



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

**Cuidar em fim de vida em contexto pediátrico: gestão da  
emocionalidade na morte e no luto**

**Joana dos Santos Teixeira**  
**Lisboa**  
**2017**





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

Relatório de Estágio

**Cuidar em fim de vida em contexto pediátrico: gestão da  
emocionalidade na morte e no luto**

**Joana dos Santos Teixeira**

Orientador: Prof. Doutora Paula Diogo

**Lisboa**

**2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública.



“We are not going in circles, we are going upwards. The path is a spiral; we have already climbed many steps.”

Hermann Hesse, Siddhartha

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

APDP - Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

CCF - Cuidados Centrados na Família

EE - Enfermeiro Especialista

EESCJ - Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem

EESIP - Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

EPAN - Enfermeira de Prática Avançada em Neonatologia

ERCP - Enfermeira Responsável pelos Cuidados Paliativos

NACJR - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OE- Ordem dos Enfermeiros

PA - Protóxido de azoto

PNV - Plano Nacional de Vacinação

RCE - Regulamento de Competências Específicas

RN - Recém-nascido

SANDS - Stillbirth and Neonatal Death Charity

SIP- Serviço de internamento de Pediatria

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

UCE - Unidade de Competência Específica

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIENP - Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos

USF - Unidade de Saúde Familiar

## RESUMO

O presente relatório de estágio representa o culminar do percurso de aprendizagem para obtenção de grau de mestrado em enfermagem e título de especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, e reflete a experiência obtida em diferentes contextos profissionais. O presente trabalho tem como ponto de partida as necessidades identificadas e as atividades implementadas e como finalidade a aquisição de competências profissionais enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP).

O “Cuidar” é a essência e a identidade da enfermagem, assumindo uma filosofia muito própria em contexto pediátrico, cujos principais pilares são os cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos. Tais pilares são a essência do “Cuidar em fim de vida” em contexto pediátrico, onde assumem particular importância.

O desejo de ter um filho é intrínseco à condição humana, como via primária de procriação e evolução enquanto espécie. Durante a gravidez, sonhos são criados, projetos idealizados e concretizados. Para a família, a criança nasce num plano mental e emocional muito antes do parto. No entanto, num mundo em constante evolução, apesar de decrescente, a mortalidade infantil ainda é uma realidade significativa e, embora se verifique uma evolução nos cuidados prestados, a taxa crescente de partos prematuros contribui para o aumento da morbilidade infantil.

“Cuidar em fim de vida” em contexto pediátrico representa um enorme desafio para os profissionais de saúde, que precisam aliar às suas competências técnicas, o apoio à família, proporcionando um ambiente digno e adequado emocional e espiritualmente, constituindo, assim, um apoio essencial neste contexto de extrema complexidade. Porém, a exposição repetida a situações de fim de vida aumenta os níveis de stress no profissional de saúde, o que pode fragilizar e comprometer o ato de cuidar. . As estratégias de apoio emocional aos profissionais, de vinculação e apoio à parentalidade, assim como o acompanhamento antes, durante e após a morte de um filho assumem-se como fatores essenciais no processo de cuidar na experiência de luto.

De modo a proporcionar o desenvolvimento de competências especializadas de EESIP, foram realizados estágios em contexto hospitalar e comunitário, com desenvolvimento de instrumentos de trabalho que envolveram o delinear de objetivos e atividades para a sua concretização, complementados com uma pesquisa bibliográfica extensa.

**Palavras-chave:** Enfermagem pediátrica; Neonatologia; Assistência terminal; Morte prematura; Luto.

## **ABSTRACT**

The following internship report represents the finishing line for the obtention of the Masters in Nursing, with specialization in the Infant and pediatric health. It reflects the path taken in different learning settings, in view of acquiring the necessary professional competencies as future Specialist Nurse in the Infant and Pediatric Health.

Caring is the essence of nursing, and Caring in pediatrics assumes its own philosophy, which main focus are family centered and non-traumatic care. Such concepts are primordial in end-of-life care.

The will to conceive and have a child it's inherent to human condition in order to procreate and evolve as species. During pregnancy, dreams are built, and projects idealised and created. For the family, a child is idealised and born mentally long before it is physically born.

Nonetheless, in a world in constant evolution, child mortality is still a reality and, even though there are a lot of changes in the care delivery, the crescent number of premature labour contributes to an increased morbidity.

Pediatric end of life care, represents an enormous challenge to nurses, that while looking after the family and promoting a dignifying and spiritually adequate setting, represent an essential support for the family and child. The constant exposure of nurses to this complex scenarios, leads to the increase of inner stress, which can compromise future similar performances.

Strategies in view of emotional support to professionals; of vinculation and parenthood support; as well as the support given before, during and after a child's death is of essence in the bereavement process.

"What we do for ourselves benefits others and what we do for others benefits us. If one person is healed, it is helping to heal all. If others are healed, it helps us heal. The mutuality of Caring affects the universal field to which we all belong, and we energetically affect it with our consciousness and our concrete acts." (Watson, 2008)

In order to promote my development and acquisition of specialized competencies of Specialist Nurse in the Infant and Pediatric Health, I have had an internship in both hospital and community environment, for which work instruments were created, as

well as objectives and activities developed, all of which were complemented with vast literature research.

**Palavras-chave:** Pediatric nursing; Neonatology; Terminal care; Mortality, Premature Bereavement.



## AGRADECIMENTOS

Os últimos anos investidos na frequência do curso de mestrado e especialização em enfermagem revelaram-se de uma intensidade, exigência e grau de stress superiores ao que teria inicialmente imaginado.

