



**Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**  
Relatório de Estágio

**Criança com condição crónica e Família: Intervenções  
de Enfermagem que facilitam a gestão emocional**

Children with chronic condition and Family: Nursing interventions that  
facilitate emotional management

**Mónica Andreia Pinheiro Lemos**

---

**Lisboa**  
**2024**



**Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**  
Relatório de Estágio

**Criança com condição crónica e Família: Intervenções  
de Enfermagem que facilitam a gestão emocional**

Children with chronic condition and Family: Nursing interventions that  
facilitate emotional management

**Mónica Andreia Pinheiro Lemos**

Orientadora: Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo

---

**Lisboa**

**2024**

## Dedicatória

Para todas as crianças que entraram no meu “mundo de sonhos, onde reina a  
esperança e onde a fantasia pode acontecer” (Batatoon, 1999).

Aqui nem tudo foi alegria, nem a sorrir, mas vocês ajudaram a transformar o que  
estava desbotado e ensinaram-me a colorir.

## **Agradecimentos**

Para a concretização desta etapa profissional e formativa foi-me proporcionado o contributo de um conjunto de pessoas e entidades, às quais agradeço, pelo papel ativo e empatia que demonstraram e que determinaram a chegada a este momento. Em especial gostaria de dar o meu mais sincero e humilde bem-haja:

À Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, na pessoa da Professora Doutora Paula Diogo, não só pelo papel que desempenhou de coordenadora do curso, mas sobretudo pela orientação ministrada; sem dúvida com o seu apoio foi mais simples gerir as emoções inerentes.

A todos os professores e enfermeiros convidados que estiveram presentes de forma exímia na partilha de conhecimento com muita predisposição, para que nos tornássemos especialistas na saúde da criança e em toda a sua envolvência.

Às Enfermeiras Tânia Meneses, Ana Lopes, Liliana Abreu e Vânia Pinto, pelo acolhimento nos vossos contextos de cuidados e pela vasta partilha de experiências, que contribuíram para o ajuste do meu olhar de enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Aos meus colegas do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, em especial à Catarina Santos, Rita Barros e Sara Fanha, que fomos unidas pelo conceito de emoção, mas foi a mergulhar nele que estabelecemos maiores laços de companheirismo e entreajuda.

Aos meus colegas de trabalho, na pessoa da Enfermeira Luisa Bandola, que de forma incansável me ajudaram na operacionalização do percurso formativo do curso de mestrado.

Às “Enfermeiras dos Pequenininhos” que o Hospital Dona Estefânia uniu e que, de uma forma grandiosa, me ajudaram a gerir as minhas ‘birras’; sem vocês tudo era bem mais difícil.

Aos “Pequenos Mestres”, David Loura e Rita Queirós, por estarmos juntos até ao fim, neste caminho turbulento de emoções, foram sem dúvida a minha bussúla quando me senti perdida e desorientada.

Às amigas que sempre me acompanharam no meu crescimento e presenciaram todos os meus ‘pulos de crescimento’, Carla Pinto, Lídia Loureiro e Elisabete Oliveira, convosco a distância é um mero pormenor quando há um sentimento de amizade verdadeira.

À Rita Canas, Catarina Mateus e Filipa Tralhão por me ajudarem a respirar quando tudo parecia sufocar, foram a minha bolha de ar e com o vosso jeito leve, tudo ficou mais simples.

Ao meu pilar, que é a minha família, a vocês sou tão grata pelo que sou hoje. Pai e Mãe, sem dúvida um grande orgulho que tenho em vos chamar, vocês são o meu porto seguro porque me ensinaram o que é ser uma criança feliz e amar.

A ti avô, a estrela mais brilhante que ilumina sempre a minha noite, ‘está tudo bem’, após esta etapa não serei um ‘Mestre’ como tu és, mas trago em mim todo o amor que partilhaste e, só quem transborda amor o pode dar sem esperar nada em troca.

A Deus, Universo, Anjo da guarda... Alguém maior que eu... Que depusitei a fé de que este caminho teria um propósito e que seria “apenas” um trampolim para que conseguisse fazer melhor aquilo que amo fazer; Cuidar.

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

CCEE – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CEEEESIP – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem  
de Saúde Infantil e Pediátrica

CGM – Competências do Grau de Mestre

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

IAC – Instituto de Apoio a Criança

n.º - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-Nascido

S.Clínico– Sistema de Cuidados de Saúde Hospitalar

SUPP – Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente

TEEP – Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIntN – Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

UNICEF – United Nations International Children’s Emergency Fund



## Resumo

Cuidar da criança com condição crónica e sua família é uma realidade constante e desafiadora no contexto da enfermagem pediátrica, que gera um impacto significativo, aumenta o risco de sofrimento emocional, pela consequente perda da criança idealizada e pela necessidade de reestruturação familiar. A gestão emocional emerge como uma intervenção chave na enfermagem pediátrica, visando minimizar o sofrimento e promover o desenvolvimento emocional da criança e da família. Tendo em conta esta problemática, foi elaborado este relatório onde se pretende evidenciar as competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assimiladas no desenvolvimento de intervenções de enfermagem, relativas ao cuidado emocional das crianças com condições crónicas e comunicação eficaz com as suas famílias, considerando a criança como ser holístico. A abordagem metodológica adotada para este relatório regeu-se pela: aprendizagem experiencial; prática reflexiva, escoltada pelo raciocínio clínico; pensamento crítico; julgamento clínico e por um nascente de conhecimentos da praxis, suportados pela evidência científica. Inspirada pela Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, que valoriza a empatia, o amor e a bondade como princípios fundamentais do cuidado, procurei oferecer uma intervenção sensível e emocionalmente ajustada. A reflexão contínua sobre as práticas de cuidado, bem como o desenvolvimento da minha própria regulação emocional, permitiram-me atender às necessidades emocionais das crianças e famílias de maneira mais eficaz. A gestão emocional é um componente essencial no cuidado à criança com condição crónica, sendo a base para um cuidado de qualidade e humanizado, com o poder de atenuar o sofrimento e promover o bem-estar emocional da criança e da família.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Emoção; Criança; Família; Condição Crónica.

## **Abstract**

Looking after a child with a chronic condition and their family is a constant and challenging reality in the context of paediatric nursing, which has a significant impact and increases the risk of emotional distress due to the consequent loss of the idealised child and the need for family restructuring. Emotional management emerges as a key intervention in paediatric nursing, aimed at minimising the suffering and promoting the emotional development of the child and the family. With this problem in mind, this report aims to highlight the competences of the Master in child and Paediatrics' Health Nursing assimilated in the development of nursing interventions relating to the emotional care of children with chronic conditions and effective communication with their families, considering the child as a holistic being. The methodological approach adopted for this report was governed by: experiential learning; reflective practice, accompanied by clinical reasoning; critical thinking; clinical judgement and a spring of knowledge of praxis, supported by scientific evidence. Inspired by Jean Watson's Transpersonal Care Theory, which values empathy, love and kindness as fundamental principles of care, I sought to offer a sensitive and emotionally adjusted intervention. Continuous reflection on care practices, as well as the development of my own emotional regulation, has enabled me to meet the emotional needs of children and families more effectively. Emotional management is an essential component in caring for children with chronic conditions, and it is the basis for quality, humanised care, with the power to alleviate suffering and promote the emotional well-being of the child and family.

**Keywords:** Nursing; Emotions; Child; Family; Chronic Condition.

# Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>12</b>
<b>1 - Problemática de Enfermagem .....</b>	<b>15</b>
<b>2 - Enquadramento Teórico-Científico .....</b>	<b>16</b>
2.1 Cuidar da criança com condição crónica e sua família .....	16
2.2 Experiência emocional da criança e família.....	21
2.3 Intervenções de enfermagem que facilitam a gestão emocional.....	24
<b>3 - Metodologia .....</b>	<b>27</b>
<b>4 - Desenvolvimento de Competências: de Enfermeira Generalista a Enfermeira Especialista .....</b>	<b>30</b>
4.1- Cuidados de saúde primários.....	30
4.2- Consulta de desenvolvimento .....	37
4.3 - Urgência .....	39
4.4 - Neonatologia.....	43
4.5 - Internamento.....	47
4.6 - Projeto de melhoria contínua: acolher o cliente pediátrico.....	50
<b>Considerações Finais e Projetos Futuros.....</b>	<b>53</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>55</b>

## ANEXOS

Anexo I - Certificado de participação no Evento Científico “Encontro com Dra. Jean Watson”

Anexo II - Certificado de participação no 3º Congresso Internacional

Anexo III - Certificado de Participação na Ação de Formação em Serviço: “Promoção da Segurança do doente durante a transição de cuidados de saúde”

Anexo IV - Certificado de Participação na formação “Birras de Pais”

Anexo V - Certificado de Formação Profissional “Curso Primeiros Socorros Psicológicos Pediátricos”

Anexo VI - Certificado de Participação no VIII Encontro Nacional da APEPEN

## APÊNDICES

Apêndice I - Mapa conceptual

Apêndice II - Auto-diagnóstico das necessidades de aprendizagem

Apêndice III - Cronograma de estágio

Apêndice IV - Guia Orientador das Atividades de Estágio

Apêndice V - Revisão de Literatura: “A descoberta das emoções”

Apêndice VI - Sessão Formativa: “Promoção da Gestão Emocional na Criança”

Apêndice VII - Brochura: “Porque faz Birra o meu filho?”

Apêndice VIII - Análise Crítica e Reflexiva da Consulta de Desenvolvimento

Apêndice IX - Poster: “A Emocionalidade em Contexto de um serviço de Neonatologia: A experiência emocionais vividas pelos Pais e Enfermeiros”

Apêndice X - Serviço de Urgência: Reflexão sobre a prática

Apêndice XI - Comunicação Livre: “Efetivar o acolhimento no Serviço de Urgência Pediátrico”

Apêndice XII - Diário do Bebê: “A História do/a:”

Apêndice XIII - Conversa com os pais: “O meu bebé está internado e agora?”

Apêndice XIV - Entrevista às enfermeiras peritas

Apêndice XV - Projeto de Melhoria Contínua: “O Acolher do Cliente Pediátrico”

Apêndice XVI - Sessão formativa: “Regular-me para acolher”

Apêndice XVII - Estudo de Caso: “Criança com Lupús Eritomatoso Juvenil ”

Apêndice XVIII - Poster: “Gestão Emocional da Criança com Condição crónica e sua família: Intervenções de Enfermagem”

## **Índice de Quadros**

**Quadro 1:** Objetivos do percurso formativo ..... 27

## Introdução

No presente relatório abordo o percurso formativo e clínico que realizei como mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP), destacando as competências desenvolvidas para prestar cuidados especializados. Estas competências alinham-se com o que estipulam os Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 422/2018, que realçam a importância de mobilizar e aplicar conhecimentos de forma adaptada às necessidades da criança e família ao longo do ciclo de vida.

O Enfermeiro Especialista (EE) detém competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados (Regulamento n.º 140/2019, de 6 setembro), o que implica que o EE saiba mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades num determinado contexto (Le Boterf et al., 2003). Desta forma, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) centraliza o seu conhecimento na criança e família, prestando cuidados em parceria ao longo do ciclo vital (Regulamento n.º 422/2018, de 12 julho). Prosseguindo tal desiderato, ao longo do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, realizei um percurso formativo que levou à elaboração de um Projeto de Estágio e à operacionalização do mesmo nos diferentes contextos clínicos preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE), e que culmina na elaboração do presente Relatório, retratando este percurso de crescimento e desenvolvimento de competências do EEESIP.

O desenvolvimento de competências, segundo Le Boterf et al. (2003), assenta em três eixos formados pela pessoa, pela formação/educação e pela sua experiência profissional, que estão alinhados com o pressuposto de Jean Watson “ensinamos aquilo que precisamos aprender, escrevo para saber o que necessito de aprender sobre mim própria e para expressar o que sinto” (Watson, 2012a, p. XX).

A temática do presente relatório incide na criança com condição crónica, uma vez que a condição crónica esteve sempre presente ao longo do meu percurso profissional enquanto enfermeira e conduziu-me, persistentemente, a um sentimento

de inquietude, promovendo a procura de intervenções de enfermagem mais adequadas e adaptadas à pessoa cuidada. Desta forma, comecei por procurar orientações para as intervenções de enfermagem implementadas através da formação em Cuidados Paliativos, considerando que estes apresentam uma abordagem que melhora a qualidade de vida e o bem-estar dos doentes e suas famílias. Estas pessoas deparam-se com problemas associados ao diagnóstico de doenças que ameaçam a vida, pelo que os enfermeiros, previnem e aliviam o sofrimento através da identificação precoce e controle da dor, entre outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais (Wordseide Hospice Palliative Care Alliance, 2020, p. 13; Decreto-Lei no 101/2006).

