecer os enfermeiros na sua prática, e que os ajudem a enfrentar e gerir esses desafios emocionais visando a intencionalidade terapêutica da práxis. Em cuidados de saúde, os requisitos e características da relação de cuidados requerem um Modelo específico de trabalho emocional” (p. 5).

O Trabalho emocional (TE) é, frequentemente, definido como o processo de autorregulação entre as emoções sentidas e as expressas, durante a interação com os clientes (Gabriel & Diefendorff, 2015). Diogo (2015), citando Hochschild (1983), define TE como a “(...) indução ou supressão dos sentimentos para manter uma aparência exterior que resulte num cuidado com os sentimentos dos outros, proporcionando um ambiente seguro” (p. 40). A mesma autora, citando Smith (1992, 2012), complementa referindo que em enfermagem o trabalho emocional é “(...) de natureza especializada, que tem de ser aprendido da mesma forma que as competências para prestar cuidados físicos” (p. 41). O desempenho do trabalho emocional traz benefícios tanto para o cliente como para o profissional pois,

permite melhorar os resultados em saúde para a criança e família, mas também potencia “a satisfação no trabalho, maior envolvimento com o cliente e sua satisfação com os cuidados” (Diogo & Mendonça, 2019, p. 22).

Ainda Diogo (2019) reforça que “as pessoas são o foco da intervenção de Enfermagem, a qual assenta na relação terapêutica enfermeiro-cliente, e esta constitui um espaço de expressão e partilha emocional na medida em que, por um lado, a pessoa (cliente dos cuidados de enfermagem) vivencia uma emocionalidade intensa associada às experiências de saúde-doença e, por outro lado, a pessoa (enfermeiro) experiencia emoções em resposta ao sofrimento da outra pessoa; e a gestão deste fluxo de emoções é intrínseca ao processo de cuidar” (p. 5).

Já o Modelo de Trabalho Emocional em enfermagem Pediátrica (TEEP) que foi desenvolvido por Diogo (2023) é definido pela mesma autora como “uma orientação para a prática profissional dos enfermeiros que cuidam de crianças e jovens, e respetivas famílias, permitindo analisar, fundamentar, orientar e avaliar as ações/interações nas situações de cuidados emocionalmente intensas e perturbadoras. Permite guiar a intervenção dos enfermeiros na gestão da emocionalidade associada aos processos de saúde-doença, que acrescentam sofrimento à criança, jovem e família, e que podem ser emocionalmente desgastantes para os enfermeiros” (p. 30).

2 - IMPORTÂNCIA DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

Os registos são um conjunto de informação escrita que permite a comunicação de factos essenciais relativos aos adolescentes e suas famílias, estes devem ser elaborados de forma sistemática, organizada e segundo uma ordem cronológica, permitindo conhecer o estado atual do adolescente. Devem ser elaborados de acordo com regras e critérios, por forma a serem o mais objetivo possível e permitir a prestação de cuidados de qualidade ao adolescente de forma individualizada e contínua.

Podemos assim referir que os registos são fundamentais para o trabalho em equipa multidisciplinar, são estes que permitem a comunicação entre a equipa, a individualização dos cuidados, a facilitação do planeamento e continuidade dos cuidados através da identificação das necessidades do adolescente. Os registos dão também visibilidade ao desempenho dos enfermeiros, reforçando a sua autonomia e responsabilidade profissional, servindo ainda como proteção legal pois tudo o que é realizado ao doente se encontra registado, determinando e atribuindo responsabilidades pois os registos encontram-se assinados pelo enfermeiro que os escreveu e prestou os cuidados.

Estes, são um instrumento imprescindível na prestação de cuidados dos enfermeiros, uma vez que através deles é possível assegurar a continuidade dos cuidados, facilitando a comunicação entre os elementos que cuidam da pessoa, assim como obter dados para avaliar e desenvolver a disciplina de Enfermagem e ir contribuindo para o desafio de dar visibilidade à profissão, conduzindo a um aumento da qualidade dos cuidados e colaborando para a produção de conhecimento científico em Enfermagem (Leal, 2006).

A importância dos registos referentes ao desempenho do trabalho emocional, através do sistema informático e mobilizando os focos e diagnósticos CIPE é de extrema importância.

Muitas intervenções de enfermagem são de cariz emocional (tranquilizar, dar apoio, fomentar a esperança, minimizar o medo, reduzir a ansiedade), mas para tal desempenho os enfermeiros compreendem e identificam diagnósticos associados aos cuidadores familiares, com necessidades emocionais induzidas pela hospitalização da criança (Diogo, Rodrigues, Sousa, Caeiro, Fernandes, & Fonseca, 2017).

Torna-se relevante expor que o registo dos cuidados de enfermagem prestados de apoio e suporte emocional, ficam apenas registados em “notas gerais” Diogo (2023), citando Diogo, Rodrigues, Sousa, Caeiro, Fernandes, & Fonseca (2017) não se refletindo na elaboração de diagnósticos ou intervenções no sistema informático. A escassa documentação do trabalho emocional em enfermagem leva à sua invisibilidade e dos seus resultados, perdendo-se o âmago dos cuidados de enfermagem de dimensão emocional” (p. 310).

Desta forma, os registos de enfermagem contribuem para o planeamento, aplicação e avaliação de cuidados prestados, traduzindo na equipa de enfermagem um sentimento de responsabilidade, autonomia, contribuindo para a segurança, qualidade e satisfação de todos os envolvidos na prestação de cuidados, sendo o adolescente a pessoa principal.

3 - ANÁLISE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM DE DIMENSÃO EMOCIONAL NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA

No Sistema de Informação GLINTT, baseado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), no processo de enfermagem e nos focos de atenção e diagnóstico, identificam-se vários focos relacionados com o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP), como o **“Bem-Estar Emocional”, “Emoção”, “Ansiedade”, “Conforto”, “Medo”**. Verifiquei que no serviço de urgência pediátrica o registo dos cuidados de enfermagem prestados, de apoio e suporte emocional, ficam apenas registados em notas gerais corridas, não se refletindo na elaboração de diagnósticos ou intervenções no sistema informático.

Conforme citado por Diogo (2023), a escassa documentação do trabalho emocional em enfermagem leva à sua invisibilidade e dos seus resultados, perdendo-se o âmago dos cuidados de enfermagem de dimensão emocional. Estas constatações são também corroboradas nos artigos analisados e abaixo identificados.

Neste âmbito abordei e refleti, com a minha Enfermeira Orientadora do estágio, sobre o registo dos cuidados de enfermagem prestados de apoio e suporte emocional, ficarem apenas registados em notas gerais corridas, não se refletindo na elaboração de diagnósticos ou intervenções no sistema informático, e a importância desse não registo, ou seja, na relevância da ausência de documentação do trabalho emocional em enfermagem levar à sua invisibilidade, e dos seus resultados. Embora seja claramente visível que os enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica efetivem um trabalho emocional, o facto de estes não serem registados concorre para se perder o âmago dos cuidados de enfermagem de dimensão emocional. Por forma a colmatar esta lacuna enfatizei a importância da valorização destas intervenções em momentos de reflexão

conjunta com os enfermeiros, de modo que passassem a ter como prática de rotina o levantamento de diagnósticos relacionados com a emocionalidade.

Esta proposta de melhoria, e a devida fundamentação baseada em evidência científica, foi bem acolhida pela orientadora e pela equipa, e será analisada em conjunto a sua aplicabilidade.

Da evidência científica consultada e analisada, apresento 2 artigos (disponíveis em Anexo) dos quais destaco algumas passagens fundamentais nesta reflexão sobre a prática clínica:

Artigo 1

Título: Diagnósticos de enfermagem relacionados com as respostas emocionais dos cuidadores familiares da criança hospitalizada

Autor/ano: Diogo, Rodrigues, Sousa, Caeiro, Fernandes, & Fonseca (2017)

Passagens:

1- “Dos achados disponíveis é possível constatar que os diagnósticos/resultados e intervenções CIPE®2, relacionados com a experiência emocional, o sofrimento e as necessidades dos cuidadores familiares decorrentes da vivência de doença e hospitalização da criança, são mais verbalizados em passagem de turno e em relatos da experiência de cuidados, e são menos registados no sistema informático de documentação de registos de enfermagem” (p. 521).

2- “Os enfermeiros participantes reconhecerem que não registam estes diagnósticos/resultados e intervenções de dimensão emocional, no sistema informático (CIPE®), e acrescentam que este campo de ação não é valorizado porque não é devidamente documentado” (p. 522).

- 3- “Estes achados contribuem para o reconhecimento da dimensão emocional de cuidar em pediatria, tal como o trabalho emocional dos enfermeiros, que constitui um campo de ação da enfermagem, mas que se mantém subvalorizado e por vezes pouco consciente, o que se traduz na escassez de registos” (p. 522).

Artigo 2

Título: Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática.

Autor/ano: (Diogo, 2019)

Passagens:

1- “(...) o diagnóstico CIPE 2[®], relacionado com a esfera emocional, mais documentado no sistema informático é o “Papel parental”, a partir do qual são associados registos que incidem nas intervenções “Vigiar papel parental”, “Promover o envolvimento da família” e “Incentivar papel parental durante a hospitalização”. Em registos gerais é feita referência, de modo mais claro e pormenorizado, ao estado emocional e à expressão de emoções dos cuidadores familiares” (p. 6)

2- “Além disso, o registo do trabalho emocional no sistema informático mobilizando os focos CIPE e/ou a criação de um programa de registo com base em algoritmos de trabalho emocional, seria muito revelante para implementar o Modelo TEEP” (p. 17).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito desta análise, bem como da reflexão por ela despoletada, foi possível mobilizar competências comuns do enfermeiro especialista, na medida em que mobilizei a capacidade reflexiva, efetuei pesquisas de evidências atuais e pertinentes, e efetuei propostas de melhoria.

Destaco a mobilização de conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da Qualidade do Serviço de Urgência Pediátrica, evidenciando assim a competência comum de enfermeiro especialista B- Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.

A minha intervenção junto da equipa do Serviço de Urgência Pediátrica, visando o levantamento dos diagnósticos de enfermagem relacionados com a emocionalidade, espelha ainda as seguintes competências comuns do enfermeiro especialista: C1— Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão uma vez que melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar e colabora nas decisões da equipa de saúde; Competência C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos as situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados; e C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados, uma vez que Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade, e Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade (OE, 2019).

O trabalho desenvolvido desde a pesquisa informática dos diagnósticos, procura de evidências científicas à partilha dessa informação e reflexão junto da equipa de enfermagem, evidencia as seguintes competências comuns do enfermeiro

especialista: D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais; D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidencia científica; D2.1 - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho; D2.2- Suporta a prática clínica em evidencia científica; e D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (OE, 2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CIPE & Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE® versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Porto Editora. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/livro-com-a-cipe-2-dispon%C3%ADvel-em-pdf-na-%C3%A1rea-reservada-do-site/>.
- Diogo, P., Rodrigues, J., Sousa, M. O., Caeiro, M. J., Fernandes, N., & Fonseca, R. (2017). Diagnósticos de enfermagem focados nas respostas emocionais dos cuidadores familiares da criança hospitalizada: Do discurso ao registo no sistema informático. In P. Diogo (coord). Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem (pp. 77-103). Lusodidacta.
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.ª versão revista).
- Diogo, P. & Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma revisão Scoping. Revista Pensar Enfermagem, 23(1), 21-40.
- Diogo, Paula. (2023). Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica. Lisboa, Portugal: Lisbon International Press.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, 26, 4744-4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

ANEXOS

ARTIGO 1

Diagnósticos de enfermagem relacionados com as respostas emocionais dos cuidadores familiares da criança hospitalizada

Paula Diogo¹, Odete Lemos e Sousa¹, Joana Rodrigues¹, Maria João Caeiro¹, Ricardo Fonseca¹

¹ Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.
pmdiogo@esel.pt; olemos@esel.pt; guarda.joana@gmail.com; mariajoaocaeiro@gmail.com;
enf.ricardofonseca@gmail.com

Resumo. Este estudo visa analisar e clarificar a valorização conferida pelos enfermeiros aos diagnósticos representados e identificados nos inovadores sistemas de informação, de registos de dados de saúde dos clientes, com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e com foco nas respostas emocionais dos cuidadores familiares da criança hospitalizada. Foi efetuada uma combinação de métodos qualitativos e quantitativos, com recurso à análise de conteúdo de observações das passagens de turno e ainda de entrevistas semiestruturadas, e à análise documental de registos de enfermagem. Os dados da observação e da entrevista sugerem que os enfermeiros identificam uma diversidade de diagnósticos/resultados e intervenções CIPE® de dimensão emocional, valorizando o desempenho do trabalho emocional com foco nos cuidadores familiares, mas paradoxalmente o registado no sistema informático é escasso, embora a introdução de Tecnologias de Informação (TI) em saúde permita revelar esta dimensão emocional de cuidar, a par das outras dimensões da prática de enfermagem.

Palavras-chave: Cuidadores familiares, Criança hospitalizada, Diagnósticos de enfermagem, Experiências emocionais, Tecnologias de Informação (TI), Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)

Identification of nursing diagnoses related to emotional responses of family caregivers of hospitalized children

Abstract. This study aims to analyze and clarify the valuation given by nurses to the diagnostic and intervention focuses represented in the innovative customer health information systems' data records, using the International Classification for Nursing Practice (ICNP), with focus on the emotional responses of the family caregivers of children hospitalized. In this study a combination of qualitative and quantitative research methods was performed, using the content analysis of observations about the handover meetings and semi-structured interviews, and documentary analysis of nurses' computer records. The observation and interview data suggest that nurses identify a variety of diagnostics/results and interventions ICNP of emotional dimension, enhancing the performance of emotional labour focusing on family caregivers, but paradoxically the record on the computer system is scarce, although the introduction of health information technology (IT) allows this emotional dimension of care reveal, along with the others dimensions of nursing practice.