Apesar do panorama incerto de desenvolvimento da carreira de enfermagem que vivemos, conseguimos ganhar força e querer contribuir para a nossa formação profissional e conseqüente crescimento a diversos níveis.

Após tomada a decisão em regressar à frequência universitária, desta vez a um nível bastante superior e cuja exigência se esperam elevados ao grau pretendido, o sentimento é de esperança e força: “Venha o que vier”.

Ao longo de todo o processo, que não vou negar ter sido complicado, foram diversos os sentimentos vividos e desafios superados. Tudo graças a uma força de vontade e apoio incondicional de inúmeros intervenientes que fizeram com que o cansaço, desespero e stress fossem minimizados.

Completar um curso de mestrado e especialização em part-time, tendo de trabalhar por vezes mais de 16 horas por dia para poder comparecer a todas as aulas, ou 24 horas para conseguir completar as horas de estágio pretendidas em conjunto com o horário de trabalho, demonstrou ser de um enorme desgaste, sendo o sentimento de incapacidade e impotência face à exigência do curso, uma constante.

Quero por isso agradecer, do fundo do coração, a todas as pessoas que me fizeram permanecer no curso, dando força e transmitindo apoio das mais variadas formas. Ao ser impossível referenciar todas, mas tendo como certo que pessoalmente já o fiz, queria então destacar o apoio e disponibilidade dedicados pela **Prof. Doutora Paula Diogo** que, mesmo a horas “impróprias” nunca deixou de me dedicar toda a sua atenção. O seu apoio, conhecimento e dedicação à profissão são um exemplo que nunca irei esquecer; ao **Guilherme**, que se revelou um companheiro respeitador, compreensivo e mais encorajador do que ninguém em todo o processo de frequência no curso, assim como em mais do que muitos fins-de-semana e noites de família trocadas pelo hospital; à **Enf.<sup>a</sup> Sónia Semião**, que apesar das dificuldades, sempre se tornou disponível para aceitar todas as trocas de turno que precisei para completar os estágios, assim como demonstrou interesse e apoio suficientes para a elaboração e execução do projeto de estágio; à **equipa E**, do fundo do coração, por

sempre me transmitirem a confiança e energia necessárias e saberem melhor do que ninguém acalmar o meu stress dentro e fora do hospital; a toda a **equipa de enfermagem** da UCIN, por todas as trocas de turno, muitas vezes comprometendo também a sua vida social e familiar; à **Enf<sup>a</sup> Ana Isabel Gregório**, cuja dedicação à Neonatologia é um exemplo a seguir e que, sempre se demonstrou presente e disponível para me ajudar a concretizar o meu projeto de estágio; Por fim, e mais importantes que tudo, aos meus **pais**, por simplesmente existirem e me transmitirem um apoio incondicional desde que me lembro.

# ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b> .....	16
<b>1.1. Cuidar da Criança: concepções e orientações para a prática de enfermagem</b> .....	16
<b>1.2. Impacto da morte em pediatria</b> .....	17
1.2.1. O Processo de luto.....	19
<b>1.3. Cuidar em fim de vida em contexto pediátrico</b> .....	21
1.3.1. Intervenções terapêuticas em fim de vida.....	23
1.3.2. Impacto da morte em diferentes culturas.....	24
<b>1.4. Gestão da emocionalidade das famílias e dos enfermeiros face à morte e ao luto da Criança</b> .....	25
<b>2. PROBLEMA E OBJETO EM ESTUDO</b> .....	31
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	35
<b>4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO DE ESTÁGIO</b> .....	37
<b>4.1. Desenvolver competências de EESIP na prestação de cuidados à criança e ao jovem e sua família, nos processos de saúde e doença, em diferentes contextos pediátricos</b> .....	38
4.1.1. Analisar a organização e dinâmica funcional dos diferentes contextos de estágio.....	38
4.1.2 . Adequar estratégias de comunicação com a criança nos seus diferentes estádios de desenvolvimento e com a sua família.....	39
4.1.3. Promover a saúde e o desenvolvimento infantil e juvenil.....	40
4.1.4. Referenciar as crianças e as famílias para os cuidados em contexto de hospitalização.....	42
4.1.5. Fazer o diagnóstico precoce e adequar a intervenção.....	43
4.1.6. Promover a autoestima e autodeterminação do adolescente.....	44

4.1.7. Reconhecer situações de instabilidade e respetiva atuação.....	45
4.1.8. Promover um ambiente seguro e contentor.....	46
4.1.9. Gerir a dor e o bem-estar da criança e do jovem de forma diferenciada.....	49
4.1.10. Capacitar a família e a criança com doença crónica.....	50
4.1.11. Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados.....	52
<b>4.2. Adquirir competências na gestão da emocionalidade dos enfermeiros e das famílias que experienciam o fim de vida e a morte inesperada da criança.....</b>	<b>53</b>
4.2.1. Gestão diferenciada de situações de maior complexidade.....	53
4.2.2. Cuidar em situações complexas e de fim de vida: “As pequenas grandes coisas”.....	55
<b>5. PROJETOS FUTUROS.....</b>	<b>63</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>64</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>71</b>
<b>APÊNDICE I - Cronograma de estágios.....</b>	<b>72</b>
<b>APÊNDICE II - Guia Orientador de Atividades.....</b>	<b>74</b>
<b>APÊNDICE III - Jornais de Aprendizagem.....</b>	<b>86</b>
<b>APÊNDICE IV - Ilustrações utilizadas como auxílio no controlo não-farmacológico da dor.....</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICE V - Sessão de Formação dirigida aos Pais “Lavagem das mãos”... </b>	<b>103</b>

## ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

	Pág.
Fig.1 - Cuddle Cot.....	59
Fig.2 . Caixa de Memórias.....	62
Fig.3 - Lembrança de Baptismo.....	62

## INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do 6.º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, ministrado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Resulta do percurso formativo e da experiência de estágio, desenvolvido nos diversos contextos da área pediátrica, com início em 28 de Setembro de 2015 e termo a 12 de Fevereiro de 2016, perfazendo dezoito semanas.