Quanto à problemática em estudo, e tendo em conta a experiência clínica e formativa, através de um olhar holístico identifiquei como **problema** as emoções intensas experienciadas por estas crianças e suas famílias, e cujo **objeto de estudo** configura as intervenções de enfermagem que facilitam a gestão emocional, sem descurar a regulação da disposição emocional para cuidar do enfermeiro (Diogo, 2023), uma vez que é considerado e enfatizado o “cuidar do Homem-pelo-Homem” (Watson, 2002, p. 35).

A abordagem holística e a escola de pensamento do cuidar sustentaram este percurso formativo, destacando a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson. Desta forma, a profissão e disciplina de enfermagem enquadram-se no paradigma da transformação (Kérouac et.al., 1996; Kérouac,1994). As intervenções de enfermagem tiveram por base o amor-gentileza e as ações carinhosas na relação entre o ser cuidado e o ser que cuida (Watson, 2018) e, concomitantemente, a sensibilidade para a identificação e regulação das emoções e sentimentos dos mesmos. Estas intervenções foram também sustentadas no modelo de Trabalho Emocional de Enfermagem Pediátrica (TEEP) (Diogo, 2023) e nas orientações para a prática dos Cuidados Centrados na Criança e Família e Cuidados não traumáticos.

O presente relatório encontra-se organizado em cinco capítulos principais. No primeiro capítulo consta a problemática, justificando a pertinência da mesma. O segundo capítulo apresenta o enquadramento teórico conceptual, onde se pretende

evidenciar a importância da criança com condição crônica e sua família e, espelhar os cuidados de enfermagem pediátrica, de uma forma holística. O terceiro capítulo expõe a metodologia que proporcionou a construção dos objetivos, bem como as atividades desenvolvidas em cada contexto, sendo estas retratadas e articuladas com as competências desenvolvidas no quarto capítulo. No último capítulo é realizada uma reflexão final sobre este percurso formativo, onde se revela os projetos futuros, que consistem na aplicação das ideias de projeto que surgiram na sequência do mesmo.

## 1 - Problemática de Enfermagem

Cuidar da criança **com condição crónica e família** é o **tema geral** do presente projeto, uma vez que, os avanços nos cuidados de saúde, e de enfermagem, resultaram num crescimento exponencial na prevalência de crianças em condições crónicas ou complexas (Hesselgrave & Santucci, 2024). Estima-se que no mundo existam 3,97 milhões de crianças que necessitam de cuidados paliativos (Wordseide Hospice Palliative Care Alliance, 2020), sendo que, em Portugal, existem 7,828 de crianças nestas condições (Capelas et al., 2020). Segundo a evidência disponível, o número de crianças com condição crónica será superior e engloba crianças com: doenças que colocam a vida em risco; doenças em que a morte prematura é inevitável; doenças progressivas sem opção terapêutica curativa ou doenças irreversíveis não progressivas (Batalha, 2021).

A condição crónica tem um impacto na criança e sua família (Allen et al., 2010), pois estas correm um risco aumentado de problemas emocionais devido à carga de sentimentos negativos e receios provocados pela perda da criança esperada, onde é necessário haver uma reestruturação familiar e da própria criança, levando assim à procura de novas competências parentais (Silva et al., 2017; Florêncio & Cerqueira, 2021; Freitag et al., 2020; Milbrath et al., 2017). Desta forma, a experiência **emocional intensa vivenciada pelo cliente pediátrico** (Diogo, et al., 2020; Diogo, 2023), foi identificado como o **problema de estudo**.

Um dos objetivos major de cuidar a criança com condição crónica e sua família é apoiá-los, valorizando e respeitando as suas emoções (Hesselgrave & Santucci, 2024). Assim, o **objeto de estudo** foi definido como **intervenções de enfermagem que facilitam a gestão emocional da criança com condição crónica e sua família**, apoiado no pressuposto de que é necessário haver uma estabilidade emocional para que todo o processo de saúde-doença seja pautado por menor sofrimento, e cuja experiência tenha potencial de desenvolvimento para o cliente pediátrico.

## 2 – Enquadramento Teórico Científico

Este capítulo apresenta a pesquisa da literatura científica realizada em bases de dados eletrónicas (CINAHL, MEDLINE e Psychology and Behavioral Sciences) através dos descritores/palavras-chave (Chronic Disease, Emotional Regulation e Pediatric Nursing), e a pesquisa em livros, capítulos de livro de autores proeminentes e dissertações, que contribuíram para a elaboração da fundamentação da problemática em estudo. De forma a esquematizar esta pesquisa e a realçar as principais ligações entre conceitos, foi elaborado um mapa conceptual (Apêndice I).

### 2.1 Cuidar da criança com condição crónica e sua família

#### 2.1.1 Cuidar em pediatria

A enfermagem é a

profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quando possível (Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de setembro, p.2960).

Esta definição, não nos diz exatamente do que trata a enfermagem, uma vez que se fecha sobre si mesma quando se afirma que enfermagem é a profissão que tem objetivo prestar cuidados de enfermagem (Nunes, 2018). Assim, adotando uma visão mais ampla, o *enquadramento conceptual* dos padrões de qualidade da OE enuncia quatro conceitos como metaparadigma de enfermagem: **pessoa, ambiente, saúde e cuidados de enfermagem** (OE, 2001). Estes estão em conformidade com o referido por Fawcett (1984), que nos seus estudos identificou estes 4 conceitos transversais na vasta conceptualização, à época, que constituía o corpo de conhecimentos próprio da Enfermagem.

Também o conceito de enfermagem revisto pela American Nurses Association em 2021 enuncia que a enfermagem é a proteção, promoção e otimização da saúde;

prevenção de doenças; facilitação do *healing*; alívio do sofrimento e amparo no cuidado de indivíduos, famílias, grupos, comunidades e populações.

Face ao exposto este capítulo inicia-se com a descrição da **criança com condição de saúde e sua família** (Pessoa), seguido da apresentação das **experiências de emocionalidade intensa** e evidenciando a procura do equilíbrio e restauração do todo, que se traduz no alívio do sofrimento, no bem-estar e no conforto emocional (Saúde), através de **intervenções de enfermagem facilitadores da gestão emocional** (Cuidados de Enfermagem). O Ambiente é transversal pois está inerente ao processo de cuidados.

### 2.1.2 Criança com condição crónica e sua família

A criança com condição crónica não abandona o conceito de ‘ser criança’, definida como “toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos, e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso” (Regulamento n.º 422/2018, de 12 julho, p.19192). Por isso, a Convenção sobre os Direitos da Criança reafirma que esta, pela sua vulnerabilidade, necessita de proteção e atenção especiais, conduzindo a que todas as decisões que digam respeito à mesma devam considerar o seu interesse superior ( United Nations International Children’s Emergency Fund [UNICEF], 2019). Também em Portugal, na Lei de Bases da Saúde é reconhecido o direito à proteção e a gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social promovendo o reconhecimento do importante papel do cuidador informal, a sua responsabilização e capacitação para a prestação”(Lei n.º 95/2019, 2019, p.56). Desta forma, a criança enquanto cliente dos cuidados de saúde, é considerada sujeito de direitos e liberdades fundamentais, que o enfermeiro, atuando em conformidade com o código deontológico, acautela e defende. Como enfermeira, o cuidar valoriza e reconhece a **Pessoa** (pessoa cuidada e profissional de saúde) como um todo, respeitando a sua individualidade. É considerado um processo simples, mas ao mesmo tempo complexo com potencial ponto de partida para o cuidado transpessoal. Este cuidado ocorre

quando o enfermeiro entra no espaço de outra pessoa e é capaz de detetar a condição de ser desta, sente-a dentro de si mesmo e responde à condição de tal forma, que o recetor tem uma libertação de sentimentos e pensamentos subjetivos que ele ou ela desejava libertar, isto é, ocorre a transmissão de sentimentos e emoções (Watson, 2012b).

A criança é uma pessoa com especificidades e encontra-se num processo evolutivo caracterizado biologicamente por crescimento e desenvolvimento (Afonso et al., 2018). O crescimento é definido como o aumento do tamanho do corpo, considerado no seu todo como partes (por aparelhos ou sistemas) e no desenvolvimento da função dos órgãos (Palminha & Carrilho, 2003). Cada criança tem um padrão próprio de crescimento e desenvolvimento, que é fruto da interação do seu património genético com o meio ambiente. Do produto entre genes e a cultura resulta o Homem, sendo aquele produto bastante complexo, com interações que vão desde o nível molecular e celular, envolvendo todos os órgãos e sistemas, até a um nível global, superior, comportamental (Palminha & Carrilho, 2003). É importante notar a forte influência de fatores genéticos, metabólicos, ambientais e nutricionais no crescimento (Schwab, 2024). Já Vieira e Palminha (2003) descrevem sete fatores que influenciam o crescimento: genéticos, nutricionais, endócrinos, traumáticos (no sentido lato da palavra: infecciosos, metabólicos, imunológicos e outras), emocionais, socioeconómicos e iatrogénicos, podendo ocorrer interligações entre eles. Para isso, é necessário que o enfermeiro compreenda o que significa viver com a condição crónica (Chang, 2014). Desta forma consegue promover o crescimento e desenvolvimento na criança com essa condição, uma vez que, a fisiopatologia, gravidade, persistência, visibilidade e prognóstico da doença, bem como quaisquer consequências iatrogénicas que possam ter ocorrido, influenciam o resultado do desenvolvimento de uma criança (Allen et al., 2010).

A **condição crónica** é caracterizada por um problema de origem biológica, psicológica ou cognitiva, com início gradual, que requer cuidados contínuos e intervenções. Esses cuidados envolvem o uso articulado de tecnologias leves, médias e

duras, e têm um prognóstico incerto, com duração longa ou indefinida (geralmente por um ano ou mais). Além disso, essas condições clínicas podem mudar ao longo do tempo, gerando possíveis incapacidades.(Diogo et al., 2020; Mororó et al., 2020). Também Perrin (2002, p. 303) definiu condição crônica em crianças como “condições de saúde que, no momento do diagnóstico, se prevê que dura mais de 3 meses”, mostrando assim que a prevalência da condição crônica varia, dependendo da definição utilizada (Allen et al., 2010).

Porém, estas crianças podem experimentar um atraso no desenvolvimento e/ou na aquisição de competências cognitivas, comunicativas, motoras, adaptativas e sociais, sendo que, quanto maior a gravidade de uma condição crônica, maior a probabilidade de a criança sofrer atrasos globais, podendo alguns domínios serem mais afetados do que outros (Allen et al., 2010). O foco será o desenvolvimento da mesma, e não a idade cronológica, no qual é importante prestar o apoio necessário para que as crianças se adaptem com sucesso a uma experiência de vida emocionalmente intensa e stressante como é a condição crônica (Hesselgrave & Santucci, 2024). Este processo de vida, corresponde à passagem de um estado de estabilidade para outro igualmente estável, durante a qual a pessoa vivência desequilíbrio, incertezas, conflitos interpessoais e perturbações, evidenciada pelo conceito de transição da **Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis** (Chick & Meleis, 2010; Schumacher & Meleis, 2010).

As crianças com condição crônica podem vivenciar múltiplas transições: de desenvolvimento (inerente ao ciclo de vida), de saúde-doença (problema de saúde), organizacionais (hospitalização) e por vezes situacionais (ser a sua própria “enfermeira”), esta última está maioritariamente presente na família (Im, 2014; Costa, 2016), uma vez que esta assume um papel importante nos cuidados à criança, contribuindo para promover o crescimento, desenvolvimento e aprendizagem (Augusto et al., 2021).

Desta forma, a família é um dos pilares de suporte da criança, essencial para a promoção da sua saúde e bem-estar (Harrison, 2010; Hesselgrave & Santucci, 2024;

McCormack & McCance, 2006; Smith et al., 2006). Durante o período de hospitalização têm o direito a serem encorajadas a ficar junto do seu filho, facultando facilidades materiais, sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário. Contudo, os pais devem conhecer as regras e rotinas da instituição, de forma a colaborarem ativamente na prestação de cuidados da criança (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2008, p.3). Na Lei Portuguesa de Bases da Saúde é reconhecida a importância da figura do cuidador informal, da necessidade de o responsabilizar e capacitar para a prestação de cuidados (Lei nº 95/2019). O EEESIP reconhece essa mesma importância, protagonizando os **Cuidados Centrados na Criança e Família** e mobilizando o **Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey**, uma vez que, o envolvimento dos pais nos cuidados representa, para a criança hospitalizada, uma garantia de afeto, segurança e apoio, minimizando as repercussões negativas da condição crónica (Monteiro & Cerqueira, 2021).