Keywords: Family caregivers, Hospitalized children, Nursing diagnoses, Emotional experiences, Information Technology (IT), International Classification for Nursing Practice (ICNP)

1 Introdução

A incorporação das múltiplas dimensões de Cuidar em Enfermagem, nomeadamente a dimensão emocional, realça a perspetiva holística e humanista da profissão. Valorizar a experiência emocional do cliente nos processos de saúde-doença representa significar uma sensibilidade e abertura para as emoções do Outro e para as suas próprias emoções, e envolve ainda identificar o que a criança e os cuidadores familiares pensam e sentem na experiência de hospitalização. Em face à experiência de doença e hospitalização da criança, a família vivência uma situação de crise (Jorge, 2004), pelo que os

enfermeiros privilegiam o envolvimento e a presença dos pais no processo de cuidados humanizados e afetivos (Diogo & Baltar, 2014), com intervenções que minimizam o desconforto e o sofrimento físico e emocional. O cuidado é, assim, perspectivado como um processo relacional que implica a compreensão da experiência humana (Diogo, 2015), com um contacto acolhedor, transmitindo confiança aos pais, fazendo-os sentir que são bem-vindos e que existe disponibilidade para responder às suas necessidades e preocupações. O cuidar em enfermagem não pode ser indiferente às emoções humanas (Watson, 2002), e Benner e Wrubel, (1989) sugerem que a gestão das emoções na prática de cuidados está ligada a um nível de experiência e perícia dos enfermeiros, sendo que os enfermeiros peritos tendem a conferir uma grande importância às emoções na sua prática.

Atualmente, defende-se que a capacitação dos pais/cuidadores familiares para participarem positivamente nos procedimentos reduz o medo, a ansiedade e o stress, tanto da criança como dos próprios pais; o reforço do papel parental facilita a redução da ansiedade e do medo (Aldridge, 2005). Ou seja, facilita a gestão das emoções dos cuidadores familiares e a gestão das emoções da criança (Srouji, Ratnapalan, & Schneeweiss, 2010). Pelo contrário, quando os cuidadores familiares se encontram inseguros, ansiosos e com medo transmitem esse estado emocional à criança, e ficam menos habilitados para a parceria de cuidados.

O trabalho emocional em enfermagem (Smith, 2012), no qual se perspetiva o envolvimento dos cuidadores familiares no processo de cuidados, assume assim o papel de transformar positivamente a experiência emocional dos clientes (Diogo, 2015). Muitas intervenções de enfermagem são de cariz emocional (tranquilizar, dar apoio, fomentar a esperança, minimizar o medo, reduzir a ansiedade), mas para tal desempenho os enfermeiros compreendem e identificam diagnósticos associados aos cuidadores familiares, com necessidades emocionais induzidas pela hospitalização da criança. Porém, o reconhecimento deste trabalho emocional mantém-se oculto (Henderson, 2001), o que se revela um paradoxo dado a carga emocional envolvida no cuidado de enfermagem em contexto pediátrico.

De facto, a evidência científica revela uma conceção e uma prática de enfermagem pediátrica consentânea com o trabalho emocional (Diogo & Baltar, 2014; Diogo, 2015), tal como nos diagnósticos representados nos sistemas de informação de registos de dados de saúde dos clientes, com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®2), encontra-se espelhada esta dimensão emocional em diversos focos (Angústia, código 10015990; Angústia espiritual, código 10018583; Ansiedade, código 10002429; Apoio da família, código 10023680; Apoio emocional, código 10027022; Bem-Estar, código 10021047; *Burnout* (esgotamento), código 10003771; Confiança, código 10025934; Culpa, código 10008603; Esperança, código 10009095). Mas como os enfermeiros valorizam e traduzem nos registos de enfermagem esta dimensão emocional? Como os enfermeiros documentam este campo de ação? Este estudo visa analisar e clarificar a valorização conferida pelos enfermeiros a estes diagnósticos, intervenções e resultados com recurso à CIPE®.

2 Revisão da Literatura

Atualmente, os sistemas de informação ocupam um lugar de destaque nas organizações, nomeadamente nos serviços de saúde (Mota, Pereira, & Sousa, 2014), perspectivando-se que se constituam como infraestruturas eficientes no suporte ao fluxo de informação, de modo a otimizarem a gestão dos serviços e a promoverem a melhoria da qualidade dos cuidados, dos processos de tomada de decisão, da continuidade de cuidados e da partilha de informação. No nosso país, com base nos estudos de Silva (2006), Sousa (2006) e Pereira (2009), temos assistido a um aumento gradual da consciencialização da relevância da informação como recurso essencial para a qualidade dos cuidados de enfermagem (Sousa, 2012). Dos registos manuscritos em papel, passou-se

para os registos em Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) informatizados, que possibilitaram a construção de um

“novo modelo de dados para o SIE, ao nível da sua estrutura e conteúdo: ultrapassaram-se algumas dificuldades associadas à disponibilização de informação; os dados deixaram de estar unicamente centrados nas tarefas desenvolvidas pelos enfermeiros e na descrição narrativa dos acontecimentos; procedeu-se à inclusão da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®); procedeu-se à articulação entre a linguagem natural e a linguagem classificada; incorporaram-se enunciados diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem; e, entre outros contributos, melhorou-se a integridade referencial entre os elementos da documentação de enfermagem” (Sousa, 2012, p.1).

Muitas unidades de cuidados utilizaram o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), enquanto estrutura informatizada para os registos de enfermagem, que incorpora como linguagem classificada a CIPE®. Porém, o SAPE tem vindo a ser substituído pelo SCLINICO; “uma aplicação destinada ao registo de informação decorrente do ato de consulta, orientada para os profissionais médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais de saúde (...)” (SPMS, 2013, p.1).

Deste modo, defende-se que para o exercício da profissão de Enfermagem, é preponderante a utilização de uma terminologia que recorra à “tecnologia científica mais moderna para a sua manutenção e desenvolvimento e que envolva a participação a nível mundial na investigação e na aplicação clínica”, sendo estes elementos chave do Programa CIPE (ICNP & Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.13). De acordo com David Benton, Chief Executive Officer do International Council of Nurses (ICN):

“a CIPE apoia a missão do ICN de promover a Enfermagem e a saúde em todo o mundo, ao facultar uma linguagem unificada de Enfermagem para a documentação no ponto de prestação de cuidados. A aceitação e uso da CIPE tornaram-se mais alargados. Em 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a CIPE como membro (uma classificação relacionada) da Família de Classificações Internacionais da OMS, reconhecendo que uma terminologia para o domínio da Enfermagem é essencial para a documentação dos cuidados de saúde.” CIPE (ICNP & Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.11).

A CIPE é uma terminologia padronizada, organizada segundo o Modelo de 7 eixos (o foco, o juízo, o cliente, a ação, os recursos, a localização e o tempo), que reflete e representa a prática de enfermagem e pode ser usada para a documentação dos diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados dos clientes. A definição destes constructos surgiu numa versão anterior (beta 2). Integrado no fenómeno de enfermagem - aspeto da saúde relevante com interesse para a prática de enfermagem - emerge o conceito de diagnóstico de enfermagem definido enquanto o “rótulo atribuído por um Enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de Enfermagem”, ou seja, que diz respeito ao estado do cliente, a problemas, necessidades e/ou potencialidade (ICNP & Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.16 e 159). Atualmente, os diagnósticos de enfermagem são compostos por um termo do eixo do foco (área de atenção relevante para a enfermagem), um termo do eixo do juízo (opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de enfermagem) e outros termos adicionais (ICNP & Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.159). Por resultado de enfermagem entende-se “a medida ou estado de um diagnóstico de Enfermagem em pontos temporais após uma intervenção de Enfermagem (ICNP & Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.16). Por sua vez, a intervenção de enfermagem advém do comportamento dos enfermeiros na prática, sendo composta por um termo do eixo da ação (processo intencional aplicado a/ou desempenhado por um cliente) e pelo menos um termo alvo, ou seja, de qualquer eixo exceto do juízo.

Numa perspetiva geral, o diagnóstico de enfermagem tem implícito a intervenção e o resultado, e por vezes o termo 'diagnóstico' é utilizado para significar este trinómio que enforma o processo de cuidados.

A documentação de enfermagem eletrónica apresenta novas características que pode alterar a forma como o enfermeiro a utiliza para efetuar os registos, tomar decisões e comunicar com outros profissionais de saúde e, portanto, pode afetar a qualidade dos cuidados (Nemeth et al., 2006; Kelley, Brandon, & Docherty, 2011; Saranto et al. (2014) realizou uma revisão sistemática da literatura, que teve como objetivo descrever o impacto dos diferentes métodos de estruturação de dados usados nos registos de enfermagem ou nos planos de cuidados, e verificou que é o modelo do processo de enfermagem (tal como proposto pela OMS) e as classificações, que são utilizados internacionalmente para estruturar os dados, quer nos registos de enfermagem quer nos planos de cuidados, não obstante as críticas que lhe são efetuadas, nomeadamente face à sua abordagem reducionista e incompatibilidade com a missão holística da enfermagem (Collière, 2003; Meleis, 2007). Estudiosos proeminentes de Enfermagem relevam os aspetos negativos destas classificações que remetem para o paradigma da categorização, em detrimento do paradigma da interação, humanista e holista, que presentemente se almeja. Apesar destas diferentes perspetivas que enriquecem o debate científico, o uso da linguagem de enfermagem padronizada é cada vez mais aceite e apresenta impacto positivo, comprovando-se o seu valor no suporte exercido na organização do trabalho diário, na prestação de cuidados de enfermagem e na reutilização dos dados, facilitando a continuidade dos cuidados e contribuindo assim para a segurança do cliente, bem como para cuidados de alta qualidade em equipas multiprofissionais.

A evidência científica ainda não permite clarificar se a introdução de Tecnologias de Informação (TI) em saúde e classificações inerentes, nomeadamente a CIPE®, aproximam ou afastam o pensamento de enfermagem, que orienta a prática e se revela no discurso e nos registos, da perspetiva humanista e das múltiplas dimensões dos cuidados (Collière, 2003), e se espelham a dimensão emocional de cuidar a par das outras dimensões da ciência e da arte enfermagem (Watson, 2002, 2003).

3 Metodologia

O reconhecimento emergente na evidência científica sobre a experiência emocional, o sofrimento e as necessidades dos cuidadores familiares decorrente da vivência de doença e hospitalização da criança, a par da relevância da filosofia dos cuidados centrados na família, levou-nos a questionar sobre a valorização conferida pelos enfermeiros aos diagnósticos, intervenções e resultados representados e identificados nos atuais sistemas de informação, nomeadamente na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Delineou-se então a seguinte pergunta de investigação: Que diagnósticos/resultados e respetivas intervenções são identificados pelos enfermeiros relativamente às respostas emocionais dos cuidadores familiares da criança hospitalizada?

Neste estudo foi efetuado uma combinação de abordagens qualitativa e quantitativa. A opção por um estudo misto, constituindo-se como uma tendência crescente que oferece uma alternativa aos pesquisadores na abordagem de problemas complexos de saúde patentes na enfermagem, tem benefícios na condução e disseminação da pesquisa de modo a servir a prática de enfermagem (Driessnack, Sousa, & Mendes, 2007). O estudo incide em dois contextos de internamento de pediatria (Cirurgia e Infecçiology) de um Hospital Pediátrico, cujos registos de enfermagem são informatizados e estruturados com base na CIPE®2, tendo como objetivos: 1) Identificar diagnósticos de enfermagem tendo como foco os cuidadores familiares da criança hospitalizada e as suas

respostas emocionais; 2) Analisar os resultados da intervenção dos enfermeiros que se traduzem em modificação benéfica do estado emocional dos cuidadores familiares da criança hospitalizada. Foi efetuado análise de conteúdo de 17 observações participantes nos locais onde ocorrem as passagens de turno (em ambiente natural) e ainda de 5 entrevista semiestruturada, e análise documental de 29 registos de enfermagem informatizados e estruturados de acordo com a CIPE®2. Quanto à recolha de dados dos processos clínicos, no que respeita apenas aos registos de enfermagem, foi realizado uma consulta direta dos processos clínicos informatizados, mediante o acompanhamento e disponibilidade de senha de acesso de um enfermeiro do respetivo serviço e turno, que foi nomeado pela Sr.ª Enf.ª Chefe, e os dados foram registados num documento elaborado para o efeito. Os processos consultados são referentes a todos os registos de enfermagem efetuados de julho de 2015 a maio de 2016. Para a análise dos dados de natureza qualitativa foi utilizado o método de análise de conteúdo convencional (Hsieh & Shannon, 2005), e para a análise dos dados de natureza quantitativa recorreu-se ao programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 22). Tendo em conta o cumprimento dos princípios éticos em investigação foi solicitando e obtido o parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde da Instituição (Processo n.º116/2014). É de realçar que todas as questões éticas foram contempladas no desenvolvimento deste estudo, nomeadamente, o consentimento livre e esclarecido dos enfermeiros participantes.

4 Achados

A análise dos dados de natureza qualitativa, obtidos da observação durante as passagens de turno, revela que os enfermeiros participantes fazem referência às “respostas emocionais” dos cuidadores familiares relativamente à experiência de hospitalização da criança enquanto “choque”, “perda de controlo”, “ansiedade”, “medo”, “incerteza”, “angústia”, “insegurança”, “desespero”, “ambivalência”, “desconfiança” mas também “alegria”.

Na situação de admissão, os enfermeiros identificam e expressam na passagem de turno as respostas emocionais dos cuidadores familiares de “ansiedade”, “medo”, “incerteza”, “choque” e “perda de controlo”. Durante o internamento as respostas emocionais dos cuidadores familiares mencionadas pelos enfermeiros durante a passagem de turno são: “ansiedade”, “medo”, “incerteza”, “angústia”, “ambivalência”, “perda de controlo”, “desconfiança”, “desespero”, “conflito, entre familiares” e “alegria”. Na situação de alta predominam as respostas emocionais de “perda de controlo” e “insegurança”.

Mas os enfermeiros participantes fazem também referência às necessidades relacionadas com as respostas emocionais dos cuidadores familiares. Quanto ao momento da admissão, verbalizam as necessidades de “informação”, “acolhimento”, “discussão sobre o estado de saúde da criança” e ainda de “expressão de preocupações e alívio emocional”. Durante o internamento, verbalizam as necessidades de “informação”, “repouso”, “estar próximo e promover o conforto da criança”, “discussão sobre o estado de saúde da criança” e ainda de “expressão de preocupações e alívio emocional”. Já na situação de alta, verbalizam as necessidades de “garantir a segurança da criança” e “discussão sobre o estado de saúde da criança”.