O ponto de partida deste relatório resultou de um projeto de estágio elaborado em contexto académico, ao longo do 2º semestre do 1º ano, cujo investimento teórico constituiu a fundamentação e orientação para a aplicação das aprendizagens adquiridas e desenvolvidas em contexto de estágio, e que serão espelhadas ao longo do presente trabalho. Assim, elegi o tema “Cuidar em fim de vida em contexto pediátrico: gestão da emocionalidade na morte e no luto”.

Esta opção traduz, também, um sentimento de impotência e necessidade de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem nos diversos momentos de Cuidar, em contexto de fim de vida em pediatria. Com efeito, ao longo dos anos tenho experimentado diferentes situações e contextos, no que respeita aos cuidados em fim de vida, em contexto neonatal, tendo experienciado vários conflitos emocionais, tanto pessoais como em equipa, muitos deles difíceis de gerir, especialmente quando se trata de crianças e das suas famílias. Assim sendo, fui nutrindo especial interesse e desenvolvendo uma relação próxima com esta temática, que me permitiram adotar estratégias que, do meu ponto de vista, contribuíram para a valorização da necessidade de reformulação das práticas de enfermagem neste âmbito, e de valorização do bem-estar da criança e sua família.

Por outro lado, creio que assumem particular importância a atenção e o apoio dados à equipa de enfermagem, que lida, direta ou indiretamente, com situações de fim de vida. A gestão emocional destas equipas tem relevantes impactos na forma como os profissionais encaram a morte em pediatria, refletindo-se nas suas práticas de cuidar, advindo daí naturais benefícios para as famílias.

**Assumindo que a morte de um filho tem um impacto profundo e transversal na vida de uma família, e que o stress e a emoção intensa vividos pelos enfermeiros que lidam com a criança e respetiva família,** delimitarei como objeto de es-

tudo, conhecer e aprofundar as práticas de gestão da emocionalidade na morte e no luto, na perspectiva das famílias e dos profissionais.

A conceção teórica dominante deste percurso formativo assenta em Jean Watson, em particular na sua “Teoria do Cuidar Humano” e na sua busca incessante por um novo significado e uma nova dignidade do trabalho e do contexto da Enfermagem e do Cuidar (Watson, 1997, 2002, 2005). Seguindo esta Escola de pensamento e de agir na Enfermagem, os conceitos de cuidar, humanismo, holismo, relação enfermeiro-cliente e compreensão da experiência humana nos processos de saúde-doença, constituem os pilares de avaliação e reestruturação das atividades desenvolvidas e competências adquiridas.

Com este relatório pretendo evidenciar as atividades e estratégias por mim desenvolvidas e implementadas nos diversos contextos práticos, e submetê-las a uma análise crítica e reflexiva das mesmas, por forma a concretizar os objetivos por mim propostos e de modo a espelhar as competências tanto comuns de Enfermeira Especialista (EE), como específicas de EESIP. Assim, este trabalho encerra num momento de autorreflexão e consolidação de conhecimentos, e como tal um contributo para o meu desenvolvimento enquanto futura EESIP.

Estruturalmente, este relatório encontra-se dividido em diferentes capítulos, de forma a facilitar a compreensão do percurso desenvolvido. Começo por caracterizar o percurso metodológico, no qual introduzo a problemática em estudo e nomeio os instrumentos de apoio desenvolvidos ao longo do estágio. No segundo capítulo, foco-me no enquadramento conceptual, onde são expostos os conceitos centrais da temática em causa, não esquecendo o referencial teórico de Jean Watson e a Teoria do Cuidar Humano, que serviu de fundamento e referência do meu percurso. Segue-se um terceiro capítulo dedicado à descrição e análise reflexiva do desenvolvimento de competências de EESIP durante o percurso de estágio, organizado por objetivos gerais. Por último, teço considerações finais sobre a elaboração do presente relatório, e apresento uma reflexão final sobre todo o percurso. Em Apêndice e Anexo encontram-se os documentos de apoio à realização deste relatório.

# 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

## 1.1. Cuidar da Criança: concepções e orientações para a prática de enfermagem

O cuidar em Enfermagem é transversal a todas as suas áreas, defendendo Watson (2008) que a ciência do cuidar e a ciência de Enfermagem não se podem dissociar, sendo até comparáveis ou equiparáveis. Watson (2008), caracteriza o Cuidar como a essência da enfermagem e pilar da profissão, promotor da cura e contributo para a evolução da própria humanidade. Um cuidar eficiente promove a cura, a saúde, o crescimento intra e interpessoal... Quem cuida observa o Outro não pelo que é, mas pelo que pode vir a ser.