Estes cuidados visam fornecer apoio profissional à criança e família através de um processo de envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacitação das famílias e pela negociação dos cuidados (Harrison, 2010; , Hesselgrave & Santucci, 2024; McCormack & McCance, 2006; Smith et al., 2006). Assim, a capacitação e o empoderamento surgem como conceitos transversais (Ford et al., 2018); a **capacitação** resulta da criação de oportunidades e meios para que todos os membros da família revelem as suas habilidades, competências atuais e adquiram novas, atendendo à sua necessidade; o **empoderamento** será o resultado esperado dando o “aumento de poder” para que estes estejam alinhados com as suas necessidades (Cabete, 2021). O EEESIP promove o direito da família que foi descrito anteriormente, na Lei de Bases da Saúde, pois a família ficará com literacia e capacitada para que a parentalidade seja restabelecida e o desenvolvimento na criança constitua uma transição segura.

Contudo, é necessário que o EESEIP atenda à pessoa inteira e aos seus significados (Watson, 2018), guiando a sua prática por uma orientação holística e humanizada durante os cuidados prestados, e esteja desperto para o estado emocional do cliente pediátrico (criança e família). A experiência de hospitalização que a criança

e a sua família vivenciam poderá despertar estados emocionais perturbadores (Martinho & Diogo, 2020), daí a necessidade de identificar as emoções inerentes para direcionar as intervenções de enfermagem com intencionalidade terapêutica. Reforça-se que a Carta da Criança Hospitalizada enaltece o direito ao apoio psicológico, emocional e espiritual (IAC, 2008).

## 2.2 Experiência emocional da criança e família

O EEESIP procura responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família pelo que possuiu conhecimentos acerca do mundo íntimo do cuidar e das experiências humanas associadas aos processos saúde-doença (Watson, 2021). Embora o EEESIP nem sempre consiga identificar os sentimentos destas, pois é algo mais reservado que decorre da experiência mental de uma emoção (Damásio, 2010), o enfermeiro como ser presente e apoiante da expressão de sentimentos positivos e negativos, com uma conexão profunda com o próprio espírito e o da pessoa cuidada (Watson, 2018), procura identificar as emoções experienciadas pelas crianças e família, tendo em conta o conhecimento sobre os padrões de emoções, reconhecendo que a situação de hospitalização pode potenciar a ansiedade e aumentar os medos (Martinho & Diogo, 2020; Diogo, 2023). Essas emoções estão presentes não só nessa situação, mas também no diagnóstico dos problemas de saúde (Ernestina Silva et al., 2017; Florêncio & Cerqueira, 2021).

De forma a desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, de ajuda e confiança (Watson, 2018), o EEESIP toma conhecimento que as emoções são desencadeadas após um processo mental de avaliação, o qual é voluntário, determinado por processos fisiológicos ou no decorrer de interações do indivíduo com o meio ambiente, causando as emoções de fundo (Damásio, 2010).

As **emoções humanas** são definidas como um “processo de sentir das pessoas, (...), manifestando-se através de mecanismos neurofisiológicos; podendo ser perturbadoras ou gratificantes e são intemporais pela via da memória afetiva, envolve a cognição na sua avaliação e traduz-se na expressão de diversas formas” (Diogo, 2023,

p.21). Por vezes, a emoção medo está associada ao desconhecido, ao sofrimento e à dor. Outras vezes, é uma expressão de perturbação emocional de ansiedade ou fobias, podendo evoluir para psicopatologia (Vilelas et al., 2017). Desta forma, constata-se que, quando a dimensão emocional está fragilizada, afeta o equilíbrio do todo (holo), pelo que não se pode ignorar os aspetos emocionais (Diogo, 2023). Além disso, um “afeto não pode ser controlado ou neutralizado exceto por um afeto contrário mais forte do que o afeto que queremos controlar” (Damásio, 2020). Ou seja, quando o EEESIP identifica diagnósticos de emoções negativas na criança e sua família (Barreira & Sousa, 2019) para dar resposta aos problemas/necessidades, procura ajustar as intervenções, de forma a facilitar a gestão emocional. Assim, promove emoções positivas mais fortes, tendo como objetivo a neutralização das emoções negativas, vivenciadas ao longo do processo saúde-doença, e facilita a aquisição de estratégias de gestão interna e externa das emoções.

Tal como foi abordado no subcapítulo anterior, o envolvimento dos pais nos cuidados tornando-os parceiros - **parceria de cuidados** - apresenta como princípios: o respeito e a dignidade; a capacidade de reconhecer a individualidade e as necessidades da família; a colaboração entre família e os profissionais; a negociação para a tomada de decisão; a comunicação aberta e honesta; e a relação de ajuda (Smith, 2018). A parceria de cuidados proporciona à criança e família uma garantia de afeto, segurança e apoio (Monteiro & Cerqueira, 2021). Esta irá atender à necessidade de relações afetivas contínuas, que consistem numa das sete necessidades fundamentais ao desenvolvimento adequado de qualquer criança (T. Brazelton & Greenspan, 2002), facilitando assim o sentimento de normalização.

A **normalização** é uma necessidade que está presente na maioria das crianças e famílias ocidentais a viver uma condição crónica, uma vez que, permite a reorganização familiar sem foco específico nesta condição. Define-se normalização como um conjunto de estratégias utilizadas para compreender, aceitar e lidar com a condição crónica da criança, bem como o resultado das mesmas, proporcionando o funcionamento familiar harmonioso. No entanto o conceito “normal” de cada família é

único e modelado pelas circunstâncias de vida (Esteves & Diogo, 2018). Robinson (1993), citado por Esteves & Diogo (2018), explica este conceito com a referência à expressão 'lente de normalidade', que não é mais do que a reconstrução da realidade de forma a enfatizar os aspetos inalterados da mesma. Ou seja, à semelhança da observação da vida individual e familiar através da lente da câmara, escolhe-se enfatizar os aspetos 'normais', desfocando ou enviando para segundo plano, os aspetos inerentes à condição da criança, para que estes não se tornem demasiado invasivos. É, então, definido um 'novo normal' e a criança é instruída de acordo com essa nova definição (Esteves & Diogo, 2018). Quando o sentimento de normalização se encontra presente, a doença é vista como apenas uma limitação, passando a haver um desfoco desta, proporcionando maior atenção à criança e à família, como um ser. A criança é vista como ela própria e não reduzida apenas ao seu diagnóstico, a família demonstra capacidade de lidar com a condição crónica e tem uma postura proactiva em relação à mesma. Tal facto verifica-se quando a criança está a interagir saudavelmente com os pais, a participar em atividades adequadas à idade e é transcendente para a família quando esta apresenta orgulho no presente e motivação para o futuro (Esteves & Diogo, 2018).

As famílias com o sentimento de normalização instituído reconhecem a importância do regime de tratamento e a gravidade da situação dos seus filhos, para isso ocorre uma transição para conviver com o diagnóstico de uma condição crónica (transição saúde-doença) (Im, 2014; Costa, 2016; Meleis, 2012). Para viver com o diagnóstico de uma condição crónica, a transição não ocorre quando os pais têm conhecimento do diagnóstico da criança. Esta é um processo que começa quando os pais tomam consciência das mudanças no seu filho e termina quando os membros da família absorvem as implicações da condição crónica para a criança e família (Allen et al., 2010). Segundo Meleis, este acontecimento envolve conhecimento para o desenvolvimento de novas competências e aquisição de comportamentos para redefinir a sua identidade (Meleis, 2010). Deste modo, o EEESIP define intervenções e ações de enfermagem ajustadas à criança e família, tendo como objetivo promover,

manter, regular ou alterar o ambiente e/ou os processos de transição (Meleis, 2012), assim como os facilitadores do *healing* (ANA, 2021).

Watson (2021) defende o conceito de *healing* como um encontro sagrado (no sentido de ser especial e único) entre quem cuida e quem é cuidado, sustentando assim o cuidado transpessoal que transcende a componente física (Watson, 2021). O impacto do ambiente físico muitas vezes surge primeiro que a interação com os enfermeiros, no entanto ambos tem influência na relação enfermeiro-cliente em termos emocionais (Diogo, 2015).

O enfermeiro, visando o bem-estar e a saúde da pessoa promove a gestão e regulação emocional, atenuando os picos de emocionalidade negativa, facilitando o autocontrolo e o bem-estar do cliente pediátrico, sendo considerada a preparação para os procedimentos, o fornecimento de explicações/informações, o reforço positivo e o favorecimento da expressão dos sentimentos, alguns exemplos de estratégias que visam esta gestão emocional (Diogo, 2015, 2023).

### **2.3 Intervenções de enfermagem que facilitam a gestão emocional**

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, os cuidados são caracterizados por uma relação de ajuda que está na base de intervenções de enfermagem autónomas e/ou interdependentes (OE, 1998). Nas intervenções interdependentes, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação e nas autónomas, este assume não só a responsabilidade da implementação, mas também na prescrição das mesmas (Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho). Para isso é necessário que haja uma tomada de decisão, na qual o enfermeiro identifica as necessidades da Pessoa (OE, 2017), onde os sentimentos e as emoções devem ser reconhecidos como necessidades humanas, dignas de serem atendidas (Watson, 2002).

A investigação sobre a dimensão emocional dos fenómenos de enfermagem tem vindo a ganhar destaque e a expandir-se em diferentes áreas nos últimos anos. Os primeiros estudos remetem aos tempos de Aristóteles (384 a.C. – 322 a.C.), com a ligação das emoções à ação, provenientes das nossas crenças, representadas por dois pólos:

agradáveis ou desagradáveis, defendendo que as pessoas são movidas pela emoção (Oatley & Jenkins, 2002). Descartes e Espinosa, no século XVII, apresentam uma perspectiva filosófica das emoções onde Descartes defendia que estas brotam da alma, estando intimamente ligadas ao corpo, sem rédea de controlo do raciocínio, contudo, podem ser reguladas pelo pensamento, distinguindo-as também em emoções funcionais ou disfuncionais. Para Espinosa, as emoções sustentam-se em avaliações e formas de pensar, traçando uma teoria cognitiva, concluindo que, a compreensão das emoções é fundamental, mesmo que possam ser contraditórias (Oatley & Jenkins, 2002).

O caminho de investigação das emoções foi sendo trilhado, e é Damásio, no século XX, quem distingue os conceitos de emoção<sup>1</sup> e sentimento<sup>2</sup> – necessidades humanas reconhecidas de forma consciente e intencional, que potencializam o alinhamento mente-corpo-espírito do ser cuidado, reconhecendo-o na sua totalidade e unidade como Ser (Watson, 2002, 2018).

Cuidar da criança e da família é uma responsabilidade e um compromisso moral do enfermeiro (Watson, 2018). O cuidado em enfermagem pediátrica tem como intenção a promoção do bem-estar da criança e da sua família (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de setembro), onde o **cuidado emocional** permite transformar situações emocionalmente intensas e negativas, em experiências positivas de crescimento, quer para a criança e família quer para o próprio enfermeiro (Diogo, 2023). Para que isso aconteça, os enfermeiros desenvolvem ações com o intuito de prevenir doenças, prestar cuidados, no sentido de manter o nível ótimo de crescimento e desenvolvimento, bem como reabilitar as crianças com alterações do seu estado de saúde, tendo também como alvo de cuidado à família. Para concretizar esse objetivo, é necessário aliar aos cuidados em parceria e centrados na família os **cuidados não**

---

<sup>1</sup>Definida como “conjunto de ações involuntárias internas e externas provocadas por estímulos externos” (Damásio, 2020, p.114).

<sup>2</sup> Definida como “experiências mentais que acompanham vários estados da homeostasia do organismo, quer sejam primários ou provocados pelas emoções” (Damásio, 2020, p.114).

**traumáticos** (Tavares, 2011). Estes têm como objetivo prevenir o dano (Matziou et al., 2018) e são descritos como “cuidados terapêuticos em ambientes, por um conjunto de funcionários e por um meio de intervenções que eliminem ou mitiguem o sofrimento psicológico ou físico vivenciado pelas crianças ou seus familiares no sistema de cuidados à saúde” (Tavares, 2011, p. 28). Estes cuidados podem ser aplicados através de práticas terapêuticas e desenvolverem-se através de mediadores como o brincar, a música, filmes, animais, mas também em situações onde os enfermeiros usam exclusivamente o seu *Self*, no caso da dádiva de afeto, da presença, da sua postura calma e afável (Diogo, 2015). Ou seja, mais que o cuidar de dimensão física, o EEESIP pretende cuidar do coração, contribuindo desta forma para o *healing* (Watson, 2018).