Relativamente às intervenções de enfermagem, durante as passagens de turno os enfermeiros transmitem as suas habilidades de gestão emocional logo desde a admissão tais como “disposição calorosa”, “explicar e esclarecer”, “fornecer informação”, “desenvolver a confiança na relação”, “encorajar” e “providenciar suporte emocional”. Durante o internamento, os enfermeiros mobilizam estratégias de gestão emocional tais como “postura calma e carinhosa”, “mostrar disponibilidade”, “desenvolver a confiança na relação”, “explicar e esclarecer”, “colocar-se ao lado”, “fazer pausas”, “encorajar”, “promover o papel parental”, “dar reforço positivo”, “diferenciar os momentos”,

“fornecer informação/educação para a saúde”, “fazer de elo de ligação entre equipa médica e cuidador familiar”, “providenciar suporte emocional” e “fomentar a esperança”. Na situação de alta, os enfermeiros mobilizam estratégias de gestão emocional tais como “explicar e esclarecer”, “fomentar a esperança”, “encorajar”, “fornecer informação/educação para a saúde” e “promover o papel parental”.

Quanto aos resultados das intervenções de enfermagem, verbalizados durante a passagem de turno, os enfermeiros referem por vezes os benefícios no estado emocional dos cuidadores familiares, tal como se ilustra: “no final do turno a mãe estava mais calma e já interagiu com o filho (...)”.

É de realçar que nos momentos de passagem de turno os enfermeiros participantes nem sempre fazem menção aos cuidadores familiares.

Os dados obtidos através das entrevistas revelam que os enfermeiros participantes valorizam e são sensíveis à experiência emocional dos cuidadores familiares que acompanham a criança hospitalizada, descrevendo uma experiência emocional intensa e muitas vezes perturbadora:

“(…) sendo vastas as experiências emocionais dos pais, mas sempre muito fortes e muito emotivas!” E1

“(…) perda de controlo, muitas vezes de confusão, é muita informação, linguagem desconhecida e ficam [os pais] muito angustiados.” E2

Nas entrevistas é salientado os momentos de discussão durante a passagem de turno sobre o estado emocional dos cuidadores familiares, identificando diagnósticos relacionados com respostas emocionais tais como: tristeza ou alegria, medo/assustado, preocupação e ansiedade. As intervenções mencionadas são: conversar, estar com, escuta ativa, compreender, empatia, disponibilidade, revelar interesse pelas emoções vivenciadas, dar tempo para exprimir as emoções, fomentar o *empowerment* (conferir controlo) e envolver outros membros da família. É ainda enfatizado o reconhecimento dos resultados sensíveis a estas intervenções:

“Noto, no meu caso [do enfermeiro], que quando escuto os pais e falo com eles, sinto-os mais calmos mesmo que se mantenha a preocupação, e sinto que eles sabem que podem contar comigo (...)” E1

“(…) [os pais] ainda estavam naquela fase de choque... eu acho que a conversa conosco também foi ajudando.” E2

Acresce-se que no desempenho destas intervenções de dimensão emocional, os resultados são visíveis, embora não quantificáveis, tal como o reconhecimento de que os enfermeiros cuidam emocionalmente.

Apesar destes achados, as entrevistas revelam também a assunção dos enfermeiros participantes quanto à inexistência de registo dos diagnósticos/resultados e intervenções de dimensão emocional, no sistema informático (CIPE®), e acrescentam que este campo de ação não é valorizado porque não é devidamente documentado:

“(…) há muito trabalho de enfermagem neste campo das emoções que é feito diariamente, mas não é registado e muitas vezes não é reconhecido, mas é feito...” E1

Da análise documental dos registos de enfermagem informatizados (n=29), quanto aos diagnósticos/resultados e intervenções documentados relativamente às respostas emocionais dos cuidadores familiares da criança hospitalizada, destaca-se o diagnóstico/resultado que incide no foco “papel parental” (28; 96,5%), com o juízo de “adequado” (15; 51,7%) e com o juízo de “alterado” (3; 10,3%), e com a intervenção “Atender-incentivar o envolvimento/participação dos pais nos cuidados, durante a hospitalização” (17; 58,6%) e ainda “vigiar papel parental” (13; 44,8%). Os enfermeiros fazem ainda referência nos registos ao papel parental não só na generalidade quanto ao resultado “acompanhamento da criança pelo cuidador familiar” (2; 6,9%), “envolvimento dos pais demonstrado” (10; 34,5%), “envolvimento dos avós demonstrado” (1; 3,4%), “teve a visita do pai” (1, 3,4%), “acompanhado pelo pai que colabora nos cuidados” (4; 13,8%), “mãe presente e colaborante

nos cuidados” (10; 34,5%), “esteve na companhia da mãe” (1; 3,4%), e ainda com referência aos irmãos “teve a visita da irmã que colabora nos cuidados” (1; 3,4%), mas também nas especificidades de participação dos pais no processo de cuidados, quanto aos resultados “alimentação do filho” (1; 3,4%), “autocuidado, higiene do filho” (1; 3,4%). Relacionado com o diagnóstico “papel parental” foi registado a resposta emocional “preocupação” (1; 3,4%) que é em si um Foco de diagnóstico CIPE® (10015466). Apenas um (1) registo não faz referência a diagnósticos relacionados com os cuidadores familiares.

5 Discussão

A experiência emocional dos cuidadores familiares é consciencializada e identificada pelos enfermeiros participantes, e expressa em respostas e necessidades emocionais, desde a admissão até à alta da criança. Os cuidadores familiares experienciam uma gama de emoções predominantemente desagradáveis e de tensão (choque, perda de controlo, ansiedade, preocupação, medo, incerteza, angústia, insegurança, desespero, ambivalência, desconfiança) que podem configurar uma crise emocional (Jorge, 2004), e também agradáveis como a emoção alegria, o que é corroborado pelo estudo de Diogo (2015) e que correspondem a notícias esperançosas ou de melhoria do estado de saúde da criança. Mas representam significações emocionais predominantemente negativas, não obstante a classificação de emoções negativas e positivas estar atualmente afastada pois, p.e., a ansiedade pode ser negativa ou positiva, o medo pode ser protetor ou perturbador, porém por estarem associadas à situação de doença têm uma conotação negativa. Assim, reitera-se que trabalhar com crianças e jovens e suas famílias é uma das áreas de enfermagem de maior desafio emocional (Maunder, 2008).

As suas necessidades (relacionadas com as respostas emocionais) são de informação, repouso, acolhimento, expressão de preocupações e alívio emocional, estar próximo e promover o conforto da criança, discussão sobre o estado de saúde da criança e ainda de garantir a segurança da criança. Estes achados são corroborados por diversos estudos sobre as necessidades dos cuidadores familiares que acompanham a criança hospitalizada (Jorge, 2004; Aldridge, 2005; Hockenberry & Wilson, 2014). Mas salienta-se que as necessidades humanas de dimensão emocional constituem uma variável do cliente que os enfermeiros incorporam através de conceções desde Virgínia Henderson, Betty Neuman até Jean Watson (Tomey & Alligood, 2004). Tradicionalmente, a formação dos enfermeiros assenta na identificação das necessidades dos clientes para definir os diagnósticos, o que tem um forte enraizamento no seu pensamento de enfermagem.

As intervenções de enfermagem traduzem um conjunto de estratégias de gestão emocional que os enfermeiros utilizam logo desde a admissão até ao momento da alta, tais como disposição calorosa, explicar e esclarecer, desenvolver a confiança, encorajar, providenciar suporte emocional, mostrar disponibilidade, colocar-se ao lado, fazer pausas, promover o papel parental, dar reforço positivo, diferenciar os momentos, fornecer informação/educação para a saúde, fazer de elo de ligação entre equipa médica e o cuidador familiar, fomentar a esperança. Estas estratégias são identificadas no estudo de Diogo (2015) e configuram a conceção de trabalho emocional em enfermagem de Smith (2012), enquanto competências que muitas vezes são invisíveis tais como dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, usar o humor, ter paciência, aliviar o sofrimento, conhecer o cliente e ajudar a resolver os seus problemas. Para Fineman (2008) o trabalho emocional é um processo humano produzido no encontro pessoa-a-pessoa, que envolve energia intensa da parte do profissional, no sentido de apresentar uma disposição emocional que conduz à transformação de emoções perturbadoras e promoção de bem-estar no recetor. Os

resultados são a transformação positiva da experiência emocional e a promoção do bem-estar como corroborado por Diogo (2015).

De acordo com os achados deste estudo, os enfermeiros não só identificam diagnósticos de dimensão emocional mas também desenvolvem intervenções que visam gerir as emoções dos clientes, e avaliam os seus resultados. Desta forma usam conscientemente as emoções na sua prática para prover cuidados (Smith, 2012; Diogo, 2015). Os enfermeiros participantes deste estudo desenvolvem intervenções de dimensão emocional, reconhecem que os resultados são visíveis embora não quantificáveis, e consciencializam que cuidam emocionalmente revelando a intencionalidade terapêutica da enfermagem, que é promover o bem-estar e/ou o alívio do sofrimento do cliente (Basto, 2009). É de realçar ainda que os enfermeiros participantes encontram espaço, durante a passagem de turno, para a discussão sobre o estado emocional dos cuidadores familiares, o que permite validar os diagnósticos identificados tal como as intervenções, e fazer uma avaliação pelo grupo de enfermeiros sobre a adaptação ao processo de cuidados e o papel parental. Esta estratégia inscreve-se na filosofia dos cuidados centrados na família, cada vez mais enraizada no contexto de cuidados pediátricos.

No entanto, alguns enfermeiros não fazem qualquer referência na passagem de turno aos cuidadores familiares, o que pode significar que a criança está hospitalizada sem acompanhante ou que os cuidadores familiares não apresentam necessidades de dimensão emocional. Mas também pode representar que os enfermeiros orientam a sua prática em diferentes paradigmas de enfermagem. De acordo com Kérouac, Pépin, Ducharme e Major, (1994) a evolução das escolas de pensamento em enfermagem é ilustrada por três paradigmas: categorização, integração e transformação. O cuidado centrado na doença em detrimento do cuidado centrado na família pode condicionar a valorização de diagnósticos com foco na dimensão fisiológica e técnica, e configurar o paradigma da categorização. Herdman (2004) defende que na atualidade assiste-se nos cuidados de saúde ao domínio do técnico-racional sobre o emocional, e de facto a troca de emoções percebidas e sentidas no cuidar abre um espaço de partilha humana bastante afastado dos discursos racionais ou técnico-científicos dominantes. Por outro lado, Watson e Foster (2003) alertam para os problemas que comprometem a qualidade dos cuidados, num sistema de saúde onde os cuidados são cada vez mais do tipo *take-away*, orientados por uma tendência tecnológica, de diagnóstico e de tratamento, o que leva os enfermeiros a travarem uma luta pela identidade e sobrevivência do cuidado humanizado. Os enfermeiros sentem-se divididos entre dois modelos de cuidados: o *human caring model of nursing* e o *task-orientated biomedical model*. A dimensão emocional da prática de enfermagem suscita diversas questões relacionadas com a subjetividade da experiência humana, o que poderá contribuir para a noção de que a tonalidade emocional retira de algum modo o caráter profissional à intervenção dos enfermeiros.

Os enfermeiros participantes reconhecerem que não registam estes diagnósticos/resultados e intervenções de dimensão emocional, no sistema informático (CIPE®), e acrescentam que este campo de ação não é valorizado porque não é devidamente documentado. Não obstante, o foco “papel parental” associado à intervenção “incentivar o envolvimento/participação dos pais nos cuidados” é registado, e que significa que é muito relevante para os enfermeiros participantes. Este diagnóstico só por si não reflete explicitamente as respostas e necessidades emocionais dos cuidadores familiares, mas indica mais uma vez a orientação para a prática de enfermagem assente na filosofia dos cuidados centrados na família, e a sua relação com o equilíbrio e bem-estar emocional da criança/cuidadores familiares. Também nos dados das passagens de turno, os enfermeiros verbalizam enquanto necessidade dos cuidadores familiares “estar próximo e promover o conforto da criança” e como intervenção “promoção do papel parental”, o que reforça a importância conferida pelos enfermeiros relativamente à presença dos cuidadores familiares junto da criança, à parceria e à participação no processo de cuidados, características dos Cuidados Centrados na Família

(Hockenberry & Wilson, 2014). Estes achados são corroborados por Aldridge (2005), que defende que a capacitação dos cuidadores familiares para participarem positivamente nos procedimentos (*empowerment*) reduz o medo, a ansiedade e o stress, tanto da criança como dos próprios pais.

Dos achados disponíveis é possível constatar que os diagnósticos/resultados e intervenções CIPE®2, relacionados com a experiência emocional, o sofrimento e as necessidades dos cuidadores familiares decorrentes da vivência de doença e hospitalização da criança, são mais verbalizados em passagem de turno e em relatos da experiência de cuidados, e são menos registados no sistema informático de documentação de registos de enfermagem. Porém, os diagnósticos e intervenções que são verbalizados podem ser encontrados na CIPE®2, como ilustrado por alguns focos: Ambivalência (código 10002205), Ansiedade (código 10002429), Apoio da família (código 10023680), Apoio emocional (código 10027022), Atitude da família (código 10023646), Bem-Estar (código 10021047), Confiança (código 10025934), Crise familiar (código 10007577).