Por outro lado, a Enfermagem Pediátrica assume uma filosofia de cuidados muito peculiar, tendo como pilares os cuidados centrados na família (CCF) e os cuidados não traumáticos, estando a intervenção do enfermeiro de pediatria centrada na promoção da saúde e bem-estar da criança e sua família (Hockenberry e Barrera, 2011). Citando Hockenberry (2014), “a filosofia dos cuidados centrados na família reconhece a família como constante na vida da criança”, devendo por isso as necessidades dos diferentes membros da família ser tidas em consideração. Ainda segundo Hockenberry (2014), a capacitação e o *empowerment* são os dois conceitos básicos dos CCF. Neste âmbito, os profissionais deverão criar condições e oportunidades para que os membros da família possam adquirir competências, de modo a responderem adequadamente às necessidades da criança, que depende dos seus cuidados. Da mesma forma, os profissionais deverão interagir com a família, promovendo a sua capacitação, confiança e crescente autonomia no cuidado à criança.

A família, núcleo fundamental da sociedade, constitui o principal sistema de suporte para a criança, razão pela qual a correta avaliação da família e da sua dinâmica, se torna essencial. A família deverá ser considerada “um só” e a sua presença deverá ser sempre permitida junto da criança. Os seus medos e ansiedades deverão ser atendidos mas também mitigados, porquanto podem facilmente transmitir-se à criança que vê nos membros da família o seu porto de abrigo (Hazinski, 2013). Este é um aspeto que adquire uma enorme relevância no âmbito deste projeto, pois ao cuidarmos de uma criança em fim de vida, nunca a podemos dissociar da sua família; devendo encará-la como um todo central dos nossos cuidados (Cameron, 2010).



Também para Collière (1989, 1999), a relação enfermeiro-família torna-se o eixo dos cuidados, pois é a melhor forma de conhecer o cliente e de compreender os seus sentimentos, permitindo mais facilmente adequar os cuidados de saúde a prestar.

## **1.2. Impacto da morte em pediatria**

Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa, a definição de morte é o “acto ou efeito de morrer; termo da existência; acabamento; homicídio; causa de ruína; destruição; grande desgosto; pena capital; estado em que o moribundo já não pode recuperar a vida.”(p.1123). Definição que complemento com a descrita no dicionário médico como a “(...) cessação de batimentos cardíacos, ausência de respiração espontânea e pela morte cerebral” (Stedman, 1996, p.331). Há por isso um consenso geral de que a morte ocorre com o cessar irreversível de toda a atividade encefálica, podendo ser aplicados em crianças, os métodos de avaliação da morte encefálica em adultos, desde a segunda semana de vida. No lactente, na primeira semana de vida os critérios estão sujeitos a erros significativos, sendo por isso impossível fazer-se um diagnóstico com total segurança (Fost, 1994).

Desde há muito que a morte é encarada como um dos focos do cuidar em enfermagem, devendo esta ser integrada no nosso plano de cuidados, em diferentes momentos. Roper (1995) distingue a Morte como “atividade de vida” no seu modelo de vida, não sendo no entanto o objetivo encarar o conceito de morte mas sim o processo de morrer. Da mesma forma, Henderson e Nite (1978) destacam a função do enfermeiro no processo de ajudar o indivíduo tanto doente como saudável, assim como no processo da morte, proporcionando uma morte serena. Já Watson (2008) enfatiza a importância da espiritualidade, do autoconhecimento e noção de si e do seu centro-próprio para o bem-estar geral. Na sua obra acerca da filosofia e ciência do Cuidar, dedica um capítulo à aceitação da morte, como algo que todos temos em comum e para a qual nos deveríamos preparar. “Como diz o sábio, sem honrarmos a morte, não estamos completamente vivos.” (Watson, 2008, p.239). Também Parkes (1998), na sua obra dedicada ao processo de luto em adultos, considera, de entre outros, diversos tipos de morte: esperada, repentina ou inesperada, múltipla, violenta e envolvendo ação humana de terceiros ou por suicídio. O tipo de morte é, como este descreve na sua obra, determinante para o processo de luto, sendo o luto da

morte inesperada ou repentina mais moroso. O autor dá relevância à morte inesperada de um bebê, invocando para o efeito, Ostenteis *et al* (1984): “o facto de a morte infantil repentina ser inesperada em bebés aparentemente saudáveis pode levar a outras dificuldades no processo de luto” (Parkes, 1998, p.158).

Nos cuidados em situação de morte, importa sublinhar a importância cada vez mais dos cuidados paliativos, que nos lembram sempre que o doente é uma pessoa e, o moribundo um vivente, como descreve Hennezel (2000) na sua obra “A Arte de Morrer”. Aqui o objetivo será proporcionar a melhor qualidade de vida possível, aliviando o sofrimento em fim de vida e respeitando o tempo que resta viver, que é indeterminado. No presente trabalho, a consideração dos cuidados paliativos assume importância pois, mesmo no caso de uma morte inesperada - ou não prevista - há lugar para a sensibilização dos profissionais e, sabendo-se estar perante o inevitável que é a morte, proporcionar então o alívio da dor e ausência de processos invasivos, proporcionando apenas conforto e acompanhando a família durante este processo que pode demorar desde curtos minutos, como várias horas. Hennezel (2000) enfatiza também a dimensão espiritual nos cuidados e acompanhamento dos que vão morrer.