Entende-se assim que o Modelo TEEP auxilia na estruturação das estratégias mobilizadas pelos enfermeiros na gestão intencional da emocionalidade da pessoa (criança/jovem e família) e dos enfermeiros, visando transformar positivamente a experiência emocional, os relacionamentos e o cuidar (Diogo 2023). Como resultado terapêutico espera-se a promoção do alívio do sofrimento e incrementação do bem-estar, assim como o crescimento dos sujeitos em interação. No que diz respeito ao enfermeiro, previne a exaustão emocional e promove um bem-estar e saúde emocional (Diogo, 2015).

### 3 - Metodologia

Jean Watson (2018), no Processo Clínical Caritas, propõe a elevação do pensamento, encaminhado para ir além do próprio ego. Inicia-se assim um processo reflexivo que possibilita o desenvolvimento de competências especializadas tendo em consideração as interações de cuidados vivenciadas, que conduz, não só ao desenvolvimento de novos conhecimentos, mas também ao autoconhecimento (Netto et al., 2018). Este processo de desenvolvimento de competências teve início com a elaboração do autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem (Apêndice II) para que, posteriormente, fossem definidos os objetivos do projeto.

Os dois **objetivos gerais** e respetivos **objetivos específicos** (Quadro 1), ancorados na problemática em estudo, estão organizados de forma a promover o desenvolvimento das competências de Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, e de Mestre de Enfermagem.

**Quadro 1.** Objetivos do percurso formativo

<b>Objetivos Gerais</b>	1. Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança, ao jovem e família em todas as idades, nos processos de saúde-doença e nos diferentes contextos de saúde
	2. Desenvolver competências no âmbito do trabalho emocional na criança com condição crónica e família
<b>Objetivos Específicos</b>	1.1. Conhecer o contributo do EEESIP na gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados
	1.2. Aprofundar conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil
	1.3. Desenvolver uma comunicação eficaz com a criança, família e entre pares
	2.1. Identificar a experiência emocional vivenciadas pelas crianças e famílias durante a prestação de cuidados
	2.2. Implementar intervenções de enfermagem facilitadoras da gestão emocional nas crianças e famílias
	2.3. Promover o trabalho emocional entre pares

O estágio clínico é fundamental para o desenvolvimento e consolidação das competências de EEESIP, já que estes são momentos privilegiados de mobilização de saberes numa perspectiva interdisciplinar contextualizada (Alcarão & Rua, 2005). Tal como é preconizado pela OE, o estágio realizou-se em cinco contextos diferentes, quatro destes apresentaram uma duração de cinco semanas e um de duas semanas. Os mesmos encontram-se organizados no **cronograma** (Apêndice III) pela seguinte ordem: Centro de Saúde, Consulta de Desenvolvimento, Urgência, Neonatologia e Internamento. A intencionalidade para a organização dos contextos de estágio consistiu no nível de complexidade crescente, tendo sido delineadas as atividades (Apêndice IV), em função da experiência no contexto, os objetivos que pretendia alcançar e as competências a serem desenvolvidas.

A decisão de iniciar o percurso nos cuidados de saúde primários e posteriormente, na consulta de desenvolvimento, foi sustentada nas competências inerentes ao desenvolvimento da criança e na maximização da sua saúde, tendo sido possível articular com a problemática em estudo. O estágio num contexto de urgência teve como finalidade desenvolver as competências do EEESIP no cuidado à criança gravemente doente, onde a sua situação clínica é complexa, assim como as emoções vivenciadas por esta e sua família. O estágio no contexto de neonatologia, mais concretamente numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, associou-se à necessidade de desenvolver competências em cuidados especializados ao recém-nascido (RN) prétermo e termo, com intervenção do EEESIP no momento de adaptação às necessidades especiais de saúde. Terminar este ciclo de estágio no contexto onde desempenho funções teve como intenção conhecer as especificidades da intervenção do EEESIP e desenvolver a melhoria contínua dos cuidados.

Em cada contexto clínico, o estágio teve a orientação do EEESIP, de acordo com o seu horário laboral. Estes momentos foram enriquecedores pois permitiram que a **aprendizagem experiencial** fosse promovida a par de uma **prática reflexiva**. Esta incorpora a reflexão na ação, sobre a ação e sobre a reflexão na ação (Schön,1992), permitindo melhorar o processo de aprendizagem, pois a formação de profissionais

deve ser executada através deste processo reflexivo (OE, 2012). Nesse sentido, o presente relatório é fundamentalmente um trabalho descritivo e de reflexão sobre as aprendizagens e as experiências vividas, de forma a espelhar como as competências de grau de mestre (CGM), as competências comuns de enfermeiro especialista (CCEE) e as competências específicas do enfermeiro em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (CEEESIP) foram desenvolvidas.

## 4 - Desenvolvimento de Competências: de Enfermeira Generalista a Enfermeira Especialista

O EEESIP evidencia-se por uma *performace* especializada na prestação de cuidados de nível mais avançados e seguros (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho, 2018), na qual a sua praxis é sustentada pela evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019). Assim, este capítulo retrata o desenvolvimento das competências através da reflexão sobre as atividades realizadas nos estágios clínicos.

Este capítulo encontra-se organizado em cinco subcapítulos que relatam o processo de desenvolvimento de competências de EEESIP e Mestre, inerentes ao estágio nos contextos de cuidados de saúde primários, consulta de desenvolvimento, urgência, neonatologia e internamento. No início de cada subcapítulo é apresentado uma síntese da caracterização do contexto e a tomada de decisão para a concretização das atividades desenvolvidas, que foram realizadas após observação participante, entrevista ao EEESIP orientador e análise documental<sup>3</sup>. Desta forma, foi concretizado o primeiro objetivo específico: **Conhecer o contributo do EEESIP na gestão e melhoria contínua da qualidade de enfermagem especializados**

As competências adquiridas por intermédio de cada atividade serão apresentadas em nota de rodapé, de forma a sintetizar a informação.

### 4.1- Cuidados de saúde primários

O estágio foi realizado numa Unidade de Saúde Familiar, em Lisboa, durante o período de 22 de maio de 2023 a 30 de julho de 2023. Embora já tivesse experiência enquanto enfermeira no contexto de consulta de saúde infantil, agora teria uma oportunidade para desenvolver estas consultas com um conhecimento teórico mais especializado, pelo que tive a oportunidade para cimentar esse conhecimento, através

---

<sup>3</sup> Devido a questões de anonimização dos locais de estágio, as referências bibliográficas dos matérias internos a cada unidade encontram-se identificadas através da designação "fonte interna".

de várias reflexões realizadas. Anteriormente, apesar de já adotar uma visão sobre o desenvolvimento, necessitava de refletir o que teria que fazer, após este estágio, o pensamento era mais fluido e através do brincar fui capaz de identificar o desenvolvimento da criança, um exemplo era pedir à criança para saltar como um canguru e depois só com uma perna.

#### 4.1.1 Caracterização do contexto clínico e da população-alvo

A Unidade de Cuidados de Saúde Primários destina-se ao acompanhamento dos utentes de modo a melhorar e manter o estado de saúde, prestando cuidados de saúde continuados, qualificados e humanos a todos os utentes inscritos visando os três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária<sup>4</sup>.

O estágio decorreu maioritariamente em gabinetes que são utilizados para diversas consultas, onde o ambiente pediátrico se encontra disfarçado, contudo, apresenta um ambiente acolhedor e com símbolos pediátricos (desenhos coloridos nas paredes). Uma característica inerente à equipa é a inclusão do cliente, adaptando-se à língua (os profissionais de saúde falam inglês) e estes não utilizarem fardas de forma a potenciar a sua aproximação e desmistificando o medo que possa existir à 'farda branca'. Esta aproximação é fomentada pela existência de visitas domiciliárias, na primeira semana do RN, e onde existe um acompanhamento de toda a família, possibilitando a prestação de cuidados de enfermagem no apoio à transição para a parentalidade.

A visita domiciliária facilita a perceção das inseguranças familiares potenciadoras de stress entre outras emoções negativas, podendo contribuir para a minimização das mesmas (Luz et al., 2016). De facto, o casal transita para a parentalidade confrontando-se com novas exigências, para as quais pode não ter respostas (cognitivas, comportamentais e emocionais) e cujas habituais estratégias de *coping* lhe parecem ineficazes, desenvolvendo por isso situações de stress, que o tornam mais vulnerável e podem afetar o seu bem-estar e saúde (Meleis 2007; Meleis et al., 2000). Desta forma,

---

<sup>4</sup> Informação obtida por análise documental de fonte interna (anonimizada no contexto do presente relatório).

há a necessidade de um cuidado individualizado e holístico (Watson, 2021) capaz de minimizar os constrangimentos provocados pela parentalidade e, que potencie o melhor que esta fase pode trazer.

A equipa integrante é constituída por nove médicos de medicina geral e familiar, nove enfermeiros, sendo que três são EEESIP, quatro assistentes técnicos e dois assistentes operacionais. O Enfermeiro de Família, é “profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (*Decreto-Lei n.º 118/2014*, p. 4070), é um papel de referência nesta instituição. Desta forma, nem todas as consultas são realizadas pelo EEESIP, no entanto estes apresentam um papel importante como consultores para os restantes colegas, promovendo a qualidade e a segurança nos cuidados de enfermagem.

Os EEESIP desenvolveram um projeto focado na saúde da criança, que inclui Workshops abertos à comunidade promotores da parentalidade. Também apresentam um papel importante na dissiminação do conhecimento com a participação em diversos congressos, onde relatam as experiências vivenciadas.

Relativamente à população, verificou-se que existe grande diversidade cultural e, por esse motivo, parte das crianças terminam a vigilância de saúde infantil aos 12 meses, por regressarem ao país de origem dos pais, impossibilitando o contacto do enfermeiro com as mesmas. Algumas crianças e famílias regressam aos 5 anos, que de acordo com o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), é o momento de inoculação da vacina e esta consulta remete para os indicadores de qualidade da instituição.

Os registos de enfermagem são realizados no boletim de saúde infantil e juvenil e, simultaneamente, no programa SClínico, que consiste numa sistema informático desenvolvido com o objetivo de uniformizar o registo clínico eletrónico e normalizar a informação recolhida nas várias instituições de saúde (Ministério da Saúde, 2019). O desenvolvimento infantil é o foco de enfermagem utilizado maioritariamente.

Pela inexistência da criança com condição crónica, optou-se por procurar em que ocasião a emoção intensa poderia ser problemática para a criança e a sua família, identificando assim a criança e família de culturas diferentes e assumindo este como tema para este contexto inerente. Sem que com isso não se abandonasse o problema inicial e o objeto de estudo, que consistia nas intervenções que facilitam a gestão emocional<sup>5</sup>.

#### 4.1.3 Atividade desenvolvidas

*A participação nos cuidados especializados à criança e jovem<sup>6</sup>, aplicando a escala de Mary Sheridan modificada<sup>7</sup> para realizar a avaliação do desenvolvimento da criança permitiu-me **aprofundar conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil**. Tive a oportunidade de avaliar crianças de diferentes idades, desde o RN até ao jovem de 14 anos, no gabinete de enfermagem e no domicílio.*

A realização de cuidados de enfermagem no domicílio foi desafiante, mas também gratificante, pois estava inserida no contexto ambiental da criança e família. Apesar de sentir algum receio, um vez que o primeiro contacto seria realizado num lugar próprio daquela família, tomei consciência que a relação terapêutica tornou-se mais próxima naquele espaço do que no gabinete de enfermagem. Os pais colocavam mais questões e tornavam-se mais participativos levando, assim, a constatar que a promoção de um ambiente acolhedor, seguro e afetuoso (Diogo, 2023), alinhado ao elemento do Processo Clinal Caritas ‘praticar o amor-gentiliza’ (Watson, 2021), potencia a relação terapêutica e facilita as intervenções de enfermagem direcionadas para a promoção da parentalidade. Percecionei que se torna mais acessível identificar e redirecionar a

---

<sup>5</sup> Contribuiu para atingir a CCEE “D2.1 - Gera respostas de adaptação individual e organizacional” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

<sup>6</sup> Contribuiu para atingir a CCEE “A1.1-Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e a CEEESIP “E1.2- Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e jovem” (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho).