Estes achados vão ao encontro do que defende Henderson (2001) sobre o reconhecimento do trabalho emocional que se mantém oculto, especialmente quanto aos registos/documentação da prática de enfermagem, embora esta dimensão emocional conceptualmente e no pensamento dos enfermeiros seja reconhecida e valorizada. O discurso dos enfermeiros participantes espelhado na passagem de turno e em entrevista, revelam aspetos de dimensão emocional da prática de enfermagem relacionados com as respostas emocionais, as necessidades, as intervenções e os resultados com enfoque nos cuidadores familiares. A riqueza da descrição e singularidades da experiência humana no cuidado verbalizado vão muito além do que consta no registo escrito do sistema informático estruturado de acordo com a CIPE®, que revela escassamente os focos/juízos (diagnósticos), as intervenções e os resultados. Mas a tendência para um registo demasiado sintético e algo redutor tem sido verificado na documentação tradicional manuscrita. No estudo de Martins *et al.* (2008) salienta-se que os enfermeiros reconhecem como grande finalidade dos registos a garantia da continuidade dos cuidados, realçando os aspetos técnicos e relacionados com as intervenções interdependentes. Quanto aos aspetos emocionais e os relativos à família não têm uma expressão significativa. Por outro lado, Collière (2003, p. 10) chama a atenção para “A rigidez de tais ‘diagnósticos rotulados’, que podendo embora satisfazer um modo de registo de dados por computador, paralisa a pessoa e fixa o que ‘ela tem’ e depois o que ‘ela é’ (...) numa definição que ignora os aspectos a ter em conta no enredo das suas nuances, da sua relatividade, da sua aproximação e da sua flutuação. (...) Estas ‘etiquetas’ afastam-se da expressão directa das pessoas e inibem mais do que favorecem o discernimento dos cuidados”.

Neste estudo, os dados da passagem de turno e da entrevista sugerem que os enfermeiros identificam diagnósticos, intervenções e resultados de dimensão emocional, valorizando o desempenho do trabalho emocional com foco nos cuidadores familiares, mas paradoxalmente o registado no sistema informático é escasso, embora a introdução de Tecnologias de Informação (TI) em saúde permita revelar a dimensão emocional dos cuidados de enfermagem.

5 Conclusões

Dos achados é possível constatar que os diagnósticos de enfermagem conforme a CIPE®, relacionados com a experiência emocional, o sofrimento e as necessidades dos cuidadores familiares decorrentes da vivência de doença e hospitalização da criança, são mais verbalizados em passagem de turno e em relatos da experiência de cuidados, e são menos registados nos sistemas informático de documentação de registos de enfermagem. Embora os diagnósticos/resultados e intervenções que integram o discurso dos enfermeiros possam ser encontrados na CIPE®2, como ilustrado por alguns focos: Ambivalência (código 10002205), Ansiedade (código 10002429), Apoio da família

(código 10023680), Apoio emocional (código 10027022), Atitude da família (código 10023646), Bem-Estar (código 10021047), Confiança (código 10025934), Crise familiar (código 10007577). O diagnóstico CIPE® de dimensão emocional mais documentado no sistema informático é o “papel parental”.

Estes achados contribuem para o reconhecimento da dimensão emocional de cuidar em pediatria, tal como o trabalho emocional dos enfermeiros, que constitui um campo de ação da enfermagem mas que se mantém subvalorizado e por vezes pouco consciente, o que se traduz na escassez de registos. A nomeação explícita do trabalho emocional dos enfermeiros através da adequada documentação permite desocultar um campo de ação com enorme potencial, e contribui para o desenvolvimento das práticas de enfermagem e para a compreensão da intervenção dos enfermeiros numa perspetiva holística e humanizada.

Agradecimentos. Os nossos agradecimentos à Universidade/Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) por todo o apoio e suporte financeiro concedido à Linha de Investigação “Emoções em Saúde”.

Referências

- Aldridge, M. (2005). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit: One Unit's Experience. *Critical Care Nurse*, 25(6), 40-50.
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina - Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13(2), 11-18.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring*. California: Addison-Wesley.
- CIPE, & Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE® versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Port. ed.). Ordem dos Enfermeiros.
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2.ª ed.). Loures: Lusociência.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., & Baltar, P. (2014). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante: o trabalho emocional em enfermagem. *E-Book do IV Congresso Internacional ASPESM*, 148-160.
- Driessnack, M., Sousa, V. D., & Mendes, I. A. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: Métodos mistos e múltiplos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(5). Obtido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421877025>
- Fineman, S. (2008). *The Emotional Organization: Passions and Power*. Oxford: Blackwell.
- Henderson, A. (2001). Emotional labor and nursing: an underappreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry*, 8(2), 130-138.
- Herdman, E. A. (2004). Nursing in a postemotional society. *Nursing Philosophy*, 5, 95-103.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Hsieh, H., & Shannon, E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 9, 1277-1288.
- Jorge, A. (2004). *Família e hospitalização da criança*. Lisboa: Lusociência.
- Kelley, T. F., Brandon, D. H., & Docherty, S. L. (2011). Electronic Nursing Documentation as a Strategy to Improve Quality of Patient Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), 154-162. doi:

10.1111/j.1547-5069.2011.01397.x

- Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, D., & Major, F. (1994). *La pensée infirmière: Conceptions et stratégies*. Québec: Éditions Études Vivantes.
- Martins, A., Pinto, A. A., Lourenço, C. M., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M. J., . . . Santos, R. M. (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 12(2), 52-61.
- Maunder, E. Z. (2008). Emotion management in children's palliative care nursing. *Indian J Palliative Care*, 14(1), 45-50.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5.ª ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Mota, L. A., Pereira, F. M., & Sousa, P. A. (2014). Sistemas de Informação de Enfermagem: exploração da informação partilhada com os médicos. *Revista de Enfermagem Referência, Série III*(1), 85–91. Obtido de <https://www.esenfc.pt/site/index.p>
- Pereira, F. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Universidade do Porto. Obtido de [http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7182/2/Informao e Qualidade do exercicio profissional dos Enfermeiros.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7182/2/Informao%20e%20Qualidade%20do%20exercicio%20profissional%20dos%20Enfermeiros.pdf)
- Saranto, K., Kinnunen, U., Kivekäs, E., Lappalainen, A., Liljamo, P., Rajalahti, E., & Hyppönen, H. (2014). Impacts of structuring nursing records: a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 629–647. doi:10.1111/scs.12094
- Silva, A. (2006). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau.
- Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revisited: Can Nurses Still Care?* (2ª ed.). Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Sousa, P. (2006). *Sistemas de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde - um modelo explicativo* (1.ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Sousa, P. (2012). Sistemas de Informação em Enfermagem: novos desafios, novas oportunidades... *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 46(5). Obtido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500001
- SPMS. (2013). Centros de Saúde recebem SCLínico no início de janeiro. Obtido de <http://spms.min-saude.pt/blog/2013/12/31/centros-de-saude-recebem-sclinico-no-inicio-de-janeiro/>
- Srouji, R., Ratnapalan, S., & Schneeweiss, S. (2010). Pain in Children: Assessment and Nonpharmacological Management. *International Journal of Pediatrics*, 1-11. Obtido de <http://doi.org/10.1155/2010/474838>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusoiciência.
- Watson, J. (2003). Love and caring. Ethics of face and hand — an invitation to return to the heart and soul of nursing and our deep humanity. *Nurs Adm Q*, 27(3), 197-202.
- Watson, J., & Foster, R. (2003). The Attending Nurse Caring Model: integrating theory, evidence and advanced caring-healing therapeutics for transforming professional practice. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 360-365.

ARTIGO 2

Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática

(2.^a versão revista)

Paula Diogo; Doutorada em Enfermagem

Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica & Saúde Infantil e Pediátrica

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Departamento de Enfermagem da Criança e do Jovem

Investigadora da ui&de | Coordenadora da Área de Investigação Emoções em Saúde

O MODELO DE TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA (Modelo TEEP)

Os processos de saúde-doença vividos por crianças e jovens e suas famílias estão, frequentemente, associados a uma emocionalidade intensa e, concomitantemente, implicam um grande desafio emocional para os enfermeiros nos seus cuidados, exigindo um trabalho emocional de tripla centralidade: no cliente, no enfermeiro e na relação enfermeiro-cliente (Diogo, 2015). Os enfermeiros desempenham este trabalho emocional de acordo com os seus recursos pessoais e aprendizagem pela experiência do dia-a-dia dos cuidados (Smith, 2012). Além disso, esta dimensão emocional dos cuidados de enfermagem continua a ser pouco valorizada pelas instituições de saúde, e pelos próprios enfermeiros, pelo que o trabalho emocional nem sempre é objeto de reflexão e/ou sustentação em evidência científica (Diogo, 2006; Diogo, Rodrigues, Sousa, Martins, & Fernandes, 2017). Por estas razões, são necessários Modelos conceptuais para nortear e fortalecer os enfermeiros na sua prática, e que os ajudem a enfrentar e gerir esses desafios emocionais visando a intencionalidade terapêutica da práxis. Em cuidados de saúde, os requisitos e características da relação de cuidados requerem um Modelo específico de trabalho emocional (De Raeve, 2002; Mann, 2005), nomeadamente quando o contexto é tão peculiar como os cuidados de saúde da criança e do jovem.

Em Portugal, um estudo sobre o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica foi desenvolvido por Diogo (2010, 2012, 2015) na sua tese de Doutoramento intitulada “Metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar: o processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica” (Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/259382793_Metamorfose_da_experiencia_emocional_no_acto_de_cuidar_o_processo_de_uso_terapeutico_das_emocoes_em_enfermagem_pediatria *Metamorphosis of emotional experience in the act of caring the processes of ther.* Esta tese revelou uma hipótese explicativa do processo de uso terapêutico

das emoções na prática dos enfermeiros num contexto de internamento de pediatria e cujo desenvolvimento, e validação em outros contextos, conduziu ao Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Modelo TEEP). Assim, o Modelo TEEP emergiu de um processo de investigação de abordagem indutiva com raízes na prática de cuidados (metodologia *Grounded Theory*) e, como tal, é não só uma representação da realidade do contexto investigado, mas também tem o potencial de ser uma orientação para a prática de enfermagem pediátrica (Diogo, 2015).

Este Modelo, ao emergir da prática com uma ordem e fundamentação científica, ilustra de forma objetiva e neutra a realidade, que embora já existente ainda não estava caracterizada (categorizada) e nomeada, por isso oculta e pouco valorizada. Traduz, então, uma orientação para a prática dos enfermeiros que cuidam do cliente pediátrico, e permite guiar a sua intervenção na gestão da emocionalidade associada a situações de cuidados, que acrescentam sofrimento à criança, ao jovem e à sua família, e que também têm o potencial de serem emocionalmente desgastantes para os enfermeiros.

O Modelo enfatiza como essas situações de cuidados são transformadas em experiências positivas e de crescimento pessoal, contribuindo para o cuidado humanizado e holístico na prática de enfermagem. Sendo desenvolvido com base em investigação e reflexão sobre a prática, o Modelo propõe ilustrar os antecedentes, as ações/interações e os benefícios nos cuidados pediátricos (Fig. 1). O Modelo TEEP esteve na base da elaboração de um algoritmo de intervenção de enfermagem para o trabalho emocional com adolescentes hospitalizados (Caeiro & Diogo, 2014, 2016) e, posteriormente, foi objeto de um projeto de investigação-ação (Diogo, Xavier, Caeiro, & Sousa, 2017). O Modelo TEEP constituiu, não só, um recurso conceptual estruturante, mas também, conduziu a construção de instrumentos de recolha de dados e a discussão de dados num projeto multiestudos e multimétodos (Diogo, 2017), com enfoque no potencial terapêutico do trabalho emocional em diferentes contextos clínicos pediátricos: internamento de pediatria,

urgência pediátrica, infeccologia pediátrica e cuidados intensivos pediátricos (contexto hospitalar); centro de saúde/saúde escolar (contexto comunitário).

A continuidade da investigação sobre o Modelo TEEP enquadra-se nos projetos em desenvolvimento na Linha de Investigação Emoções em Saúde, da Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem da ESEL (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).

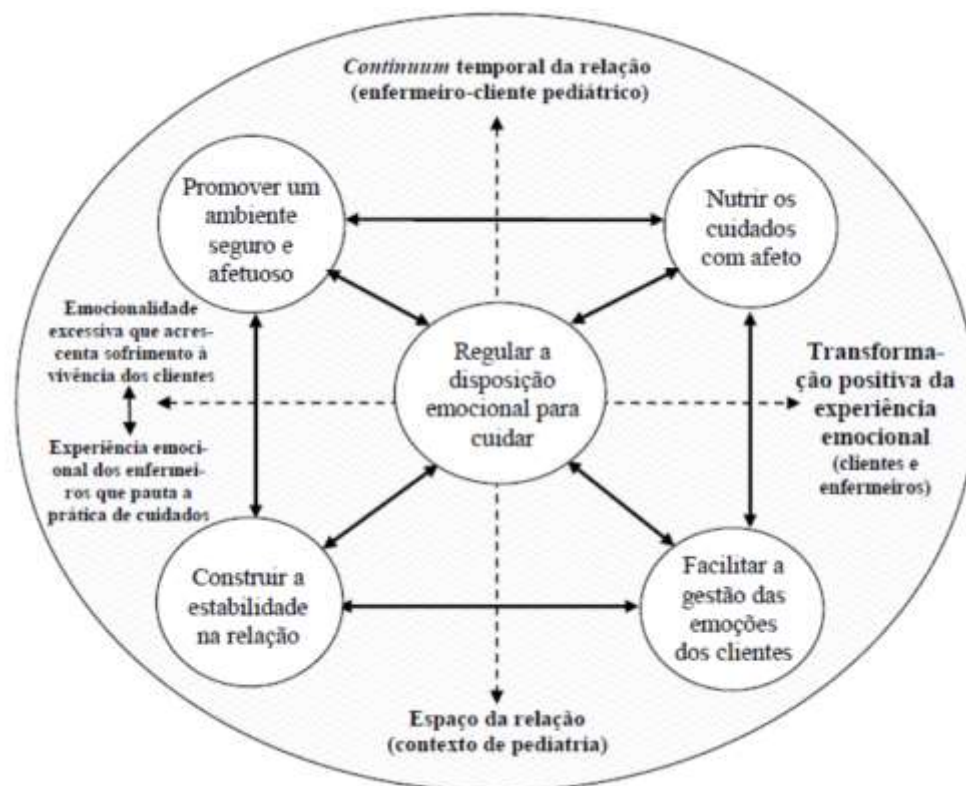


Figura 1. Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Modelo TEEP) (2017)

PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E EVIDÊNCIA QUE SUSTENTAM O MODELO TEEP

QUADRO TEÓRICO

Diogo (2010, 2012, 2015), na sua tese de Doutoramento de abordagem metodológica qualitativa e predominantemente indutiva (*Grounded Theory*), apresenta uma hipótese explicativa do processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica, defendendo que o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP) se traduz em ações de transformação positiva da experiência emocional nas interações de cuidados com as crianças, os jovens e as suas famílias.