Segundo Roper e Tierney (1995), a morte de alguém próximo provoca um sentimento profundo de desolação, seguida de uma reação emocional de desgosto. Outras reações como o choque, descrença, raiva, negação, vergonha, culpa, ressentimento, ansiedade, medo, depressão e desespero fazem parte do processo de luto e o seu sentimento é experienciado em momentos e com intensidades diferentes em cada pessoa. No caso da morte súbita, pode ocorrer a descrença total, tornando a experiência irreal. Segue-se a tristeza profunda, com ligação a objetos e locais associados à pessoa em vida, a sensação de presença da pessoa através de sonhos e ilusões que “parecem ajudar a compensar a realidade da perda e a solidão sofrida” (Roper, 1995, p.418). A morte inesperada de um filho tem um impacto profundo e transversal na vida de um casal, que se reflete no seu quotidiano, nos diversos tipos de interações sociais, familiares, profissionais, com diminuição do desempenho e concentração. Com a morte, emergem sempre dificuldades em encarar os pares, sendo pesada a integração nas suas anteriores rotinas diárias (Cameron, 2010).

### 1.2.1. O Processo de luto

De forma a melhor prestar apoio aos pais que experienciam este processo, torna-se essencial a aceitação, da nossa parte, enquanto enfermeiros, da existência de diversos tipos de perda e luto e, conseqüentemente, diferentes reações, vontades e desejos. O tipo de perda deverá ser definido individualmente, por quem a sofre em primeiro lugar, e nunca de modo generalizado (Cameron, 2010). O luto pode ser um processo extremamente longo, doloroso e, por vezes, solitário. “Trata-se de um processo com tarefas que têm de ser, e podem existir muitos momentos de desespero antes que a vida valha novamente a pena” (Roper, 1995, p.419).

A perda de um filho encerra em si o abandono da esperança, mesmo quando tal acontece imediatamente após o seu nascimento, nas primeiras horas de vida ou dias depois. Após a morte, os pais tocam e voltam a tocar no bebé, e mesmo informados de que o seu filho morreu, têm no seu íntimo um sentimento de esperança de que seja tudo um terrível engano (Stewart, 1994). O luto pode perseguir as mães por tempo indeterminado, chegando por vezes a acompanhá-las pelo resto da vida, conferindo-lhes um sentimento de culpa ou numa busca incessante pela causa do sucedido. Particularmente sensível é o luto experienciado por pais cujos filhos estiveram internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e que, por isso, nunca tiveram oportunidade de sair fora do hospital, de “viver o mundo”, os sonhos que tiveram para os seus filhos. Tal facto pode levar a que esta perda seja minimizada ou negada por parte dos pares, família e sociedade, pois afinal, nunca tiveram contacto direto com o bebé ou criança fora do contexto hospitalar, e a sua existência nunca fora realmente reconhecida. “Pais que viveram esta situação foram confrontados com frases como ‘foi melhor assim’, ou com conselhos por parte dos seus pares sobre a necessidade de engravidar o mais rápido possível para melhor lidar com a perda.” (Cameron, 2010, p.459).

A forma como o luto é vivido é pessoal e pode envolver aspetos físicos e sociais, como afastamento dos pares, insónias, falta de apetite, dor intensa (Cameron, 2010). Schott *et al* (2007), citado por Cameron, revela que “existe evidência sugestiva de que pais em luto consideram importante a informação antecipada do que irão sentir” (Cameron, 2010, p.458). Tal é essencial para que estes não se sintam sozi-

nhos na perda, estando certos de que os sentimentos que experienciam não são sinais de loucura.

No caso da morte de filhos jovens ou próximos da idade adulta, Parkes (1998) cita que Shanfield *et al* (1984 e 1985) concluiu que a morte inesperada ou repentina por acidente, se traduz em maior depressão e num luto mais intenso dos pais, quando comparado com o luto causado pela morte de um filho com doença crónica que foi sujeito a tratamento.

O luto é algo tão complexo que, na língua inglesa, se dedicam mais duas palavras à sua descrição: *bereavement* e *mourning*. Cameron (2010) foca estes conceitos como sendo distintos, e embora se adequem à descrição de luto, o seu uso deverá ser concomitante com o significado individual de cada um deles. *Bereavement* é um dado objetivo, o estado após a perda de algo. Como exemplo, Cameron (2010) refere pais que ao perderem o seu filho, perdem também a sua entidade enquanto pais perante a sociedade - tal sentimento é de extrema importância pois a dor causada é imensa, podendo chegar a minimizar ou negar a perda sentida por estes; *mourning*, por seu turno, é um sentimento ou *stress* causado pela perda, e envolve um conjunto de costumes e rituais que diferem entre culturas e sociedades. Parkes (1998) considera que este estado tem uma duração de seis meses a um ano. No entanto De Frain, Martens, Stork e Stork (1991) desenvolveram um estudo que envolveu entrevistas a pais de nados-mortos que referiram um tempo de dois a oito anos.

Independentemente do tempo de duração, é importante que os pais sejam informados da necessidade de procurar ajuda diferenciada para a lidar com a dor e o processo de luto, se este impedir a sua reintegração na sociedade e afetar a sua vida, mesmo que reajustada (Cameron, 2010).

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2001), o Enfermeiro deverá: “promover processos de readaptação; a satisfação das necessidades humanas fundamentais; a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual e do grupo (...); as prescrições de enfermagem devem ser prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados; a prevenção de complicações, com identificação dos problemas potenciais do cliente”.

Neste âmbito, parece-me essencial o carácter avaliativo das nossas ações e da capacidade que desenvolvemos, ao longo do tempo, de antecipação de um problema ou crise, podendo assim criar-se um conjunto de ações ou atividades que possam minimizar esses riscos, dotando as famílias de capacidades e auxiliando as mesmas na elaboração dos processos de *coping* necessários à superação da situação traumática.