<sup>7</sup> Contribuiu para atingir a CEEESIP “E 3.1- Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho).

participação dos pais no processo de cuidar, promovendo o crescimento e o desenvolvimento na criança saudável. Isto porque foi-me permitido conhecer as crenças e valores da família presente e ajustar a teoria à prática, como foi o caso de um RN que culturalmente dorme com a mãe. Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2023), colocar o bebé a dormir em berço próprio é uma forma de diminuir o risco de ocorrer o Síndrome de Morte Súbita, no entanto, se culturalmente para a presente família não faz sentido, cabe ao EEESIP ajustar estratégias. No caso relatado, as estratégias utilizadas foi delimitar o espaço do bebé, ou seja, na cama onde a mãe dormia realizou um “ninho”<sup>8</sup>.

A intervenção de enfermagem no âmbito dos cuidados antecipatórios e educação para a saúde em visitas domiciliárias vai ao encontro da realidade a adaptar para que o crescimento e desenvolvimento da criança não seja afetado, cumprindo com as crenças e valores daquela família<sup>9</sup>. Também em visita domiciliária, tive a oportunidade de realizar o teste Guthrie, geralmente designado “Teste do Pezinho” ou “Teste de Diagnóstico Precoce”, que rastreia 27 patologias (Hipotireoidismo Congénito, Fibrose Quística, Drepanocitose e 24 Doenças Hereditárias do Metabolismo). Este deve ser realizado entre o 3.º e o 6.º dia de vida do RN (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2022)<sup>10</sup>.

Neste estágio também *participei na administração de vacinas às crianças* e, uma vez que, a população é multicultural, realiza-se a vacinação Bacilo de Calmette-Guérin

---

<sup>8</sup> Contribuiu para atingir a CCEE “B3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e Contribuiu para atingir a CEEESIP “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”.

<sup>9</sup> Contribuiu para atingir a CCEE “A1.1 – Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios valores e normas deontológicas; 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/grupos.” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e contribuiu para atingir as CEEESIP “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; E3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.” (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho).

<sup>10</sup> Contribuiu para atingir a CCEE “D2.2 – Suporta a prática em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e contribuiu para atingir a CEEESIP “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” (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho).

(BCG). Foi possível não só observar, como administrar com supervisão, pois trata-se de uma vacina intradérmica, que ao longo da minha prática profissional nunca tinha realizado. No plano nacional de vacinação estão disponíveis 13 vacinas, onde a vacina da BCG é administrada aos grupos de risco enunciados na Norma n.º 6/2016 em crianças de idade inferior a 6 anos (Direção-Geral da Saúde, 2013). O momento da vacinação despoletava na criança e nos pais emoções intensamente negativas, tais como o medo e o stress. A criança ficava menos participativa, mais resguardada no seu local e os pais começavam a desviar o olhar, como tentativa de fuga. Foi possível **identificar as experiências emocionais vivenciadas pelas crianças e famílias durante a prestação de cuidados e promover, não só um ambiente seguro e nutrido com afeto, mas também facilitar a gestão emocional dos clientes**, implementando *técnicas não farmacológicas para o controlo da dor e regulação emocional*<sup>11</sup>, mobilizando a canção para a criança e a visualização de vídeos, assim como contando a história do ‘super-herói’ ou da ‘abelha que dá um beijinho na flor’. Para os pais, explicava a importância da vacinação da criança, dando reforço positivo, e orientava algumas técnicas de respiração ou ‘visualização de locais favoritos’. Estas técnicas eram ajustadas mediante a faixa etária da criança e a sua cultura, havendo um envolvimento dos pais nesta intervenção, pois maioritariamente era a mãe a incentivada para cantar para o filho durante a administração da vacina. Realça-se a importância da parceria de cuidados, centrados na criança e família que permitiram a **implementação de intervenções de enfermagem facilitadoras da gestão emocional nas crianças e famílias** sustentadas no Modelo TEEP (Diogo, 2023)<sup>12</sup>.

Ao identificar na equipa ações promotoras da gestão emocional, comecei por abordar o Modelo TEEP. Surgindo assim a elaboração de uma *revisão de literatura “A Descoberta das Emoções”* (Apêndice V), para que a disseminação do conhecimento fosse

---

<sup>11</sup> Contribuiu para atingir a CEEESIP “E2.2 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.” (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho).

<sup>12</sup> Contribuiu para atingir a CCEE “B3.1 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos.” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

mais clara e aplicável na prática<sup>13</sup>. Além de um suporte teórico à prática clínica, foram elaborados quadros resumo de fácil consulta, onde são expostas as relações familiares e comunicação em algumas culturas e as diferentes estratégias disciplinares que se podem adotar para que a criança cresça e se desenvolva de forma saudável. Esta revisão foi apresentada à equipa, através de uma *sessão formativa com o tema "Promoção da gestão emocional"* (Apêndice VI)<sup>14</sup>, teve como finalidade **promover o trabalho emocional entre pares**. Desta forma, comecei por expor algo que era familiar para a equipa: crescimento e desenvolvimento infantil; onde me foi possível introduzir o desenvolvimento emocional da criança, dando ênfase ao PNSIJ, que orienta para avaliação da relação e comportamento, destacando a birra que é enunciada como "a tentativa da criança tentar canalizar os seus sentimentos intensos" (Brazelton & Sparrow, 2004, p.13). Além disso, a cultura é um fator que influencia a forma como são expressadas as emoções (Diogo et al., 2020). Ao dirigir a apresentação para a cultura, que é um tema tão conhecido pela equipa, consegui cativar a atenção da mesma e, desta forma, orientei o pensamento para a parentalidade e diferentes estilos parentais, aprofundando o meu conhecimento sobre o mesmo. Estas estratégias permitiram-me refletir como uma abordagem parental positiva encoraja o desenvolvimento (Hockenberry, 2024), onde a capacitação dos pais reduz o medo, a ansiedade e o stress da criança (Pereira et al., 2011). A capacitação dos pais na gestão emocional da criança, quando esta apresenta um turbilhão de emoções foi realizada através da elaboração de uma *brochura "Porque o meu filho faz birra"*<sup>15</sup> (Apêndice VII), como um instrumento de apoio aos familiares de crianças neste estágio de desenvolvimento, traduzido pela

---

<sup>13</sup> Contribuiu para atingir a CCEE "D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador de aprendizagem em contexto de trabalho; D2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica." (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

<sup>14</sup> Contribuiu para atingir a CCEE "D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho." (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e a CEEESIP "E2.4 - Providencia cuidados À criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, reconhecendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns ou complementares, amplamente suportadas na evidência." (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho).

<sup>15</sup> Contribuiu para atingir a CCEE "B1.1- Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade." (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e a CEEESIP "E3.3. – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura." (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho).

equipa, para inglês. Estas atividades permitiram **desenvolver uma comunicação eficaz com a criança, família e entre pares**, sendo este um dos objetivos delineados.

## 4.2- Consulta de desenvolvimento

### 4.2.1 Caraterização do contexto clínico e da população-alvo

A consulta de desenvolvimento atende crianças dos 3 aos 4 anos, sinalizadas, pela família, pelos médicos assistentes ou por cuidadores/educadores/professores, por preocupações relativas ao desenvolvimento. Nesta consulta são observadas crianças com sintomas que, por serem frequentes, influenciam a participação da criança em atividades ou rotinas expectáveis da família ou em atividades diárias, que limitam a capacidade da criança para aprender e desenvolver novas competências em diferentes contextos.

A equipa é constituída por médicos, EEESIP, fisioterapeuta, psicólogos, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais. Semanalmente são realizadas reuniões multidisciplinares para elaborar planos de cuidados ajustados às necessidades da criança. Nem todas as crianças são acompanhadas por todos os profissionais, nem com a mesma periodicidade. Primeiramente existe uma avaliação global, para analisar a existência de alguma causa biológica para o comprometimento do desenvolvimento. A criança realiza exames laboratoriais, assim como teste auditivos. Estes exames são solicitados na consulta de avaliação inicial, onde se encontra o médico e o EEESIP.

A abordagem específica da consulta de desenvolvimento na primeira infância, baseia-se na relação, no conhecimento das diferenças individuais e nas competências de desenvolvimento de cada criança, numa metodologia adaptada do modelo DIR/Floortime<sup>16</sup>.

### 4.2.2 Atividade desenvolvidas

---

<sup>16</sup> Informação obtida por análise documental de fonte interna (anonimizada no contexto do presente relatório).

Neste contexto tive a oportunidade de *participar nas consultas de desenvolvimento*, onde o brincar esteve sempre presente e, assim, tive a oportunidade de **desenvolver uma comunicação eficaz com a criança e família**. Estas experiências foram assimiladas com o *registo reflexivo das situações vivenciadas em consulta, mobilizando o “Floortime” como método de promoção de avaliação e intervenção* (Apêndice VIII). Desta forma, tive a possibilidade de identificar **a experiências emocionais vivenciadas pelas crianças e famílias durante a prestação de cuidados**<sup>17</sup>.

Houve relatos que me fizeram refletir na importância de uma intervenção na família e não só na criança, como o caso de uma mãe com história de uma infância violenta, que a chorar, relata que não sabe como brincar com a filha. Neste momento, a EEESIP tentou acolher a emoção vivenciada pela mãe e desconstruir como pode brincar com a criança. No fundo, foi ensinado à mãe como brincar e de que forma o pode fazer. Este foi o testemunho que vivenciei e refleti acerca da importância de conhecer a história familiar e como, por vezes, é necessária uma intervenção além da criança<sup>18</sup>.

Durante este período houve a oportunidade de estar presente e *participar no “Encontro com a Dra. Jean Watson” (Anexo I), e publicar um póster como coautora: “A Emocionalidade em contexto de um serviço de Neonatologia: As experiências emocionais vividas pelos pais e enfermeiros”* (Apêndice IX). Esta atividade contribuiu para **promover o trabalho emocional entre pares**<sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> Contribuiu para atingir a CCEE “A1.3. – Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão; B2.1 – Avalia a qualidade das práticas clínicas; D2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica.” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e a CEEESIP “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; E2.4 – Providencia cuidados da criança/jovem e família promotores da majoração dos ganhos, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.” (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho).

<sup>18</sup> Contribuiu para atingir a CCEE “A1.3. – Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão; B3.1. – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e a CEEESIP “E1.1. – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E2.2 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.” (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho).

<sup>19</sup> Contribuiu para atingir a CCEE “B1.1 – Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; B2.1 – Avalia a qualidade das práticas; C2.1 – Otimiza o trabalho de equipa adequando os recursos às

## 4.3 – Urgência

### 4.3.1 Caraterização do contexto clínico e da população-alvo

O serviço urgência pediátrico polivalente (SUPP) consiste no “atendimento para crianças com situações de doença ou trauma grave, em atendimento primário ou referenciadas” (Despacho n.º 10319/2014, de 11 agosto, 2014).

Este serviço conta com uma equipa multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e outros profissionais. Quanto à equipa de enfermagem, cerca de um terço são EE, sendo que três são EEESIP. Estes atuam maioritariamente na área assistencial e de gestão, liderando a adoção de boas práticas. Contam com a execução de alguns projetos, como a *Promoção da Segurança do doente durante a transição de cuidados de saúde*, através do método ISBAR; tive a oportunidade de assistir à formação em serviço que espelhava o sucesso da implementação deste projeto (Anexo III).

O SUPP conta com cinco postos de trabalho: triagem; duas salas de tratamentos, serviço de observação e sala de reanimação. Estruturalmente encontra-se dividida em duas alas (A e B), onde na área A se encontra a parte médica e situações mais complexas e a ala B situa-se os casos cirúrgicos e pedopsiquiatria. A triagem é realizada pelo enfermeiro na ala A, através do Sistema *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*, tal como é preconizada pela DGS, uma vez que este se configura como um sistema de triagem exclusivamente pediátrico (Canadian Association of Emergency Physicians, 2012; DGS, 2018). Desta forma, é atribuída a prioridade de atendimento, de acordo com a situação clínica e um tempo médio de atendimento, ou seja, para o nível 5 (não urgente) é atribuída uma pulseira azul e pretende-se que a criança seja atendida em, aproximadamente, 120 minutos; para nível 4 (pouco urgente) é atribuída a pulseira

---

necessidades de cuidados; D2.2. – Suporta a prática em evidência científica; D2.3. – Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e a CEEESIP “E2.2 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.” (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho)

verde e espera-se que avaliação da criança ocorra nos próximos 60 minutos; com o nível 3 (classificação urgente) é atribuída a pulseira amarela e preconiza-se o atendimento da criança em 30 minutos; ao nível 2 (muito urgente) corresponde atribuição da pulseira laranja e dentro de 15 minutos deverá ser avaliada, pois requer uma observação rápida e vigilância contínua. No nível 1 (emergência) é atribuída a pulseira vermelha, com necessidade de avaliação clínica e prestação de cuidados imediatos (Canadian Association of Emergency Physicians, 2012).