O Modelo TEEP está ancorado em concepções teóricas que o enquadram (Fig. 2): o paradigma de Enfermagem da transformação (Kérouac *et al.*, 1996) cujo conceito central é Cuidar; a teoria do Cuidado Humano de Watson (2007, 2012); a teorização sobre “personal knowing” (Carper, 1985; Fawcett *et al.*, 2001); e os conceitos metaparadigmáticos de Enfermagem (Fawcett, 2005). Tendo em conta as suas conexões, estas concepções reforçam a visibilidade da emocionalidade no ato de cuidar.

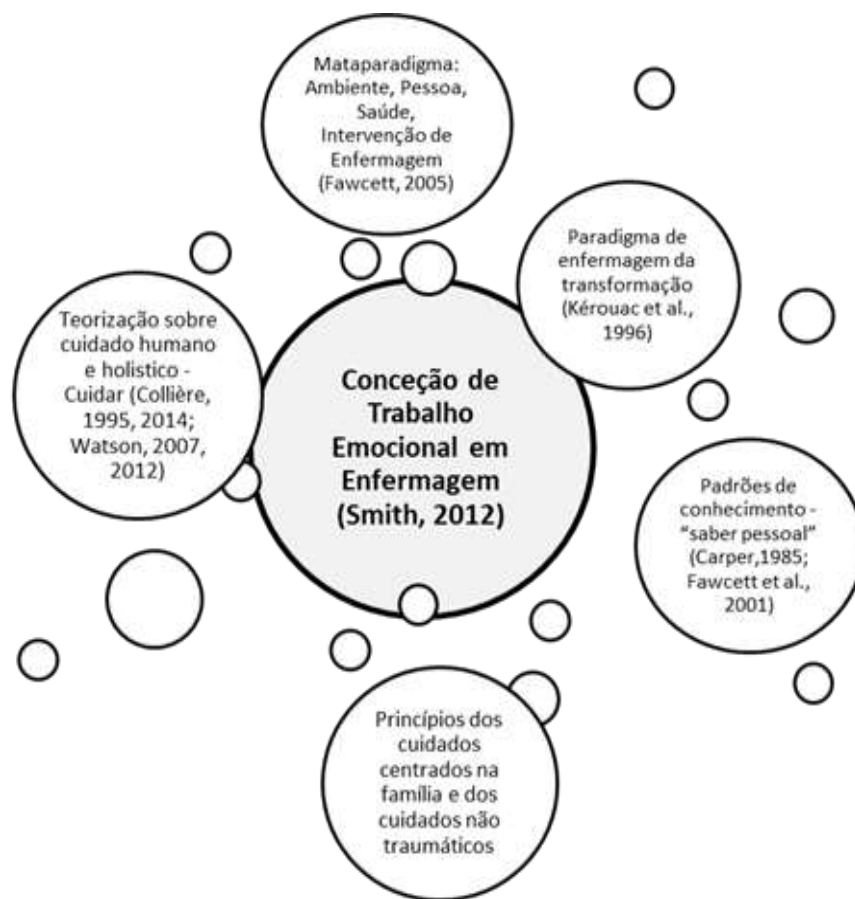


Figura 2. Representação esquemática das concepções teóricas que enquadram o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Modelo TEEP)

Este Modelo integra, também, os princípios dos cuidados centrados na família e dos cuidados não traumáticos em Enfermagem Pediátrica, inscritos na perspetiva holística e de humanização em saúde. No cerne do Modelo encontra-se a concepção de Trabalho Emocional em Enfermagem de Smith (1992, 2012). Estas concepções teóricas são transversais na prática cuidadora em contextos de saúde infantil e pediatria.

Na articulação destas conceções teóricas destaca-se a teoria de Enfermagem de Jean Watson (2012), a qual defende que a atividade da arte de enfermagem implica a partilha de emoções, pois uma pessoa ao receber de outra pessoa as expressões de sentimentos através da audição, da visão ou mesmo da intuição, é capaz de experimentar a emoção que levou o Outro a expressá-la, ou seja, os sentimentos são transmitidos. É nesta capacidade de um Ser humano receber outras expressões de sentimentos de outro Ser humano, e de os experimentar, que a atividade artística de enfermagem e de cuidar é baseada. É arte quando o enfermeiro, tendo experimentado ou percebido os sentimentos do Outro, é capaz de os detetar e de os sentir e, por sua vez, de os expressar de tal forma que a outra pessoa é capaz de os conhecer mais profundamente e de libertar os sentimentos que tem ansiado por expressar.

A Enfermagem enquanto ciência do Cuidar não pode ficar indiferente às emoções humanas (Watson, 2012). De facto, o cuidado profissional centra-se num processo relacional que implica a compreensão da experiência humana das emoções (Diogo, 2015, 2017c) e no qual a relação constitui um espaço de expressão e partilha emocional, na medida em que, por um lado, a pessoa que necessita de cuidados vivencia uma emocionalidade intensa associada às experiências de saúde-doença e, por outro lado, a pessoa-enfermeiro experiencia emoções em resposta ao sofrimento da pessoa cuidada, e a gestão deste fluxo de emoções é intrínseca ao processo de cuidar. Neste sentido, urge a necessidade da Enfermagem estudar as emoções, enquanto disciplina do conhecimento e de acordo com um quadro de referência próprio, pois as emoções e a sua gestão integram o Cuidar, tendo em conta as múltiplas dimensões da sua complexidade (Collière, 2003). Esta perspetiva é corroborada na expressão “emotional dimension of caring” (Mazhindu, 2009) e enfatizada na perspetiva holística e humanista da enfermagem.

Numa perspetiva de diagnósticos de enfermagem, uma emoção é definida enquanto “processo psicológico: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stresse ou com a doença” (ICN, 2015, p. 56). Existe um grande leque de focos/diagnósticos CIPE que contemplam a dimensão emocional, por exemplo, Angústia (cod. 10002429), Angústia espiritual (cod. 10018583), Ansiedade (cod.10002429), Apoio da Família (cod.10023680), Apoio emocional (cod.10027022), Bem-estar (cod.10021047), Burnout (esgotamento) (cod.10003771), Confiança (cod.10025934), Culpa

(cod.10008603), Esperança (cod.10009095), Ambivalência (cod.10002205), Medo (cod.10007738), Crise Familiar (cod.10007577), Papel parental (cod.10014068) (ICN, 2015). Porém, os resultados de um estudo sobre os cuidadores familiares da criança hospitalizada (Diogo, Rodrigues, Sousa *et al.*, 2017) revelam que o diagnóstico CIPE 2[®], relacionado com a esfera emocional, mais documentado no sistema informático é o “Papel parental”, a partir do qual são associados registos que incidem nas intervenções “Vigiar papel parental”, “Promover o envolvimento da família” e “Incentivar papel parental durante a hospitalização”. Em registos gerais é feita referência, de modo mais claro e pormenorizado, ao estado emocional e à expressão de emoções dos cuidadores familiares. Este estudo veio reforçar o reconhecimento da esfera emocional de cuidar em pediatria, tal como o trabalho emocional dos enfermeiros, que constitui um campo de intervenção da enfermagem com resultados visíveis, embora não quantificáveis, mas que se mantém subvalorizado e por vezes pouco consciente na prática dos enfermeiros.

Mas foi apenas no início de 1990 que surgiram os primeiros estudos sobre o conceito de trabalho emocional em enfermagem, decorrentes da investigação da socióloga Hochschild (1983) que descreve o conceito, originalmente, como a indução ou supressão dos sentimentos para manter uma aparência exterior, que resulte no cuidado com os sentimentos dos outros (proporcionando um ambiente seguro). Pam Smith (1992, 2012), investigadora pioneira do Trabalho Emocional em Enfermagem, alertou que numa era de domínio técnico-racional nos cuidados de saúde o trabalho emocional é mais vital do que nunca; pois a própria tecnologia (pelas suas características) requer um trabalho emocional que se direciona para os enfermeiros e para as pessoas que necessitam de cuidados. A investigadora defende, assim, que o Trabalho Emocional em Enfermagem significa mobilizar competências que muitas vezes são invisíveis, tais como dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, usar o humor, ter paciência, aliviar o sofrimento, conhecer a pessoa e ajudar a resolver os seus problemas. O estudo de Smith (2012), sobre a aprendizagem do trabalho emocional pelos estudantes de enfermagem, sugere, ainda, que estas competências são, na sua maioria, adquiridas informalmente no contexto prático, e menos em contexto de formação, pelo que os estudantes aprendem a gerir as emoções adotando uma abordagem orientada pela ação no seu dia-a-dia. Porém, o trabalho emocional é de natureza complexa e tem de ser aprendido, da mesma forma que as outras competências de enfermagem.

Assim, Pam Smith dá ênfase à aprendizagem não só da gestão das emoções pelos enfermeiros, mas também às componentes do trabalho emocional em enfermagem, defendendo que este implica a gestão de sentimentos negativos de modo a que estes se transformem numa experiência não perturbadora (que minimiza o sofrimento) ou com resultados de enfermagem positivos para as pessoas. Diogo (2015, 2017a) acrescenta, na perspetiva da enfermagem pediátrica, que o trabalho emocional incorpora ações/interações inscritas no processo de cuidados, de dimensão afetivo-emocional, que visam transformar positivamente as vivências emocionais intensas e perturbadoras das pessoas que necessitam de cuidados, e também as dos próprios enfermeiros, com a intencionalidade de promover o bem-estar global das pessoas em interação, e a qualidade dos cuidados de enfermagem. Numa revisão sistemática sobre o trabalho emocional nas áreas disciplinares de Enfermagem, Medicina, Psicologia e Gestão, referente ao período de publicações 1999-2007, foram identificados 30 estudos de Enfermagem, 20 estudos de Psicologia, 17 estudos de Gestão e 5 estudos de Medicina (Huynh, Alderson, & Thompson, 2008).

Já numa revisão *scoping* sobre o trabalho emocional em cuidados de saúde (Diogo & Mendonça, 2019) foram identificadas 136 publicações num intervalo temporal de 25 anos (de 1992 a novembro de 2017), constatando-se que os anos de maior publicação são 2016 e 2017 com 10,3% de registos (n=14) em cada ano, seguindo-se os anos de 2014, 2013 e 2005 com 9,6% de registos (n=13) em cada ano. Relativamente aos últimos 5 anos, contabilizam-se 63 registos, o que perfaz 46,3% dos documentos em revisão. A sua distribuição geográfica estende-se a um conjunto de 26 países e aos 5 continentes: Europa (Reino Unido, Portugal, Finlândia, Holanda, Espanha, Turquia, Áustria, Irlanda, Grécia, Dinamarca, Alemanha e Hungria); América (Canadá, Estados Unidos da América e Brasil); Ásia (China, Coreia do Sul, Coreia do Norte, Taiwan, Irão, Japão, Taipé, Índia e Israel); Oceânia (Austrália e Nova Zelândia); África (Nigéria). O continente europeu envolve o maior número de países (total de 12) e também o maior número de publicações (n=86), sendo o Reino Unido a liderar com 39% de publicações (n=53).

Apesar da crescente investigação e valorização da conceção de trabalho emocional em enfermagem, esta ainda é muitas vezes confundida com apoio emocional, suporte emocional, cuidado emocional e outros conceitos similares, o que revela a necessidade de clarificação conceptual. Não obstante, a conceção de trabalho

emocional tem-se expandido em várias áreas do conhecimento e é possível, na atualidade, aceder a diversos modelos de trabalho emocional que procuram explicar os fenómenos emocionais nos cuidados de saúde (Ashforth & Humphrey, 1993; Diefendorff & Gosserand, 2003; Smith, 2012).

A investigação e o desenvolvimento conceptual sobre o Trabalho Emocional em Enfermagem têm revelado que este é fundamental na qualidade da relação terapêutica e na qualidade dos cuidados prestados. Assim sendo, os enfermeiros necessitam de regular as suas próprias emoções para conseguirem influenciar positivamente a gestão das emoções das pessoas que cuidam, mas também usam as emoções para prover cuidados (Diogo, 2015). Em suma, o trabalho emocional assume-se como um pilar fundamental no Cuidar em Enfermagem, pois promove a gestão das emoções da pessoa cuidada, produz um estado de bem-estar emocional e garante uma atitude de compaixão e presença que promove a humanização dos cuidados de saúde.

CONCEITOS CENTRAIS E PRESSUPOSTOS

O Modelo TEEP possui no seu cerne cinco **conceitos centrais**:

- Pessoa-Cliente: Criança ou jovem e família que experienciam uma emocionalidade intensa face aos problemas de saúde, inerentes ao desenvolvimento e durante o processo de cuidados, e que acrescenta sofrimento e acentua a sua vulnerabilidade. Pessoa que atribui significações emocionais predominantemente negativas aos problemas de saúde e ao processo de cuidados, pois é um ser complexo, singular, vulnerável e sensível, mas é capaz de se (re)organizar e de mobilizar recursos internos e externos para gerir emocionalmente e para se adaptar positivamente, dependendo das condições e/ou ambiente em que se encontra e das relações apoiantes e de ajuda que estabelece.

- Pessoa-Enfermeiro: Profissional com sensibilidade para a experiência emocional de cada criança e família, valorizando as respostas emocionais aos problemas de saúde e no processo de cuidados; procura capacitar para a gestão da emocionalidade do cliente. Pessoa capaz de ser empática e próxima, e por isso absorve as emoções dos clientes; emoções vividas perante a emocionalidade e sofrimento dos clientes; desperta para desenvolver a competência emocional;

necessita de espaços para expressão e reflexão sobre a sua prática numa lógica de equipa e de bem-estar emocional num espaço para o seu próprio cuidado.