Tal capacidade advém do nosso crescimento e desenvolvimento profissional enquanto enfermeiros. Como Benner (2001) defende, são sete os níveis de competência de um enfermeiro, que culminam com a definição de profissional com nível de “perito”, como aquele profissional que não se limita ao princípio analítico, à regra, ao protocolo, mas que também consegue adequar a sua ação a situações específicas, adaptando a sua forma de pensar e agir de forma eficaz.

Seguindo a conceção de Benner, exposta em “De iniciado a Perito”, um estudo elaborado por Chan e colaboradores, citado por Lisle-Porter (2009), concluiu que o grau de experiência do enfermeiro, que presta cuidados de fim de vida, é determinante para a qualidade e eficácia dos mesmos. Aqueles com menos de cinco anos de experiência revelaram pouca segurança e confiança neste tipo de situações.

### **1.3. Cuidar em fim de vida em contexto pediátrico**

Enquanto enfermeiros, por mais vasta que seja a nossa experiência ou contacto com a morte neonatal e pediátrica, haverá sempre dúvida sobre qual a melhor forma de agir, estar ou atuar perante diferentes famílias e situações. Quando se trata de uma morte inesperada, tal torna-se ainda mais complexo pois, nós, enquanto profissionais, também a vivemos e somos afetados emocionalmente, necessitando também de algum nível de acompanhamento psicológico após a situação traumática.

Tal como já foi exposto, revela-se imprescindível, no caso da morte em contexto pediátrico ter a família como centro dos nossos cuidados. Tal necessidade, encontra destaque no Regulamento das competências específicas (RCE) do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem (EEESCJ) (OE, 2010), que encara sempre o binómio criança/família como beneficiário dos seus cuidados e valorizando sempre a parceria de cuidados e capacitação do cuidador. Facto que

também se encontra previsto no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2015).

De acordo com o disposto na alínea b, do número 1, do artigo 4º do RCE [o EE-ESCJ] “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”. Neste sentido, consta da alínea E2.1., do ponto 2 do anexo I, o seguinte: “reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”, de cujos critérios de avaliação destaco a alínea E.2.1.2. - “aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto”.

Os cuidados de enfermagem à criança em fim de vida e sua família, têm como essência, a **gestão da dor e do sofrimento**, o **suporte emocional e espiritual** e/ou religioso, os **cuidados no momento da morte** e os **cuidados após a morte e luto** (Ethier, 2014).

Todas estas áreas de intervenção deverão ser valorizadas de igual modo, pois, a inadequada gestão das mesmas poderá ter consequências negativas a longo prazo para a família.

Segundo Ethier (2014), na gestão da dor e do sofrimento, os enfermeiros devem aliviar o medo da dor e os sintomas experienciados pela criança, através de uma abordagem holística que inclua intervenções farmacológicas e não farmacológicas para otimizar o tratamento e proporcionar o conforto possível da criança e sua família. Ainda Ethier (2014), citando Fleishman (1998), refere que, em casos de dor severa evidente na criança com doença terminal, o uso de doses mais elevadas de opióides, mesmo com risco de morte pelo princípio ético do duplo efeito, é justificada, quando outras opções não são capazes de aliviar a dor.

Assim, deverão ser adotadas diversas estratégias de suporte emocional pelos profissionais que lidam com estas famílias, não numa tentativa de evitar que estes se sintam dessa forma, mas de modo a reconhecerem a normalidade dessas emoções e a identificarem estratégias de *coping* (Ethier, 2014). Aqui, a satisfação das necessidades religiosas e espirituais tanto da criança como da própria família assume grande relevância, pois pode determinar a forma como estes lidam com a situação. Muitas vezes a família não tem conhecimento da abertura dos profissionais em meio hospitalar para este aspeto. É por isso nosso dever informá-los das diversas

possibilidades de apoio neste campo, servindo aqui de exemplo a possibilidade de realizar o batismo da criança.

O momento da morte é de todos, o mais complicado. Ainda que tenha havido oportunidade para a preparação para o evento, “poucos pais cuidaram de uma criança a morrer, pelo que não estão preparados para conduzir o seu filho através do processo de morte” (Ethier, 2014, p.946). Neste momento é essencial assegurar o conforto possível da criança, proporcionar à família a oportunidade de recordar experiências especiais ou memórias da sua vida, garantir que as suas vontades sejam concretizadas. Os pais deverão estar à vontade para permanecer junto da criança o tempo que acharem necessário, podendo pegar ao colo, embalar, dar banho... Simultaneamente deve proporcionar-se um ambiente calmo e silencioso, bem como demonstrar disponibilidade ou apenas “estar” em silêncio.

Em todos os momentos, não deve ser esquecida a necessidade de preservar a dignidade humana, destacando-se o que é a necessidade de privacidade e confidencialidade. “Valorizar o direito humano à privacidade, poderá instilar um sentimento de fé e esperança, ajudando a manter uma relação de cuidar-confiança” (Watson, 2008, p.135). Posto isto, num momento frágil como a morte em pediatria deverá ser respeitado o espaço da família em sofrimento, tentando proporcionar o máximo de privacidade possível.

### 1.3.1. Intervenções terapêuticas em fim de vida

As intervenções em fim de vida devem ser planeadas e ajustadas à vontade da criança, dos pais e família/cuidadores, de acordo com as suas crenças, valores e cultura, sem nunca tornar a intervenção desajustada ou incómoda para as partes. Este é um assunto delicado, com o qual muitos destes pais nunca imaginaram ter de se deparar algum dia e, por isso, muito do que já não é novo para nós profissionais, para os pais é algo, até ao momento, impensável e extremamente frágil. (Cameron, 2010)

É necessário que os pais sejam informados acerca das opções de cuidados a ter antes, durante e após a morte, “devendo frases como ‘o que os pais querem geralmente...’ ou ‘por norma os pais fazem...’ ser evitadas, pois impõem um comportamento que, de outra forma, eles poderiam não querer” (Cameron, 2010, p.462). Ain-

da, citando McHaffie (2001), Cameron (2010) revela que alguns pais temeram que pudessem ser tidos como “maus pais” caso não aceitassem as sugestões dadas pelos profissionais ou despreocupados se não quisessem fazer parte da prestação de cuidados.