Após identificada a prioridade de cuidados na triagem, a criança é encaminhada para a respetiva sala de espera, onde aguarda observação médica. Em ambas as alas existe uma sala de tratamentos, na qual o enfermeiro executa as técnicas invasivas. A sala de reanimação encontra-se na ala A e está preparada para receber crianças em situações de emergência.

#### 4.3.2 Atividade desenvolvidas

Ao longo das quatro semanas de *observação e a participação nos cuidados à criança e jovem em situações de urgência* investi no desenvolvimento de uma **comunicação eficaz à criança, família e entre pares**. A *análise de situações concretas de cuidados com a Enfermeira orientadora* permitiu desenvolver um *registo reflexivo das situações vivenciadas no contacto com a criança e família* (Apêndice X), o que contribuiu para **identificar a experiência emocional vivenciada pelas crianças e famílias** durante a prestação de cuidados nos diversos postos de trabalho<sup>20</sup>. O medo foi a emoção que mais identificada, através da tentativa de se esconder atrás da figura parental e da manifestação do choro. O medo foi desconstruído através do brincar, uma vez que, na triagem, por exemplo,

---

<sup>20</sup> Contribuiu para atingir a CCEE "B3.1 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos; D1.1 - Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro; D1.2 - Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional;" (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e a CEEESIP "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; E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura" (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho)

imaginava-se que o tremómetro era um telefone ou mobilizava-se os bonecos que as crianças traziam.

A triagem foi a porta para a desconstrução do medo, uma vez que, apesar do contacto ser breve, pois a triagem deve ser realizada em tempo limitado, aqui podia-se estar de uma forma acolhedora e afetiva. Uma das dificuldades sentidas, era fazer a diferença na desconstrução das emoções negativas em curtos períodos, uma vez que a minha experiência era de internamento. No entanto, ao longo do tempo fui adotando estratégias de interação visando **implementar intervenções de enfermagem facilitadoras da gestão emocional nas crianças e famílias**. As situações que me impactaram e que contribuíram para o desenvolvimento de algumas competências do EEESIP assim como, fundamentalmente, alguns objetivos propostos, foi haver diversos adolescentes a recorrerem a este serviço por automutilações. O desespero e sofrimento eram visíveis no olhar dos mesmos, alguns com suporte familiar, que me colocaram à prova de como estar e atuar<sup>21</sup>. Neste posto, também tive a oportunidade de realizar educação para a saúde sobre segurança infantil, nomeadamente a utilização correta do dispositivo de retenção para transporte, com o ajuste correto dos cintos, e a administração correta de terapêutica retal<sup>22</sup>.

Era na sala de tratamento onde se realizava os procedimentos como a punção ou a administração de injeções intramusculares. Desta forma, era neste local que os **cuidados não traumáticos** teriam que estar bastante presentes e isso foi mobilizado através da reprodução de vídeos que a criança gostava, técnicas de distração ou para os adolescentes a respiração profunda. O olhar atento do EEESIP nesta vertente, orientado a sua prática na **parceria de cuidados**, tornou-se crucial

---

<sup>21</sup> Contribuiu para atingir a CCEE B3.1 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos" (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e a CEEESIP "E2.2 - Faz gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento; E3.4 - Promove a autoestima do adolescente e sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde" (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho).

<sup>22</sup> Contribuiu para atingir a CEEESIP "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." (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho).

durante a realização de procedimentos. Recordo um pai que contou à filha uma história que esta gostava, enquanto administrava uma terapêutica intramuscular<sup>23</sup>.

O serviço de urgência é um ambiente gerador de emoções intensas, não só para a família, mas também para o enfermeiro. Destaco um episódio de cuidados em que um pai entra no serviço com a criança em paragem respiratória e coloca-a no meu colo, por ser eu que estava à porta da triagem e era a profissional mais próxima dele. Fomos de imediato para a sala de reanimação, deitei-a na maca onde a enfermeira orientadora iniciou as intervenções de enfermagem, em conformidade com o protocolo institucional, e mantive observação. Reconheço que é necessário treino e formação especializada para que tudo flua dentro da sala de reanimação, que os profissionais se conheçam e trabalhem em equipa<sup>24</sup>. Quando foi oportuno tive a oportunidade de refletir, sobre os cuidados de enfermagem prestados, com a enfermeira orientadora.

Sendo a urgência, por vezes a porta de entrada da criança e família para o serviço de saúde, foi proposto a elaboração de um projeto de melhoria contínua intitulado *Acolher o Cliente Pediátrico*, que irá ser retratada posteriormente a forma de pensamento que levou à sua construção e desenvolvimento. Contudo, realço que neste mesmo contexto clínico foi apresentado no 3.º Congresso Internacional (Anexo II), a primeira fase da elaboração do projeto e que este foi aplicado também, no contexto clínico de internamento<sup>25</sup>.

---

<sup>23</sup> Contribuiu para atingir a CCEE B3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e a CEEESIP “E2.2 – Faz gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho).

<sup>24</sup> Contribuiu para atingir a CEEESIP “E2.1 – Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho).

<sup>25</sup> Contribuiu para atingir a CCEE B1.1 – Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; B2.1 – Avalia a qualidade das práticas; C2.1 – Otimiza o trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados; D2.2 – Suporta a prática em evidência científica; D2.3 – Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e a CEEESIP “E2.2 – Faz gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho).

## 4.4 – Neonatologia

### 4.4.1 Caraterização do contexto clínico e da população-alvo

A unidade de cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais destina-se ao internamento de RN com problemas de saúde que exigem monitorização contínua de profissionais diferenciados, estando dividida em dois níveis: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (UCIntN). As UCIN assumem a “responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falência com implicações vitais” (DGS,2003, p.6), prestando cuidados de saúde altamente especializados ao RN prematuro ou doente (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, n.d). O RN prematuro é considerado qualquer bebé que nasça antes das 37 semanas de gravidez, dividido pelos estádios de prematuridade de acordo com a idade gestacional: extremamente prematuro (menos de 28 semanas); muito prematuro (28 a 32 semanas); prematuro moderado a tardio (32 a 37 semanas) (OMS, 2020).

Relativamente aos profissionais, esta unidade tem uma equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas da fala, assistente social e psicóloga). A equipa de enfermagem é constituída por 52 enfermeiros, composta em nove equipas, em que o chefe de equipa é obrigatoriamente EEESIP. Os EEESIP atuam maioritariamente na área assistencial e de gestão, liderando a articulação com a equipa multidisciplinar e adoção de boas práticas. Devido a uma reorganização hospitalar não se encontravam todos os elementos na unidade e as vagas foram reduzidas. Desta forma, a UCIN tem a capacidade para oito RN, com incubadoras equipadas com monitorização cardiorrespiratória e dispositivos de perfusão, ventilação invasiva, não invasiva e oxigénio de alto fluxo, onde se encontravam alocados quatro enfermeiros. A UCIntN apresenta oito vagas, onde a unidade vai sendo gerida entre incubadora ou berço, mediante necessidade do RN, contudo existe sempre a monitorização de apneia. Aqui encontram-se dois enfermeiros. Além destas unidades existia duas salas polivalentes para RN com necessidades de isolamento, ficando um enfermeiro alocado.

A prestação de cuidados é efetuada por método individual, respeitando a unicidade de cada RN e privilegiando os intervalos temporais adequados ao peso, idade gestacional e situação clínica.

Os RN internados apresentavam diagnósticos de enfermagem frequentes como: o compromisso da ventilação, da limpeza das vias aéreas, das trocas gasosas, do conforto, do alimentar-se e/ou do desenvolvimento infantil; dor presente, e potencial para otimizar papel parental desenvolvimental e/ou conhecimento/capacidades acerca da gestão do regime terapêutico.

A promoção da gestão emocional encontra-se bastante presente ao longo dos cuidados de enfermagem, pois se na UCIN se encontra o medo dos pais associado à situação clínica do seu filho, na UCIntN acrescenta-se o medo de levar o RN para casa. Este tema merece atenção por parte da equipa, onde se encontra uma EEESIP que desenvolveu um projeto acerca do stress parental, com a implementação da escala de stress parental (ainda aguarda aprovação). Além deste projeto, nesta unidade encontra-se em desenvolvimento o projeto de prevenção das lesões da pele, formação aos pais, método canguro, telefonema pós-alta, visita domiciliária, integrando a equipa de cuidados paliativos Pré-Natal e Perinatal. Segundo a enfermeira gestora, alguns projetos ficaram suspensos devido à pandemia e às obras que se encontram a decorrer no hospital.

#### 4.4.2 Atividade desenvolvidas

A minha experiência em cuidados neonatais era nula e por esse motivo, a *participação nos cuidados especializados ao RN e pais* foi um desafio. Para ultrapassar este desafio, foi muito importante as *entrevistas exploratórias à enfermeira gestora e a uma EEESIP perita* na área do stress parental (Apêndice XIV) para organizar o pensamento e delinear o plano de atividades. Desta forma, foi possível conhecer o **contributo do EEESIP na gestão e melhoria contínua de qualidade dos cuidados de**

**enfermagem especializados**<sup>26</sup>. A entrevista à enfermeira gestora permitiu-me conhecer e aprofundar o domínio da melhoria contínua da qualidade. A enfermeira perita contribuiu para o desenvolvimento do domínio da gestão de cuidados e, conseqüentemente, das atividades do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estas incluíram a observação e colaboração nos cuidados ao RN prematuro e sua família, onde foi possível capacitar os pais relativamente aos cuidados prestados (*cuidados de higiene ao RN*) e à gestão diferenciada do bem-estar (*elogiar a prestação do mesmo*). Este momento de parceria de cuidados permitem a interação entre o RN e os pais promovendo assim a vinculação<sup>27</sup>.

Identificou-se que a maioria dos RN eram diagnosticados com uma condição crónica, originando assim a presença de emoções negativas na família. O enfermeiro, sendo um parceiro nos cuidados, encontra-se numa posição privilegiada para promover a gestão emocional destes pais. Tal como a enfermeira perita partilhou comigo, a experiência faz com que se consiga ajustar as intervenções e adotar estratégias para colmatar certas situações complexas e de emocionalidade intensa, contudo houve necessidade de encontrar uma intervenção aplicável para que os pais conseguissem encontrar a melhor forma de gerir as suas emoções. Foi proporcionado um *espaço onde os pais pudessem partilhar as emoções vivenciadas – O meu bebé está internado e agora?* (Apêndice XIII), que contribuiu para **desenvolver uma comunicação eficaz com a família**. Além de ter sido explicado aos pais a importância das medidas neuroprotetoras, com a finalidade de prevenir perturbações do

---

<sup>26</sup> Contribuiu para atingir a CCEE “A1.3 - Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão; A2.2 - Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente; B2.1 - Avalia a qualidade das práticas clínicas; B3.1 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos; C2.2- Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos; D1.1 - Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro; D1.2 - Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional; D2.1 - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho; D.2.3 - Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e a CEEESIP “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.” (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho).

<sup>27</sup> Contribuiu para atingir a CEEESIP “E2.2. - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E3.2 - Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho).

neurodesenvolvimento (Altimier & Philips, 2016), houve a oportunidade de estes partilharem vivências e emoções sentidas visando identificar **a experiência emocional vivenciadas pelas famílias durante a prestação de cuidados**. Através da dinamização deste espaço foram fornecidas ferramentas/ estratégias de *coping* para a superação da emoção sentida no momento; como por exemplo o *Diário do Bebê* (Apêndice XII), desenvolvido digitalmente para facilitar a sua acessibilidade e preenchimento no telemóvel, ao longo do internamento. Este ficheiro solicitava aos pais que enumerassem as conquistas realizadas pelo bebé e, assim, destacar aspetos positivos e emoções positivas e, conseqüentemente **facilitar a gestão emocional nas famílias**.

Em suma, durante a sessão, além da realização da regulação emocional dos pais, foi também destacada a importância da **vinculação** para o crescimento e desenvolvimento do seu filho<sup>28</sup>.