- Ambiente: Atmosfera relacional e esfera emocional acolhedora que se inicia desde o acolhimento e se desenvolve ao longo do continuum relacional, numa relação de confiança, afetiva, tranquila e confortável para todos os envolvidos na interação; criar e mobilizar um ambiente pediátrico (imaginário infantil, mimar, cantar, usar linguagem dos “inhos”, brincar, cultura dos afetos); ambiente afetivo e securizante.

- Relação Enfermeiro-Cliente: Relação próxima, afetiva e cuidadora; gestão dos relacionamentos; relação terapêutica constitui um espaço de expressão e partilha emocional, na medida em que, por um lado, o cliente vivencia uma emocionalidade intensa e, por outro lado, o enfermeiro experiencia emoções em resposta ao sofrimento da pessoa cuidada, e a gestão deste fluxo de emoções é necessária ao processo de cuidar e tem intencionalidade terapêutica; empatia, confiança, proximidade, partilha emocional.

- Trabalho Emocional que se define de uma forma ampla e estrita:

Definição ampla: gestão intencional da emocionalidade dos clientes (crianças e famílias) e dos enfermeiros, visando transformar positivamente a experiência emocional, os relacionamentos e o cuidar, promovendo o alívio do sofrimento e incrementando o bem-estar, tal como o crescimento dos sujeitos em interação; os enfermeiros mobilizam estratégias que previnem a exaustão emocional a nível interno, promovendo o seu bem-estar emocional.

Definição estrita: intervenções de enfermagem com a intencionalidade terapêutica de “Promover um ambiente seguro e afetivo”, “Nutrir os cuidados com afeto”, “Facilitar a gestão das emoções dos clientes”, “Construir a estabilidade na relação” e “Regular a disposição emocional para cuidar”.

Os **pressupostos** do Modelo TEEP são:

- A abordagem holística do cuidar, na qual todas as dimensões do cliente são consideradas, com enfoque nos aspetos emocionais

- A humanização dos cuidados tendo em conta as respostas emocionais do cliente aos processos de saúde-doença
- A relação enfermeiro-cliente, enquanto relação terapêutica promotora do bem-estar emocional, alívio do sofrimento, e do desenvolvimento dos sujeitos em interação.
- A compreensão da totalidade da personalidade humana, tendo em conta o desenvolvimento emocional do cliente e a valorização da experiência das emoções nos processos saúde-doença, com relevância igualmente para o desenvolvimento da competência emocional dos enfermeiros.

COMPONENTES ESTRUTURANTES

O Modelo TEEP é uma orientação estruturante, não só da conceção mas também da operacionalização do Trabalho Emocional em Enfermagem. É uma orientação para a prática que promove nos enfermeiros um desempenho profissional que os protege da exaustão emocional e, simultaneamente, permite ancorar nos seus cuidados a presença, a disponibilidade, a empatia e a afetividade com a intencionalidade de cuidar.

Os enfermeiros, na sua prática clínica, procuram gerir as emoções perturbadoras das pessoas que necessitam dos seus cuidados, decorrentes do processo de saúde-doença, uma vez que estas experiências influenciam negativamente as vivências de crianças, jovens e famílias, interferindo no seu conforto e bem-estar, e mesmo no tratamento e recuperação. As intervenções adotadas pelos enfermeiros no âmbito do trabalho emocional, ao serem específicas e adequadas às situações concretas, possuem resultados terapêuticos significativos, pois permitem transformar os fenómenos emotivos perturbadores em estados restaurativos e adaptativos, ou seja, por um lado promovem o bem-estar e contribuem para uma melhor adaptação da pessoa cuidada à situação, e por outro lado previnem a exaustão emocional do enfermeiro. E acrescentando competência ao enfermeiro, pois as experiências são transformadoras; por meio da reflexão sobre as práticas incrementa-se o conhecimento pessoal, o que influencia positivamente a relação de cuidados.

A regulação emocional dos enfermeiros assume-se, assim, como crucial para que estes se apresentem emocionalmente disponíveis para nutrir os cuidados com afeto,

através da qual a estabilidade das relações vai sendo construída e promove um ambiente seguro e afetivo, o que influencia positivamente a gestão do estado emocional das crianças, dos jovens e suas famílias. Os enfermeiros procedem de modo a facilitar a gestão do estado emocional e, simultaneamente, dão alimento afetivo, o que concorre para o alívio do sofrimento, para o bem-estar, para a recuperação e/ou para a adaptação à nova condição do cliente pediátrico. Este uso intencional da emocionalidade das pessoas cuidadas e dos enfermeiros, para influenciar positivamente a experiência, os relacionamentos e o cuidar, promove o alívio do sofrimento e incrementa o bem-estar, tal como o crescimento de ambos. Deste modo, o trabalho emocional possui uma tripla centralidade: o cliente, o enfermeiro e a relação enfermeiro-cliente.

Assim, os enfermeiros estando conscientes de uma emocionalidade intensa vivida pelas pessoas, e associada à sua experiência emocional inerente à prática de cuidados, procuram transformar positivamente as emoções através de cinco categorias de intervenção que revelam, simultaneamente, a intencionalidade da ação: **Promover um ambiente seguro e afetivo; Nutrir os cuidados com afeto; Facilitar a gestão das emoções na pessoa; Construir a estabilidade na relação; e Regular a sua disposição emocional para cuidar** (descritas nas tabelas 1 a 5).

Tabela 1. Características definidoras da categoria “**Promover um ambiente seguro e afetivo**”

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

Tabela 2. Características definidoras da categoria “Nutrir os cuidados com afeto”

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

Tabela 3. Características definidoras da categoria “Facilitar a gestão das emoções do cliente”

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

Tabela 4. Características definidoras da categoria “Construir a estabilidade na relação”

CONTEXTO/CONDIÇÕES	AÇÕES/INTERAÇÕES	CONSEQUÊNCIAS
--------------------	------------------	---------------

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

Tabela 5. Características definidoras da categoria “Regular a sua disposição emocional para cuidar”

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

APLICABILIDADE

Evidência Científica – contexto de unidade de neonatologia

O presente estudo de abordagem quantitativa e qualitativa tem como objetivo avaliar o potencial de aplicabilidade do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica, segundo a experiência de uma equipa de 22 enfermeiros de uma unidade de neonatologia. Os dados foram obtidos através de um questionário misto, construído com base nas categorias de intervenção do Modelo TEEP.

Da análise das diversas características da categoria “**Promover um ambiente seguro e afetuoso**” constata-se que, em média, 90% dos enfermeiros confirmam a importância destas na sua prática de cuidados ao recém-nascido e suas famílias, considerando-as “importantes”, “muito importantes” ou “essenciais”. Na análise das diversas características da categoria “**Nutrir os cuidados com afeto**”, constata-se que, em média, 93% dos enfermeiros confirmam a importância destas na sua prática de cuidados ao recém-nascido e suas famílias, considerando-as “importantes”, “muito importantes” ou “essenciais”. A análise das diversas características da categoria “**Facilitar a gestão das emoções do cliente**” revela que, em média, 95% dos enfermeiros confirmam a importância destas na sua prática de cuidados ao recém-nascido e suas famílias, considerando-as “importantes”, “muito importantes” ou “essenciais”. Na análise das diversas características da categoria “**Construir a estabilidade na relação**”, constata-se que, em média, 97% dos enfermeiros confirmam a importância destas na sua prática, considerando-as “importantes”, “muito importantes” ou “essenciais”. Por último, da análise das diversas características da categoria “**Regular a sua disposição emocional para cuidar**”, constata-se que, em média, 91% dos enfermeiros confirmam a importância destas na sua prática, considerando-as “importantes”, “muito importantes” ou “essenciais”.

Com base nestes resultados é possível concluir que as cinco categorias do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica são consideradas pelos enfermeiros participantes como relevantes na sua prática clínica, constatando-se que a importância atribuída pelos enfermeiros ao trabalho emocional em contexto de neonatologia situa-se entre 90% e 97% (Gráfico 1). A categoria “**Construir a estabilidade na relação**” apresenta o menor valor de características rejeitadas (3%) reforçando a importância da relação terapêutica na gestão da emocionalidade, e a categoria “**Promover um ambiente seguro e afetuoso**” apresenta o maior valor de

características rejeitadas (10%) acentuando as peculiaridades do ambiente de uma Unidade de Neonatologia.

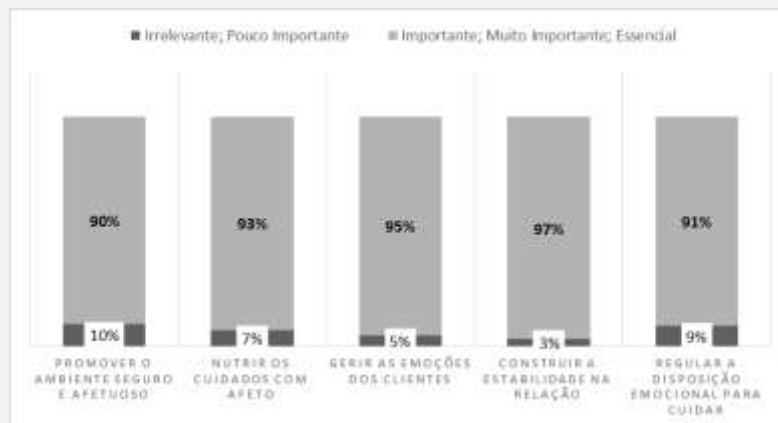


Gráfico 1. Importância atribuída pelos enfermeiros na sua prática (n=22) a cada categoria de intervenção do Modelo TEEP (médias das características rejeitadas e confirmadas)

Os resultados demonstram que este Modelo tem aplicabilidade numa Unidade de Neonatologia pois, globalmente e tendo em conta todas as características das cinco categorias de intervenção, 93% foram consideradas pelos enfermeiros como “Importantes”, “Muito importantes” ou “Essenciais” na sua prática. Estes resultados confirmam a aplicabilidade da maioria das características das categorias de trabalho emocional na prática dos enfermeiros numa unidade de neonatologia, e também reforçam a validação do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica. Porém, é necessário identificar e compreender os fatores que determinam a menor importância conferida a algumas das suas características, e para tal propõe-se a continuidade do estudo objetivando a explicitação desses fatores determinantes e a adaptação do Modelo à especificidade da prática de enfermagem em neonatologia.

(Diogo, Fernandes & Martins, 2019)

Caso Prático – contexto de urgência pediátrica

Ana, de 2 anos, dá entrada no serviço de urgência pediátrica por síndrome febril e convulsões. A criança encontra-se prostrada. A mãe muito assustada e apreensiva, manifestando verbalmente angústia e medo intenso associado à possibilidade de morte da sua filha. A enfermeira Maria aborda a mãe num tom de voz tranquilo e afetuoso, procurando desenvolver a confiança e mostrar disponibilidade para ajudar a mãe e a criança [**“Promover um ambiente seguro e afetuoso”**; **“Facilitar a gestão das emoções do cliente”**; **“Construir a estabilidade na relação”**]. Mas a

mãe projeta nesta o seu estado emocional alterado, sendo agressiva e desvalorizando a intervenção. A criança tem indicação para fazer soro endovenoso, pelo que é necessário canalizar uma veia periférica, mas a mãe estando a acompanhar a criança estava muito reativa e negativa quanto ao procedimento, referindo várias vezes que a enfermeira Maria já tinha falhado uma vez a veia e por isso não sabia “apanhar veias” (sic). A Enfermeira Maria continuava a referir que estava a fazer tudo no sentido de contribuir para os melhores cuidados, revelando segurança no que estava a fazer [**“Promover um ambiente seguro e afetuoso”**; **“Construir a estabilidade na relação”**; **“Facilitar a gestão das emoções do cliente”**; **“Regular a sua disposição emocional para cuidar”**], e solicitou a ajuda de outra enfermeira [**“Regular a sua disposição emocional para cuidar”**]. Já com a ajuda da colega, forneceu um boneco de peluche à Ana e falou com esta em linguagem dos inhos, cantando pequenas passagens de músicas infantis [**“Promover um ambiente seguro e afetuoso”**; **“Nutrir os cuidados com afeto”**; **“Facilitar a gestão das emoções do cliente”**]. A outra enfermeira sugeriu à mãe que deveriam falar um pouco, conduzindo-a para um local onde conseguisse ver a criança e vice-versa mas com maior privacidade [**“Construir a estabilidade na relação”**; **“Facilitar a gestão das emoções do cliente”**; **“Regular a sua disposição emocional para cuidar”**] e forneceu-lhe informação sobre os procedimentos e medicação que iriam administrar, tempo na urgência, transferência para o internamento, acompanhamento permanente da criança e outras questões que a mãe colocou [**“Facilitar a gestão das emoções do cliente”**; **“Regular a sua disposição emocional para cuidar”**]; perguntou se estava acompanhada e se queria trocar com essa pessoa, de modo a conseguir relaxar um pouco; promoveu a esperança referindo que sob efeito da medicação a situação estava controlada; transmitiu confiança na equipa de saúde referindo que tinham muita experiência no controlo dos episódios de convulsão e que tudo estavam a fazer para que a sua filha não estivesse a sofrer [**“Facilitar a gestão das emoções do cliente”**; **“Construir a estabilidade na relação”**]. A mãe começou a compreender o seu estado emocional, e quanto poderia afetar a criança e as próprias enfermeiras; tomando consciência disso, e ficando mais calma, também conseguiu compreender melhor que a situação estava a ser controlada, e o seu medo intenso relacionado com a possibilidade de morte da sua filha também foi atenuando [**“Facilitar a gestão das emoções do cliente”**]. Começou a sentir controlo sobre a situação e deu um novo significado à

experiência, transformando positivamente as suas emoções [**“Facilitar a gestão das emoções do cliente”**]. Desta forma a intervenção de enfermagem incluiu um conjunto de estratégias de trabalho emocional com centralidade não só no cliente (criança e mãe) mas também nos enfermeiros, e na relação enfermeiro-cliente.

ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO

O Modelo revela um conjunto de características de intervenção, revela mesmo como os enfermeiros operacionalizam o trabalho emocional em enfermagem pediátrica; está organizado em categorias e numa representação esquemática, dando visibilidade à sua intencionalidade terapêutica. Alguns exemplos de características de intervenção são: acolhimento afetivo, saudação e elogio, preservação da segurança no quarto/sala de atividades, sintonia com o mundo infantil (brincar, cantar, mobilizar personagens de contos de fada ou desenhos animados), dádiva de afeto, técnicas de relaxamento (por exemplo a imaginação guiada), preparação/demonstração dos procedimentos, favorecer a ventilação de sentimentos, gestão de conflitos, analisar as situações de cuidados, partilha de experiências emocionalmente intensas ou reciclagem de emoções negativas. Deste modo, constitui uma orientação para a prática, com características de intervenção explícitas, o que só por si conduz à sua apropriação facilitando a sua implementação. Porém, para potenciar essa implementação é necessário continuar a desenvolver instrumentos com foco nos clientes e nos enfermeiros. Com foco nos clientes destaca-se: algoritmos de trabalho emocional de acordo com os estádios de desenvolvimento infantil; diário de bordo para o cuidador familiar; cantinho das mensagens para crianças com doença crónica; jornal jovem com espaço para analisar as vivências; normas para reduzir a ansiedade e o medo dos procedimentos. Com foco nos enfermeiros destaca-se: sessões regulares de análise das práticas; JournalClub; site na Intranet para partilha e discussão de experiências de cuidados emocionalmente perturbadoras; Workshops sobre emoções em enfermagem&saúde. Além disso, o registo do trabalho emocional no sistema informático mobilizando os focos CIPE e/ou a criação de um programa de registo com base em algoritmos de trabalho emocional, seria muito revelante para implementar o Modelo TEEP.

Concomitantemente, é necessário continuar a avaliação da sua aplicabilidade num Hospital Pediátrico, com validação em diferentes contextos e adaptações tendo em conta as características específicas das práticas, respeitando as diferenças de cada serviço, embora a estrutura geral do Modelo permaneça estável. A formação também é uma estratégia que potenciará a implementação do Modelo TEEP: formação em serviço sobre gestão emocional em situações específicas; formação institucional sobre o desempenho do trabalho emocional; formação académica com sessões letivas teórico-práticas, de análise das situações de cuidados em ensino clínico e orientações de dissertações desde a formação inicial à avançada; workshops e seminários. Almeja-se a realização de programas de formação contínua com ênfase no desempenho do trabalho emocional em enfermagem/cuidados de saúde.

Por fim, pretende-se dar continuidade à divulgação do Modelo TEEP através da publicação de artigos e partilha em eventos nacionais e internacionais, o que também contribuirá para a sua implementação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caeiro, M. J., & Diogo, P. (2014). O trabalho emocional com adolescentes em situação de doença e hospitalização: Proposta de um algoritmo de intervenção em enfermagem. *Nursing*. Obtido de <http://www.nursing.pt/o-trabalho-emocional-com-adolescentes-em-situacao-de-doenca-e-hospitalizacao-proposta-de-um-algoritmo-de-intervencao-em-enfermagem-2/>
- Caeiro, M. J., & Diogo, P. (2016). How to manage teenagers' emotions? Proposal of an algorithm for nursing intervention. *Nursing children and young people* , 28(4), 74. Obtido de <http://journals.rcni.com/doi/10.7748/ncyp.28.4.74.s58>
- Carper, B. A. (1985). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. Em L. H. Nicoll, *Perspectives on nursing theory*. Boston: Little Brown and Company.
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2ª eA.). Loures: Lusociência.
- de Castro, A.B., Agnew J, & Fitzgerald S.T. (2004). Emotional Labor Relevant Theory for Occupational Health Practice in Post-Industrial America. *AAOHN Journal*, 52(3), 109-115.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2010). *Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar: o processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/10889>
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica*. Loures: Lusociência.

- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., Fernandes, N., & Martins, H. (2019). Aplicabilidade do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica numa Unidade de Neonatologia. In Francisca de Sousa et al. (coord.), *Interfaces da Pesquisa no Cuidado de Enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica* (pp. 53-85). Curitiba - Brasil: Editora CRV. ISBN: 978-85-444-2702-6.
- Diogo, P. (2017) (coord.). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., Rodrigues, J., Sousa, O., Martins, H., & Fernandes, N. (2017). Desenvolvimento de competências emocionais do estudante de enfermagem em ensino clínico: a função de suporte do enfermeiro supervisor. Em P. Diogo, *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem* (pp. 149-194). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., Xavier, S., Caeiro, M. J., & Sousa, O. (2017). PROJETO EMOTIONALIA. *Livro de Resumos da IV Reunião Científica da Linha de Investigação "Emoções em Saúde": Investigação colaborativa de fenómenos emocionais em enfermagem* (pp. 18-20). Lisboa: ESEL.
- Diogo, P., Rodrigues, J., Sousa, O. L., Caeiro, M. J., Fernandes, N., & Fonseca, R. (2017). Diagnósticos de enfermagem focados nas respostas emocionais dos cuidadores familiares da criança hospitalizada: do discurso ao registo no sistema informático. Em P. Diogo (coord.), *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem* (pp. 77-103). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. & Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma revisão scoping. *Revista Pensar Enfermagem*, 23(1), 21 - 40.
- Fawcett, J., Watson, J., Neuman, B., Walker, P. H., & Fitzpatrick, J. J. (2001). On nursing theories and evidence. *J Nurs Scholarsh*, 33(2), 115-119. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11419305>
- Hochschild, A. (1983). *The Managed Heart*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Hyuhn, T., Alderson, M., & Thompson, M. (2008). Emotional labour underlying caring: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 64(2), 195-208. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18990101>
- James, N. (1993). Divisions of Emotional Labour: disclosure and cancer. Em S. Finemam, *Emotion in Organizations*. Sage: London.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, cop.
- Mann, S. (2005). A health-care model of emotional labour: An evaluation of the literature and development of a model. *Journal of Health Organization and Management*, 19(4/5), 304-317. Obtido de <https://doi.org/10.1108/14777260510615369>
- Mazhindu, A. (2009). Ideal Nurses and the Emotional Labour of Nursing. *Nurse Researcher*, 16, 91-94. Obtido de <http://openventio.org/PalliativeMedicineandHospiceCareOpenJournal/DeborahMazhindu.html>
- Smith, P. (1992). *The Emotional Labour of Nursing*. Houndmills: Macmillan.
- Smith, P. (2012). *Emotional Labour of Nursing Revisited. Can nurses Still Care?* (2ª ed.). Hampshire: Palgrave Macmillan.

Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (rev. ed.). Boulder: University Press of Colorado.

Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2 ed.). USA: Jones & Bartlett Learning.

Documento de trabalho

Novembro 2019

**APÊNDICE XII – PLANO DA FORMAÇÃO: MODELO DE
TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA**



**11.º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

PLANO DE FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO

Docente: Professora Doutora Paula Diogo

Ana Rita Santos Ferreira

Nº9563

LISTA DE SIGLAS

CCF-Cuidados Centrados na Família

DGS – Direção Geral de Saúde

EESIP-Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria

ESEL - Escola Superior de Enfermagem Lisboa

IP- Internamento de Pediatria

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

SUP- Serviço de Urgência Pediátrica

TE-Trabalho Emocional

TEEP-Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

OMS – Organização Mundial de Saúde

UC – Unidade Curricular

ÍNDICE

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO	4
INTRODUÇÃO	5
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
2. OBJETIVOS DA SESSÃO	10
3. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA FORMAÇÃO	11
4. PLANO DE SESSÃO	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO

- **Título:** Modelo Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica
- **Data:** 12/5/2021 e 2/6/2021
- **Horário:** 1 hora cada
- **Local da sessão:** Serviço de urgência e serviço de internamento no Hospital de [REDACTED]

INTRODUÇÃO

A elaboração da sessão de formação em contexto de trabalho, surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório do 11º Curso de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Estágio realizado no serviço de urgência de pediatria e no internamento de pediatria, sob a orientação da Professora Paula Diogo e da Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria Ana Sofia Gomes e Rosa Guerreiro. O tema da formação vai de encontro às necessidades identificadas pela equipa, o modelo TEEP, tema também desenvolvido no projeto de estágio.

Para que seja obtida a melhoria de qualidade dos serviços, são fundamentais a atualização e o grau de formação dos profissionais no exercício das suas funções (Sousa, 2003). Segundo o Regulamento 140/2019, o Enfermeiro Especialista apresenta competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais baseando a sua prática clínica especializada em evidência científica.

Numa perspetiva de gestão de cuidados de enfermagem, proponho uma formação em serviço, estabelecendo como objetivo principal:

- Promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na Unidade de Urgência Pediátrica e internamento pediátrico às crianças que recorrem ao hospital através do Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica (TEEP).

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Ao longo das últimas décadas, a par com as evoluções no ensino e no exercício da profissão de enfermagem, têm ocorrido transformações socioeconómicas e políticas no mundo, que têm resultado em mudanças na forma de encarar a saúde (Mártires, 2019). As alterações nas necessidades de cuidados de saúde, a crescente complexidade dos mesmos e o aumento da exigência dos utentes, a par com a evolução tecnológica e alterações organizacionais, conduziram a uma maior exigência de qualidade dos cuidados (Facione, Crossettic&Riegeld, 2017), exigindo que o enfermeiro se adapte às mudanças nas instituições de saúde, e consiga dar resposta às exigências dos seus utilizadores (Soares, 2004, Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Atualmente, espera-se que o Enfermeiro seja um profissional critico-reflexivo, capaz de questionar a sua prática, e tomar decisões baseadas na melhor evidência científica. Observa-se uma crescente exigência de competências e funções dos enfermeiros, e maior valorização da sua capacidade de tomada de decisões, tornando-se essencial que o enfermeiro invista na sua formação, e desenvolva a sua capacidade crítica e reflexiva sobre as suas práticas/experiências.

A formação do enfermeiro não termina quando este conclui o seu curso (Hesbeen, 2001 citado por Soares, 2004), acontece ao longo da vida, num processo de crescimento pessoal, social e profissional, através de uma atualização contínua que envolve conhecimentos baseados em evidências científicas, experiência de vida, e adquirida no contexto de cuidados, para além da realização de formação complementar (Carvalho, et al., 2020).

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem refere que “é determinante a existência de uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional, incitando à integração de uma descrição detalhada da natureza dos cuidados de enfermagem e/ou da área de atuação profissional, com o fim de poder ser assegurada uma prestação de cuidados de qualidade.” (Diário da República, 2015, p. 16662).

A valorização da formação em serviço foi mencionada na regulamentação da carreira em 1991, no Decreto-Lei 437/191 de 8 de novembro, que define:

“a natureza da profissão de enfermagem e as características do seu exercício fazem com que se deva privilegiar a formação em serviço como forma de manter atualizados, aprofundar e desenvolver conhecimentos adquiridos nos cursos básicos e pós-básico de enfermagem, prevendo-se nesta carreira em mecanismos que favoreçam e permitam concretizar este tipo de formação contínua. (p. 5723)”.

A Associação Americana em Enfermagem, define formação em serviço como todas as experiências de enfermagem que permitem adquirir, manter e/ou aumentar a competência do enfermeiro no exercício da sua profissão, de acordo com as próprias expectativas e com as da instituição (Velez, 2009). Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros (2006) refere “que uma Prática Baseada na Evidência constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de enfermagem.” (p.2).

O Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de setembro, também aborda a formação, referindo que a formação em enfermagem, além de ter caráter de continuidade, tem por base objetivos de atualização técnica ou científica, ou projetos de investigação. A formação em enfermagem, de forma a incluir informação interdisciplinar e desenvolver competências de organização e gestão de serviços, deve ser planeada e organizada (Decreto-Lei 248/2019).

Assim, os momentos de formação são fundamentais, e fazem parte das competências dos enfermeiros especialistas. O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista refere como competência do mesmo, responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, diagnosticando necessidades formativas e atuando como formador oportuno em contexto de trabalho (Diário da República, 2019).

Esta ação de formação surge no contexto do meu estágio de especialidade e mestrado, cujo projeto tem como tema “Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: Intervenções promotoras de uma experiência positiva e de desenvolvimento no adolescente hospitalizado”, sendo o objeto de estudo: Intervenções de enfermagem promotoras de uma experiência positiva e de desenvolvimento no adolescente hospitalizado. Neste âmbito, uma vez que o meu atual contexto de estágio é o serviço de urgência pediátrica, e tendo em conta as necessidades da equipa, tornou-se pertinente a apresentação do Modelo TEEP ainda desconhecido por muitos.

Ao executar a planificação da formação, procurei que a mesma se enquadrasse na realidade prática da prestação de cuidados nesse contexto, tentando apelar à participação dos enfermeiros tendo por base a sua experiência. Tal como refere Benner (2001), a

prática/experiência acompanhada de reflexão crítica como um meio para obtenção de conhecimento, é essencial ao desenvolvimento profissional (Guedes, 2016).

A elaboração desta sessão de formação permitiu-me, refletir acerca da aplicação do modelo TEEP na prestação de cuidados neste contexto principais intervenções/estratégias de comunicação utilizadas pela equipa para apoiar a criança na gestão das emoções associadas á hospitalização.

Assim, este trabalho permitiu-me desenvolver os seguintes objetivos de estágio: Identificar as estratégias de comunicação que os Enfermeiros integram na relação de cuidados com a criança /adolescente e família na urgência pediátrica; Desenvolver estratégias de enfermagem promotoras da gestão do stress no adolescente (identificar as necessidades emocionais da criança inerentes à necessidade de um procedimento invasivo; identificar as condições facilitadoras e inibidoras da gestão da emocionalidade associada a esses procedimentos; prestar cuidados à criança, que necessita de procedimentos invasivos, recorrendo a estratégias promotoras de uma vivência e gestão positiva da emocionalidade).

A adolescência é uma etapa de vida atribulada, sendo importante perceber qual a reação do adolescente e sua família à hospitalização, qual a sua perceção e os sentimentos que a hospitalização provoca (Branco, Brito, Fonseca & Ribeiro, 2011). A identificação, avaliação e controlo da dor, do medo e do desconforto, com a finalidade da promoção de sentimento de segurança e de conforto do adolescente, devem fazer parte do processo terapêutico (Fernandes, 2020).