Hoje em dia, pode ser considerada prática comum, principalmente nas UCIN's questionar os pais sobre a hipótese de pegar ao colo o seu filho antes, durante e/ou depois da sua morte. No entanto, um estudo elaborado por Turton, Hughes, Evans e Fainman (2001) salienta que, mesmo não sendo um resultado significativo, a corrente prática de ver e pegar ao colo a criança morta poderá aumentar o risco de stress pós-traumático.

Os pais podem desejar tirar uma fotografia da criança já morta, mas também poderão ter algum medo ou receio de o referir. Em certas unidades a prática é informar os pais dessa possibilidade, sendo que, se não o quiserem no momento poderá ser tirada a fotografia e guardada num local apropriado para, caso a venham a querer mais tarde (Cameron, 2010).

É necessário informar sempre os pais, fazendo-os perceber a importância da sua opinião para as nossas decisões, bem como, a nossa vontade em respeitar as suas decisões, assim como também é importante informá-los de que é normal mudarem de opinião, e que, se o fizerem, nós estaremos lá para ajudar.

McHaffie (2001), citado por Cameron (2010), defende que os pais devem ser alertados para as mudanças que se farão sentir durante e após a morte como a descoloração e a diminuição da temperatura do corpo. O facto de não serem informados pode levar a um *stress* acrescido.

### 1.3.2. Impacto da morte em diferentes culturas

A morte de um filho é vivida de forma diferente entre diversas culturas, devendo estas ser respeitadas e nunca julgadas. Segundo consta no ponto III do preâmbulo do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2011, p.6), “relevar os princípios humanistas, de respeito pela liberdade e dignidade humanas e pelos valores das pessoas e grupos”, e, ainda, nos pontos 14, 15 e 16 da sublínea A1, do ponto 1, do Anexo I, consta, respetivamente, que o enfermeiro “reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação



de cuidados; respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos; presta cuidados culturalmente sensíveis.” (OE, 2011, p.11).

Enquanto nas sociedades ocidentais, os pais choram e ficam desolados, noutras, como a egípcia, “a mãe se mantém recolhida, muda e inactiva sete dias após a morte do filho (...), uma mãe do Bali permanece calma e alegre pois na sua cultura, a alteração emocional torna a pessoa vulnerável à doença e às feitiçarias malévolas” (Young e Papadatou, 2003, p.223).

Na religião muçulmana o corpo da criança deve ser limpo logo após a morte, e sempre que a criança tenha mais de oito anos o banho deve ser dado por alguém do mesmo sexo, se possível da família, e a região genital deverá ficar sempre coberta. Logo de seguida deverá ser colocado um lençol branco por cima da criança e a sua cabeça virada para Meca, ou para a direita, caso não haja forma de saber. A mãe não vai ao funeral da criança.

Os pais sem experiência neste nível poderão necessitar de alguma ajuda e orientação, sendo por isso necessário manter contacto com uma vasta rede de comunidades sociais e religiosas e ter conhecimentos sobre os rituais e costumes de algumas religiões ou comunidades. Por exemplo, pais de religião cristã poderão desejar que o seu filho seja batizado (se não o for ainda).

#### **1.4. Gestão da emocionalidade das famílias e dos enfermeiros face à morte e ao luto da Criança**

Cuidar de um bebé, criança ou adolescente, em fim em fim de vida, é uma experiência intensa e dolorosa para o profissional de enfermagem, para a qual nem todos estão preparados. No entanto, “o que muitos profissionais deveriam pensar é que, se nada for feito, a família sentir-se-á ainda mais perdida. Na maioria dos casos, apenas um gesto dirigido à família pode resultar numa das poucas memórias transmissoras de compaixão” (Lisle-Porter, 2009). De acordo com Turton *et al.* (2001), o adequado apoio emocional, logo após a perda de um bebé ou nado-morto, tem um efeito protetor para os pais e seu sofrimento.

Enquanto enfermeiros, temos um papel preponderante na forma como a morte é encarada e vivenciada pela família e, como consequência, o tipo e duração do processo de luto. Ao estarmos presentes e, por sermos muitas vezes o único elemento

de referência para os pais, no caso do internamento na UCIN, a nossa prestação assume preponderância, podendo fazer a diferença para a família, tornando assim a morte da criança num evento mais digno, respeitoso e pacífico.

O apoio e o cuidar proporcionado aos pais antes, durante e após a morte da criança, é determinante para a sua perceção da situação, vivência e recuperação ao longo do tempo. Tendo em conta o impacto causado por este evento na vida de um casal/família, e tendo consciência das possíveis consequências da não resolução do luto, torna-se essencial o treino, aceitação e perceção dos enfermeiros acerca desta problemática.

Diversa literatura sugere que dotar estas famílias de pequenas estratégias de *coping*, e o apoio que lhes podemos proporcionar, mesmo não se fazendo notar imediatamente, farão grande diferença na resolução do luto e para a esperança voltar a ocupar um lugar na vida destes pais, podendo estes encarar o futuro sem medo e com vontade de viver.