Durante este contexto tive a oportunidade de participar na *elaboração do protocolo Scoping integrado no Projeto EmoS &PraxEnf do CIDNUR*, a convite da coordenadora, permitindo **promover o trabalho emocional entre pares**, assim como cimentar conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que permitam e constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais no contexto de investigação, uma CGM (Art.º 15º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março)<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> Contribuiu para atingir a CEEESIP “E3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho).

<sup>29</sup> Contribuiu para atingir a CCEE “B1.1 – Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; B2.1 – Avalia a qualidade das práticas; C2.1 – Otimiza o trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados; D2.2. – Suporta a prática em evidência científica; D2.3. – Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e a CEEESIP “B1.1 – Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; B2.1 – Avalia a qualidade das práticas; C2.1 – Otimiza o trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados; D2.2. – Suporta a prática em evidência científica; D2.3. – Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho).

## 4.5 – Internamento

### 4.5.1 Caraterização do contexto clínico e da população-alvo

O Internamento de Pediatria Médica destina-se à prestação de cuidados de saúde à criança e adolescente com necessidades de admissão hospital eletiva ou urgente. Enquanto parte da área clínica de pediatria da unidade local de saúde, este serviço de internamento recebe crianças e adolescentes com patologias afetas a diversas áreas médicas de diferenciação técnica, para além da pediatria geral, tal como, endocrinologia, hematologia, neuropediatria, nefrologia, entre outros. Os principais motivos de internamento passam pela gestão e estabilização da doença aguda, investigação etiológica primária, adaptação à doença crónica inaugural e gestão da agudização em contexto de doença crónica. A tipologia mais comum é o internamento com proveniência do serviço de urgência.

Este serviço integra uma equipa multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, contando com a colaboração de outros profissionais consoante as necessidades (por exemplo, fisioterapeutas, analistas clínicos, nutricionista, psicólogos, assistente social, terapeutas da fala, educadora e professora). A equipa de enfermagem é constituída por 24 elementos, destes 6 são EE, maioritariamente EEESIP. A dotação de especialistas no serviço encontra-se inferior ao recomendado pela OE, que preconiza dois EEESIP por cada três enfermeiros generalistas, em permanência nas 24 horas (OE, 2018). A função do EEESIP neste serviço relaciona-se com a prestação de cuidados de enfermagem avançada às crianças e famílias e com a discussão interdisciplinar sobre os planos de intervenção, para além de funções de gestão e supervisão.

Quanto à dimensão assistencial, o serviço tem a capacidade para admitir 12 crianças. A organização dos cuidados de enfermagem privilegia o método individual, sendo que a dotação é variável entre seis profissionais no turno da manhã (incluindo um profissional para apoio à gestão e um profissional alocado ao Hospital de Dia de Nefrologia), e dois no turno da noite, garantindo-se a permanência de um enfermeiro

com mais de dois anos de experiência no serviço. Para além da prestação de cuidados diretos, o serviço participa noutras dinâmicas de colaboração intersectorial, no apoio à realização de cuidados e técnicas com elevado grau de especificidade, assumindo o papel de consultores e garantindo a qualidade e segurança das mesmas noutros serviços do hospital, que não lidem com estas necessidades tão frequentemente.

A população infantil desta unidade contempla o universo de cidadãos na área geográfica da unidade local de saúde e toda a região do sul e ilhas, uma vez que se trata de um serviço inserido num hospital pediátrico de referência.

As crianças internadas apresentam uma grande variabilidade de diagnósticos de enfermagem. Destas são exemplo: o compromisso dos autocuidados higiene e uso do sanitário, do alimentar-se, do sono, da gestão do regime terapêutico e do desenvolvimento infantil, bem como a presença de dor, risco de infeção, risco de queda, risco de úlcera de pressão e risco de compromisso do papel parental. O plano de cuidados é individualizado mediante cada problemática identificada e consoante o foro orgânico correspondente, sendo que se assumem igualmente como frequentes os diagnósticos de compromisso da limpeza das vias aéreas, da ventilação e do metabolismo energético, assim como a presença de febre.

As intervenções de enfermagem que facilitam a gestão emocional da criança, bem como dos pais, encontram-se presente, por exemplo, no apresentar e cumprimentar no início do turno, assim como despedir-se quando estes vão embora. Dão à criança a escolha dos pensos coloridos ou contar histórias enquanto explicam os procedimentos que vão realizar e, por vezes, envolvem os pais nesses mesmos procedimentos. Contudo, os diagnósticos de dimensão emocional encontram-se pouco identificados nos registos de enfermagem.

#### 4.5.2 Atividade desenvolvidas

O contexto de internamento, sendo o contexto no qual eu me insiro profissionalmente, é o que tenho mais conhecimento sobre a sua realidade. Por este

motivo, as atividades desenvolvidas ao longo deste contexto evidenciaram algumas competências que já possuía, consolidando-as, através de um pensamento de futura enfermeira especialista.

Cuidar da criança com condição crónica e sua família é algo que está intrínseco neste contexto, assim, para a consecução do objetivo **aprofundar conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil** foi realizado um *estudo de caso*: “*Criança com Lúpus Eritomatoso Sistémico Juvenil*” (Apêndice XVII), que reflete a forma de atuação do EEESIP no cuidado à criança com doença rara<sup>30</sup>.

Um dos principais objetivos ao cuidar da criança com uma condição crónica e sua família é apoiar o enfrentamento desta nova realidade e, em **parceria**, promover a formação/ensino que facilite a adaptação às novas mudanças no quotidiano (Hesselgrave & Santuci, 2024). Este **empoderamento** parental, assim como anteriormente a notícia do diagnóstico, envolve um impacto emocional onde o EEESIP necessita de **identificar a experiência emocional vivenciada pela criança e família durante a prestação de cuidados**. Neste sentido, o presente estudo de caso retrata as emoções manifestadas, no qual, através de um cuidado humanizado, holístico e integral (Watson, 2018), o EEESIP tem espaço para **implementar intervenções de enfermagem facilitadoras da gestão emocional nas crianças e famílias**. Este estudo de caso foi ainda apresentado em formato de póster (Apêndice XVIII), no *VIII Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Enfermagem Pediátrica e Neonatologia* (Anexo VI)<sup>31</sup>.

---

<sup>30</sup> Contribuiu para atingir a CCEE “A1.3. – Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão; B2.1 – Avalia a qualidade das práticas clínicas; D2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica.” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e a CEEESIP “E1.1 – Implementa e gere, em parceria, um plano, 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; E2.2. – Faz gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E2.3 – Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados; E2.5 – Promove a adaptação da criança/jovem e família À doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade; E3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E3.3 -Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento; E3.4 – Promove a autoestima do adolescente e sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde. I” (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho).

<sup>31</sup> Contribuiu para atingir a CCEE “B1.1 – Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; B2.1 – Avalia a qualidade das práticas; C2.1 – Otimiza o trabalho de equipa adequando os recursos às

A regulação emocional dos enfermeiros assume-se crucial para que estes estejam emocionalmente disponíveis para nutrir os cuidados com afeto (Diogo, 2023). Portanto, ao reconhecer a emoção intensa vivenciada pela equipa de enfermagem, foi construída e disponibilizada a “*Caixa das emoções*” na sala de trabalho, onde o enfermeiro poderia “depositar” as emoções negativas vivenciadas ao longo do turno. As respostas foram recolhidas e, posteriormente, apresentadas na *sessão formativa “Regular-me para acolher”* (Apêndice XVI), por conseguinte foi possível **promover o trabalho emocional entre pares**.

Nesta sessão de análise das práticas em grupo, além da regulação emocional foi possível apresentar as diferentes categorias do Modelo TEEP, e ainda o Projeto de Melhoria Contínua: Acolher o Cliente Pediátrico (Apêndice XV), iniciado no estágio anterior, tal como referido, e terminado neste contexto.

#### **4.6 – Projeto de melhoria contínua: acolher o cliente pediátrico**

O EE possui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação revelante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Regulamento n.º 14/2019). Através do Projeto de melhoria contínua, construído ao longo de dois contextos clínicos, evidenciam-se as competências do EEESIP e o grau de mestre.

O projeto *Acolher o Cliente Pediátrico* emergiu no serviço de urgência, onde fui desafiada pela enfermeira chefe, a realizar a fundamentação teórica, mas logo foi alargando, uma vez que o serviço de internamento pertencia à mesma unidade local de saúde. Por conseguinte, tive a oportunidade de ter um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégias institucionais na área da qualidade (Regulamento n.º 14/2019).

---

necessidades de cuidados; D2.2. – Suporta a prática em evidência científica; D2.3. – Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e a CEEESIP” E2.2 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.” Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho).

Inicialmente, realizei pesquisa bibliográfica com o propósito de identificar as normas, instrumentos de trabalho ou regulamentação existente na unidade local de saúde. Após evidenciar que o *'acolhimento'* não se encontrava regulamentado, embora fosse algo intrínseco à instituição, percebeu-se que era uma lacuna com necessidade de desenvolvimento. Nesta altura constatou-se que os termos de *'acolher'* e *'acolhimento'* não se encontravam em linguagem CIPE, embora o enfermeiro implementasse essa intervenção recorrentemente. Tal facto, motivou-me, para elaborar o projeto com o intuito de a sustentar e, posteriormente, realizar este trabalho de investigação. Nesta primeira etapa foi evidente que a praxis clínica especializada é baseada em evidência científica (Regulamento n.º 14/2019), permitindo demonstrar o conhecimento e capacidade de compreensão que foram suportados nos conhecimentos do 1.º ciclo, mas também desenvolvidos e aprofundados nesta experiência formativa de 2.º ciclo (Art.º 15º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março).

Após a pesquisa, foi realizada uma auscultação à equipa sobre a importância do *acolhimento* e em que momento este poderia ser implementado. O envolvimento com a equipa de enfermagem, no momento do planeamento do projeto, permite demonstrar a minha adaptação de liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto, validando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 14/2019).

O *'acolher'* à luz do Modelo TEEP é considerado uma ação que promove um ambiente seguro e afetuoso (Diogo,2023), garantindo um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 14/2019). Considerando que os objetivos delineados para o projeto foram construídos com base na identificação segura do doente e na gestão emocional do Cliente Pediátrico, foi elaborado um algoritmo que se encontra anexado ao Procedimento Sectorial elaborado. Este algoritmo foi construído para que as práticas de cuidados respeitassem os direitos humanos (Regulamento n.º 14/2019), mais concretamente os princípios vinculativos da carta da criança hospitalizada, que remete para a oferta às crianças, por parte do Hospital, de um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspeto do

equipamento, quer no do pessoal e da segurança (ICA, 2008). Desta forma, evidencia-se uma prática profissional que está em concordância com as normas legais (Regulamento n.º 14/2019).

Tal como referi no subcapítulo do contexto do Serviço de Urgência, esta primeira fase do projeto, após aprovação da Enfermeira Diretora, foi apresentada como comunicação oral no 3.º Congresso de Internacional “Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade” (Apêndice XI), organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Assim, foi mais uma oportunidade de desenvolver a capacidade para comunicar os conhecimentos e raciocínios de forma clara e sem ambiguidade (Art.º 15º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março). Também foi possível desenvolver esta competência aquando da formação em serviço realizada no contexto de internamento.

Nesta formação, além do algoritmo construído, foi possível apresentar o Procedimento Sectorial, o Instrumento de trabalho, o Guião da Avaliação Inicial e o Guia de Acolhimento do serviço, construído previamente e durante o ensino clínico do contexto de internamento, visando otimizar a resposta da equipa para a implementação do acolhimento (Regulamento n.º 14/2019).

## Considerações Finais e Projetos Futuros

A descrição deste percurso de aprendizagem, que culmina na elaboração deste relatório, reflete um caminho intensamente formativo, reflexivo e emotivo. Este iniciou-se com a apropriação de conhecimentos teóricos aprofundados no domínio da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na componente teórica do curso e em formação externas (Anexo III e Anexo IV), tendo continuidade com a planificação e execução do projeto de estágio em contextos clínicos diversificados. O objetivo transversal foi o desenvolvimento de competências que me permitissem atingir um patamar de excelência no cuidado à criança, ao jovem e à família.

A temática abordada neste relatório está associada a uma problemática de crescente interesse nos cuidados de saúde – as emoções intensas vivenciadas por crianças com condições crónicas e as suas famílias, ao longo do processo de saúde-doença. A intervenção junto desta população é um desígnio central do EEESIP, que deve utilizar a sua visão especializada para identificar prioridades e delinear intervenções congruentes e individualizadas, propondo-se a minimizar o impacto negativo dos processos transicionais.