A formação na área da dor revela, a médio prazo, um investimento positivo no controlo da dor, sendo necessário conhecer a história da dor da criança, incluindo as estratégias de *coping* utilizadas pela criança (Batalha, Costa, Reis, Jacinto, Machado & Santos, 2014). A formação em enfermagem sempre teve ligação ao contexto de trabalho, uma vez que se trata de uma profissão com carácter essencialmente prático, sendo um “saber prático, isto é, o saber construído na ação (...) na medida em que o profissional de saúde, permanentemente confrontado com situações particulares, não pode proceder à aplicação mecânica de procedimentos técnicos estandardizados.” (Canário, 1997, p. 131).

2. OBJETIVOS DA SESSÃO

A sessão de formação em contexto de trabalho, promove a aquisição de conhecimentos, de alguns indicadores de avaliação de estágio e de competências comuns do Enfermeiro Especialista. Segundo o Regulamento 140/2019, é competência do enfermeiro basear a sua práxis clínica em evidência científica através da responsabilização por ser facilitador de aprendizagem em contexto de trabalho. Esta unidade de competência é conseguida através da atuação como formador em contexto de trabalho; pelo diagnóstico de necessidades de formação; e pela avaliação do impacto da formação (Regulamento 140/2019).

Com a realização desta sessão de formação em contexto de trabalho pretendo atingir os seguintes objetivos específicos:

- Promover a formação em serviço nas unidades, no decorrer do estágio;
- Responder às necessidades de formação da equipa do serviço;
- Incentivar a troca de experiências que conduzam à melhoria da qualidade dos cuidados prestados em ambos os serviços;
- Face aos objetivos definidos, objetivo da formação, trabalho emocional em enfermagem Pediátrica, Modelo TEEP, as cinco categorias do modelo TEEP, estratégias de gestão emocional, exemplos práticos de cada categoria, conclusão e referências bibliográfica;
- Identificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem do foro emocional.

3. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA FORMAÇÃO

Esta atividade surgiu mediante as necessidades de formação identificadas pela equipa de enfermagem, respondendo aos objetivos do projeto de estágio da mestranda. A sessão de formação foi realizada nos dias 12/05 e 02/6 no serviço de urgência pediátrica e internamento pediátrico, sendo a população alvo a equipa de enfermagem da Unidade de Adolescentes.

Os recursos utilizados na realização desta formação em contexto de trabalho foram:

- Recursos humanos: Estudante do 11º Curso de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria;
- Recursos físicos: Sala de reuniões do internamento de pediatria;
- Recursos materiais: Computador.

De seguida, será apresentado o plano de formação em contexto de trabalho.

4. PLANO DE SESSÃO

Tema: Modelo Emocional em Enfermagem Pediátrica		Local: Hospital de ██████████ ██████████	Data/hora: 12/5/2021 e 2/6/2021 às 14 horas (Duração: 60 minutos cada uma)	
Formador: Ana Rita Santos Ferreira				
Destinatários: Equipa de Enfermagem dos Serviços de Urgência Pediatria; Internamento de pediatria				
Objetivos Geral: Apresentação do Modelo de Emocional em Enfermagem Pediátrica				
Atividades / Conteúdos	Duração	Métodos e técnicas pedagógicas	Avaliação	Recursos didáticos / materiais
Introdução Apresentação do objetivo	10 minutos	Expositivo	Diagnóstica	-Computador portátil com software Office Powerpoint; -Via zoom e via presencial.
Desenvolvimento -Trabalho emocional em enfermagem pediátrica; -Modelo TEEP; -5 Categorias do Modelo TEEP; -Estratégias de gestão emocional; -Exemplos práticos de cada categoria do modelo TEEP;	30 minutos	Expositivo		
Conclusão Frase reflexiva do cuidar	20 minutos	Ativo	Formativa	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998). Recuperado de <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. (Quarteto, Ed.) (1ª ed.). Coimbra;

Crossetti, M. G. & Schaurich, D. (2010) Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Revista de Enfermagem Escola AnnaNery*. Vol. 14. 182-88. Acedido a 10/06/2021, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a27.pdf>

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica - Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar*. 2.ª ed. Loures: Lusodidacta

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), 43-52.

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: o enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 26-47

Diogo, P. (2017) (coord.). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta

Diogo, P., Rodrigues, J., Sousa, O., Martins, H., & Fernandes, N. (2017). Desenvolvimento de competências emocionais do estudante de enfermagem em ensino clínico: a função de suporte do enfermeiro supervisor. Em P. Diogo, *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem* (pp. 149-194). Loures: Lusodidacta

Diogo, P. (2017). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 21(1), 20-30

Diogo, P., Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, 23(1), 21-40

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

Diogo, P. (2020). Construir a estabilidade no relacionamento – Texto de Apoio V.

Diogo, P. (2020). Regular a disposição emocional para cuidar – Texto de Apoio VI.

Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014) *Perspectivas de Enfermagem Pediátrica*. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente*. 9ª edição. Loures, Portugal: Lusociência

Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. (Re) *Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Lawson, T. G. (2014). Betty Neuman: Systems Model. In Alligood, M. R. (Eds.) *Nursing theorists and their work* (8ª ed, pp. 281-302). Missouri, USA: Elsevier Inc.

Lowry, L. W. & Aylward, P. D. (2015). Betty Neuman's System Model. In Smith, M. & Parker, M. (Eds.), *Nursing Theories and Nursing Practices*. (4ª ed, pp. 165-184). Philadelphia, USA: F. A. Davis Company. Recuperado de <http://docshare03.docshare.tips/files/26827/268274013.pdf>.

Lopes, M. (2001). *Concepções e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e Implicações* (2.ª Ed). Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Mendes, M. & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3: (6), p. 113-121.

Neuman, B. (2011). *The Neuman Systems Model* (5ª ed.). Pearson Health Science, NJ;

Papalia, D. E., & Duskin, R. (2013). *Dessenvolvimento Humano* (12a editio). Porto Alegre: AMGH Editora Ltda;

Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República nº 26/19, II Série. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.

Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República nº 133/18, II Série. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.

Ribeiro, J.L.P. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, saúde & Doenças*. Vol. 15 no.3. Acedido a 6-5-2021, disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000300009;

Smith, J., Swallow, V. & Coyne, I. (2014). Involving Parents in Managing Their Child's Long-Term Condition—A Concept Synthesis of Family-Centered Care and Partnership-in-Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 30, 143–159.- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2008). Adolescents' coping with stress: development and diversity. *Prevention Researcher*, 15, 3-7. Recuperado de https://www.pdx.edu/sites/www.pdx.edu/psy/files/media_assets/7_ZimmerGembeck_Skinner_AdolCoping_PreventionResearcher.pdf.

**APENDICE XIII – FORMAÇÃO: MODELO DE TRABALHO
EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA**

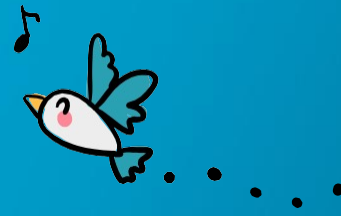
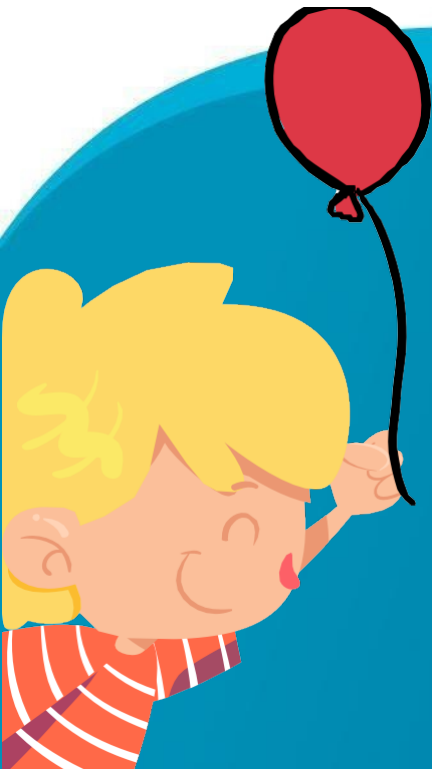


Modelo de Trabalho Emocional Em Enfermagem Pediátrica

(Paula Diogo, 2015, 2019)

Ana Rita Santos Ferreira

Maio 2021



Objetivo da Formação



01

Apresentação e
demonstração da
aplicabilidade do
Modelo TEEP





Trabalho emocional em enfermagem



Modificar "estados emocionais perturbadores e de tonalidade negativa para **estados de tranquilidade** e bem-estar" de modo a que estes se transformem numa experiência não perturbadora (que minimiza o sofrimento) ou com **resultados de enfermagem positivos** para as pessoas cuidadas (Diogo 2015, 2019), contribuindo para que alcancem um melhor controlo da situação e bem-estar global.



Através de

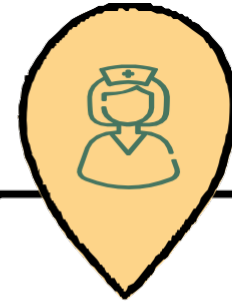


(Diogo, 2015, 2019)

Trabalho emocional em enfermagem



Relação de ajuda/
terapêutica



Intervenções
personalizadas e
adequadas a cada
situação



(Diogo, 2015, 2019)



Modelo TEEP



O Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP) (Diogo, 2015, 2019), fornece orientações conceptuais e práticas que permitem orientar as intervenções de enfermagem, relacionadas com a gestão das emoções, promovendo a prestação de cuidados não traumáticos.



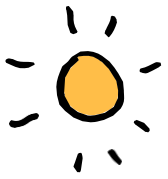


Modelo TEEP

Orientação para a prática de cuidados de enfermagem em pediatria, no que se refere à **gestão da emocionalidade da criança e família** associada a situações de cuidados, **bem como dos enfermeiros**, contribuindo para transformar essas experiências stressantes e potencialmente traumáticas em momentos positivos e de crescimento pessoal, através da prestação de cuidados holísticos e humanizados que promovem a compreensão do indivíduo e a relação terapêutica enfermeiro/utente.

(Diogo, 2015)





Modelo TEEP



(Diogo, 2015)



Estratégias de gestão emocional

01

Capacitação dos pais para participarem positivamente nos procedimentos

02

Preparação para os procedimentos, fornecer explicações/informações, favorecer espaços de expressão de sentimento, dar reforço positivo

03

Distração e a recreação; Música; Humor; Atividades lúdicas /Brincar; Dádiva de afeto.

04

Ambiente relacional acolhedor e afetuoso contacto com o exterior





Categoria de intervenção do Modelo TEEP

01 Brinquedos

Promovei um ambiente
seguro e afetivo

Fardas 0

0 Ambiente

3

2





Categoria de intervenção do Modelo TEEP

01 Carinhos

Nutrir os cuidados
com afeto

Sorrisos 0

0 Colo

2

3





Categoria de intervenção do Modelo TEEP

01 Reforço
positivo

Facilitar a gestão das
emoções dos cliente

Explicar 0

0 Brincar

2

3





Categoria de intervenção do Modelo TEEP

01 Parceria

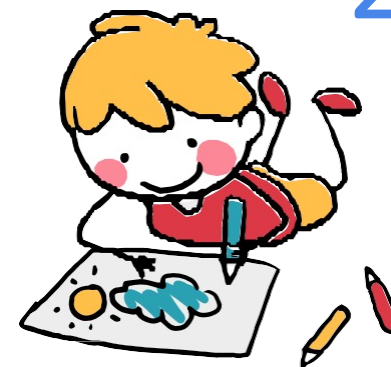
Construir a estabilidade
na relação

Proximidade 0

0 Confiança

2

3





Categoria de intervenção do Modelo TEEP

01 Dialogo com a equipa

Regular a disposição emocional para cuidar

Refletir 0

0 Encarar como um desafio

2

3





Conclusão



“A intencionalidade da enfermagem é cuidar para o bem-estar do outro”

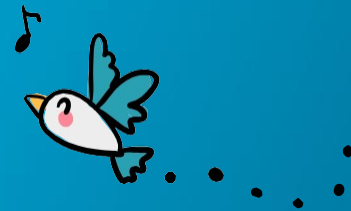
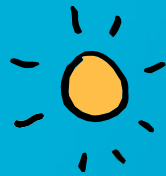
Sawson (1993, p.354)





Referências Bibliográficas

- Diogo, P. (2015). Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica - Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar. 2.^a ed. Loures: Lusodidacta
- 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), 43-52.
- Diogo, P. (2017) (coord.). Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem. Loures: Lusodidacta
- Diogo, P., Rodrigues, J., Sousa, O., Martins, H., & Fernandes, N. (2017). Desenvolvimento de competências emocionais do estudante de enfermagem em ensino clínico: a função de suporte do enfermeiro supervisor. Em P. Diogo, Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem (pp. 149-194). Loures: Lusodidacta
- Diogo, P. (2017). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. Pensar Enfermagem, 21(1), 20-30
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática. 2.^a versão revista. Disponível e https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista consultado a: 2 de Maio 2021
- Diogo, P., Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma revisão scoping. Pensar Enfermagem, 23(1), 21-4
- Swanson, K. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. IMAGE, Journal of Nursing Scholarship, Vol.25, (4), Winter, 1993, pp 352-357. Disponível em 26.11.2013 www.mc.vanderbilt.edu/.../KS_Nursing%20as%200



OBRIGADO



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa



**APÊNDICE XIV– POSTER DE DIVULGAÇÃO DA FORMAÇÃO:
MODELO DE TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM
PEDIÁTRICA**

FORMAÇÃO:
*Apresentação do Modelo de Trabalho Emocional em
Enfermagem Pediátrica (Modelo TEEP)*

Regime Presencial e On-line

14:30 às 15:30

Local: Sala de Reuniões
da Pediatria, Piso 7,
E Via Zoom

Formadora:
Enf^a Ana Rita Ferreira



Destinatários:
Enfermeiros
dos Serviços de
Pediatria