As atividades desenvolvidas em diferentes contextos clínicos demonstram um percurso completo e enriquecedor, iniciado pelo reconhecimento e pela predisposição do enfermeiro em acolher e gerir as emoções dos clientes, que culmina nas intervenções baseadas em evidências, alinhadas à humanização dos cuidados. Esta trajetória evidenciou a importância de um enfoque holístico e emocionalmente sensível, que vai além das técnicas e procedimentos, valorizando o ser humano em todas as suas dimensões.

A elaboração deste relatório não só consolidou as aprendizagens através da prática reflexiva e da escrita fundamentada no corpo de conhecimentos próprio da enfermagem, como também espelhou o desenvolvimento de competências adquiridas ao longo deste processo formativo. Este caminho revelou-se fundamental para o meu

crescimento pessoal e profissional, potenciando a aquisição de um novo conjunto de competências enquanto mestre e EEESIP.

Concluo que esta experiência foi um marco no meu percurso, evidenciando a relevância do compromisso com a prática clínica, os referenciais teóricos e a investigação, elementos essenciais para a contínua melhoria e disseminação do conhecimento em enfermagem. Esse compromisso permite-me contribuir ativamente para a inovação e evolução da prática, garantindo cuidados mais eficazes e humanizados. Assim, reafirmo o meu empenho em prosseguir com um desenvolvimento contínuo na área de especialização, sempre com o objetivo de fortalecer e dignificar a profissão de enfermagem, enriquecendo a prática e promovendo um impacto positivo na vida das crianças, jovens e famílias.

Desta forma, ao reconhecer a ausência dos termos '*acolher*' e '*acolhimento*' na CIPE, defini como objetivo futuro a proposta para a sua inclusão. Para tal, planeio transformar o projeto de melhoria contínua num projeto de investigação que permita a formalização e implementação dessas terminologias na prática de enfermagem, onde a disseminação do Modelo TEEP não será esquecida, uma vez que toda a minha prática agora tem uma nova organização de pensamento.

## Referências Bibliográficas

- Afonso, A., Mansilha, H., & Coelho, M. (2018). *Saúde Infantil e Juvenil—Manual Prático* (1a). Lidel.
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373-382. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Allen, P. J., Vessey, J. A., & Schapiro, N. A. (Eds.). (2010). *Primary care of the child with a chronic condition* (5th ed). Mosby/Elsevier.
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The neonatal integrative developmental care model: Advanced clinical applications of the seven core measures for neuroprotective family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- American Nurses Association. (2021). *Nursing Scope of Practice*. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/scope-of-practice/#:~:text=What%3A%20Nursing%20is%20the%20protection,groups%2C%20communities%2C%20and%20populations>
- Augusto, C., Rosário, R., Silva, M., Araújo, B., & Barbieri-Figueiredo, M. (2021). Crianças com Necessidade Especiais. Em *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 248–263). Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Barreira, L., & Sousa, H. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem—Versão 2019. Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Português.pdf>
- Batalha, L.M.C., (2021). *Cuidados paliativos pediátricos. Manual de estudo. (versão 2)*. Coimbra.
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2004). *Discipline- The Brazelton Way*. Editorial Presença.

- Brazelton, T., & Greenspan, S. (2002). *A criança e o seu mundo: Requisitos essenciais para o crescimento e a aprendizagem*. Editorial Presença.
- Cabete, D. (2021). Empowerment: A Chave para a Concretização do Projecto de Saúde do Cliente e para a Promoção do Potencial de Saúde. 243–255.
- Capelas, M. L., Coelho, P., Murinello, A. N., Simões, A. S., Durão, S., & Afonso, T. (2020). Cobertura e caracterização das equipas e profissionais das equipas de cuidados paliativos. <http://hdl.handle.net/10400.14/30229>
- Chang, E. (Ed.). (2014). *Chronic illness & disability: Principles for nursing practice* (2. ed). Churchill Livingstone/Elsevier.
- Chick, N. & Meleis, A. I. (2010). Transitions: a nursing concern. In A. I. Meleis (Ed.) *Transitions Theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 24-38). New York: Springer Publishing Company
- Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-145. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/181>
- Damásio, A. (2010). *Sentimento de Si—O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Europa-América.
- Damásio, A. (2020). *Ao Encontro de Espinosa—As emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. Temas e Debates- Círculo de Leitores.
- Decreto-Lei n.o 118/2014. (2014, agosto 5). 4069–4071.
- Despacho n.o10319/2014, de 11 agosto, Diário da República n.o153/2014, Série II de 2014-08-11 (2014). <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica—Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2a). Lusodidacta.
- Diogo, P. (2023). *Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica* (1a). Lisbon International Press.

- Diogo, P., Sousa, O., Rodrigues, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2020). Cuidar da Criança com Condição Crônica e de sua família: Competência Emocional dos Enfermeiros Pediatras. Em PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde da Criança e do Adolescente (1-1, pp. 81-117). Artmed Panamericana.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). Cuidados Intensivos. Direção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma da Direção Geral da Saúde no 10/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Esteves, P., & Diogo, P. (2018). Intervenção de enfermagem na promoção do sentimento de normalização no quotidiano da criança com uma condição crónica e família: Uma revisão Scoping. *Pensar Enfermagem*, 22(2), 45-62.
- Florêncio, A., & Cerqueira, M. (2021). A família da criança com doença crónica no domicílio: Emoções no cuidar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(2). <https://doi.org/10.37914/riis.v4i2.109>
- Ford, K., Dickinson, A., Water, T., Campbell, S., Bray, L., & Carter, B. (2018). Child Centred Care: Challenging Assumptions and Repositioning Children and Young People. *Jornal Of Pediatric Nursing*, 43, e39-e43. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.08.012>
- Freitag, V. L., Milbrath, V. M., & Motta, M. da G. C. da. (2020). TORNAR-SE MÃE DE UMA CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL: SENTIMENTOS VIVENCIADOS. *Psicologia em Estudo*, 25. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.41608>
- Harrison, T. (2010). Family-Centred Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Jornal Of Pediatric Nursing*, 25, 335-343. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2009.01.006>
- Hesselgrave, J., & Santucci, G. (2024). *Impact of complex chronic illness, disability, or end-of-life care on the child and family*. In M. J. Hockenberry, E.A. Duffy & K. D. Gibbs (Coords.), *Wong's, Nursing care of infants and children* (12th ed., pp. 574-620). Elsevier.

- Hockenberry, M. (2024). Family, Social, Cultural, and Religious Influences on Child Health Promotion . In M. J. Hockenberry, U. A. Duffy & K. D. Gibbs (COrrds.), Wong's, Nursing care of infants and children (12<sup>th</sup> ed., pp. 14 - 34)- Elsevier
- Im, E. (2014). Transitions theory. In M. R. Alligood (Ed.), Nursing theorists and their work (8a ed., p.378-395). Elsevier.
- Instituto de Apoio a Criança. (2008). Carta da Criança Hospitalizada (2.a ed.). [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP\\_carta\\_crianca\\_hospitalizada.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf)
- Le Boterf, G., Reuillard, P. C. R., & Bitencourt, C. (2003). Desenvolvendo a competência dos profissionais (3. ed. rev. ampl). Artmed.
- Lei no95/2019, 169, Assembleia da República, 55 (2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Luz, V., Salez, J., Siqueira, M., Vieira, T., Coêlho, D., & Barbosa, M. (2016). Assistência do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na vista domiciliar à puérpera. 9(1), 13–23.
- Martinho, L., & Diogo, P. (2020). Gestão Recíproca das Emoções e da Informação no Cidadão à Criança e Família: Proposta de um Algoritmo de atuação em Enfermagem. Pemsar Enfermagem, 24(1), 7–15.
- McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. Nursing Theory and Concept Development or Analysis, 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.0404.x>
- Meleis, A. I. (2010). Role insufficiency and role supplementation: a concept framework. In A. I. Meleis (Ed.), Transitions Theory: midle range and situations- specific theories in nursing research and practice (pp.13-24). New York: Springer Publishing Company
- Meleis, A. I. (2012). Theoretical nursing: development and progress (5aEd). Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory: Advances in

Nursing Science, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Milbrath, V. M., Motta, M., Gabatz, R. & Freitag, V. (2017). O nascimento de um filho com paralisia cerebral: Um tempo presente inesperado. *Revista Interdisciplinar em Cultura*, 3(47–60). <http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/ricultsociedade/article/view/6679/4299>

Monteiro, A., & Cerqueira, C. (2021). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Em *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 33–38). Lidel-Edições Técnicas, Lda.

Mororó, D. D. D. S., Menezes, R. M. P. D., Queiroz, A. A. R. D., Silva, C. J. D. A., & Pereira, W. C. (2020). Nurse as an integrator in healthcare management of children with chronic condition. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3), e20180453. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0453>

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

Nunes, L. (2018). Para uma epistemologia de enfermagem (Almargem do Bispo). Lusodidacta.

Oatley, Keith; Jenkins, J. M. (2002). *Compreender as emoções*. Instituto Piaget.

Ordem dos Enfermeiros. (1998, abril 21). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário da República*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. [https://www. Ordem dos Enfermeiros](https://www.Ordem dos Enfermeiros). (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. [https://www. Ordem dos Enfermeiros](https://www.Ordem dos Enfermeiros)

extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil\_vf.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2020, setembro). Pôr termo à morte de recém-nascidos e nados-mortos evitáveis até 2030. Organização Mundial de Saúde & United Nations International Children's Emergency Fund

Palminha, J., & Carrilho, E. (2003). Orientação Diagnóstica em Pediatria—Dos sinais e sintomas ao Diagnóstico Diferencial (1a, Vol. 1). Lidel.

Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M., & Fernandes, O. (2011). Empowerment: Modelo de capacitação para nova filosofia de cuidados. 267, 8–15.

Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06 (2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.

Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho, Diário da República n.º 133/2018, Série II de 2018-07-12 (2018). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>Robinson, C.A. (1993). Managing life with a chronic condition: the story of normalization. *Qualitative Health Research*, 3 (1), 6-28.

Regulamento n.º 613/2022, de 08 de julho, Diário da República n.º 131/2022, Série II de 2022-07-08 (2022). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>

Silva, E., Macedo, M., Silva, D., Aparício, G. & André, S. (2017). Vivências dos pais sobre a diabetes tipo 1 dos seus filhos. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1564/1519>

Smith, L., Coleman, V., & Bradshaw, M. (2006). Family-centred Care: Using the Partice Continuum Tool. *A Textbook of Children's and Young People's Nursing*.

Smith, W. (2018). Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>

Schumacher, K. L. & Meleis, A. I. (2010). Transitions: a central concept in nursing. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: midle range and situations-specific theories in*

- nursing research and practice (pp. 38-51). New York: Springer Publishing Company
- Schwab, K. (2024). Health Promotion of the Newborn and Family. In M.J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs, Wong's nursing care of infants and children (12<sup>a</sup>ed., pp.196-337). Elsevier.
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2019). Manual de Consulta Rápida: SClínico. In Ministério da Saúde. [https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/DIGITAL\\_Brochura\\_Guia-SClinico\\_2019.pdf](https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/DIGITAL_Brochura_Guia-SClinico_2019.pdf)
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (s.d.). O ambiente das unidades de cuidados intensivos neonatais. Consultado a 23 de setembro de 2023. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/O-ambiente-nas-Unidades-Cuidados-Intensivos-Neonatais1.pdf>
- Tavares, P. P. S. (2011). Acolher brincando: A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- UNICEF. (2019). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Comité português para a UNICEF.
- Vilelas, J., Diogo, P., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2017). Medos da Criança dos 6 a 12 anos em contexto de urgência pediátrica: O enfermeiro enquanto gestor emocional. Lusodidacta.
- Watson, J. (2002). Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem. Lusociência.
- Watson, J. (2012a). Enfermagem Pós-Moderna e Futura—Um novo paradigma da Enfermagem. Lusociência.
- Watson, J. (2012b). Human Caring Science: A Theory of Nursing. Jones & Bartlett Learning.
- Watson, J. (2018). Unitary caring science: The philosophy and praxis of nursing. University press of Colorado. <https://biblionet.esel.pt/Opac/Pages/Document/DocumentCitation.aspx?DocsLi>

stId=49379&UID=be5e16cc-9102-4135-af17-

640138f5918f&MFN=49379&DataBase=10037\_GERAL

Watson, J. (2021). *Caring science as sacred science* (New revised edition). Lotus Library.

Wordseide Hospice Palliative Care Alliance. (2020). *Global Atlas of Care*. Copyright.