Segundo Moura, Rodrigues e Maia (2011) num estudo elaborado relativamente ao fim de vida numa UCIN, evidencia-se a necessidade dos pais em estar presentes antes e durante o momento da morte, sendo que 63% dos pais que, por opção, não presenciaram o momento, revelaram mais tarde arrependimento.

A tomada de decisões no fim de vida, nunca pode ser exclusivamente médica. Embora estudos revelem que as decisões clínicas deverão ser tomadas apenas por quem tem conhecimentos médicos, os pais deverão ser informados da situação clínica de uma forma perceptível e adequada, devendo existir espaço para a colocação de questões da parte destes e para processar a informação que lhes foi dada. Frases como “suspender o tratamento” ou “suspender o suporte” deverão ser evitadas, e no seu lugar, deverá ser usado um discurso que revele que o bebé/criança irá ser cuidado por alguém experiente, o seu estado monitorizado e a dor minimizada e tratada. Esta abordagem deverá ter lugar num local silencioso e privado, sempre que possível (Lisle-Porter, 2009).

Epstein (2010), revela as obrigações morais sentidas pela equipa de enfermagem e médica perante uma situação de fim de vida em neonatologia. Tais obrigações incluem nomeadamente, falar com os pais, preparando-os para o que irá acontecer (sinais vitais e alterações fisicamente observáveis); proporcionar escolhas, concedendo-lhes controlo e a tomada de escolhas que farão com que estes façam parte

do processo - neste âmbito pode-se considerar a opção de ter presente a família e/ou a presença de um representante religioso e realização de algum ritual religioso de sua escolha e necessidade; estar presente antes, durante e após a morte, proporcionando suporte, mesmo estando em silêncio, ou proporcionando um espaço privado para a família; criar um ambiente pacífico e proporcionar conforto, algo que pode ser concretizado mediante a colocação do bebê ou criança ao colo da mãe/pai, conforto este direcionado tanto para o bebê/criança como para os próprios pais, associando esta medida a outras de alívio de dor.

Num documento elaborado por Crowe L. para a *Queensland Health* (2006), encontram-se alguns aspetos que os pais de crianças que morreram consideraram importante durante o período de luto. De entre outros destaco os seguintes: o facto de lhes ser pedida a opinião, serem ouvidos; serem informados; cuidados como excesso de proteção dado pelos profissionais; a atribuição de objetos à memória da criança, mantendo-os presentes na sua vida; encontrar resposta ou justificação para a morte; manter contacto com outros pais que tivessem passado pela mesma situação; contribuir para a comunidade trabalhando com crianças; criar iniciativas ou associações em nome do seu filho; serem alertados para a possibilidade de futuras conversas que os poderão deixar desconfortáveis com terceiros ou eventos especiais que acentuarão o sentimento de vazio pela ausência do filho. Ainda, o mesmo documento, sugere algumas atividades ou ações que podem ser levadas a cabo para gerir as suas emoções, tais como: manter conversas acerca da criança; encorajar os pais a escrever a sua biografia e construir memoriais, alertá-los para a possibilidade de sentirem necessidade de se isolar; aconselhá-los a integrar grupos de apoio; aconselhá-los ou informá-los sobre o que poderão sentir durante o primeiro ano após a morte da criança.

Estas são medidas que farão uma grande diferença na forma como os pais e família enfrentam a morte da criança e experienciam o luto, assim como também farão uma grande diferença na forma como os enfermeiros lidam e resolvem a situação. Além do mais, como revela Dyer (2005), os profissionais na UCIN não se devem preocupar em identificar e nomear as fases de luto, mas sim na resposta dos pais à perda e em proporcionar apoio na integração do sentimento de perda na caminhada que estes têm pela frente.

No âmbito da morte pediátrica é necessário, também, dar importância ao que os profissionais sentem, como reagem e ultrapassam, pois acompanham a criança de forma próxima, criando por vezes laços de proximidade e afetivos com a mesma e com a própria família. Neste âmbito, Sorensen e Ledema (2009) identificam a falta de literatura acerca do envolvimento direto e pessoal que os profissionais de saúde têm perante os seus clientes em fim de vida, e as suas potenciais consequências, contacto este que os poderá levar a questionar a sua própria morte e dos seus entes queridos.

Lidar com a morte pediátrica é, também para os enfermeiros, um grande desafio, sendo que

“para a correta execução desta tarefa, estes devem estar primeiro confortáveis com a sua perceção de morte. Todos os programas formativos de enfermagem deveriam (...) preparar os enfermeiros para situações de cuidar em fim de vida (...) a qual poderá ajudar os pais na resolução do luto associado à perda de um bebé” (Lisle-Porter, Podruchny, 2009).

Staden (1998) refere que os profissionais de saúde não devem somente interpretar e entender as necessidades dos seus clientes mas também deverão conseguir responder às suas próprias necessidades emocionais (Sorensen, 2009).

O contacto com a morte e o luto provoca nos profissionais sensações de ansiedade e *stress* que, se não forem reconhecidos tanto pelos profissionais como pelas próprias instituições, poderão ter um efeito muito negativo a longo prazo, afetando a sua prestação e qualidade de cuidados. Assim, as instituições devem ajudar os profissionais a encontrar estratégias para adoção de comportamentos defensivos (Sorensen, 2009), de modo a não ficarem emocionalmente esgotados, e conseguirem cuidar destas crianças e famílias. Como conclusão do seu estudo, Sorensen (2009) refere que a qualidade de cuidados prestados pelos profissionais de saúde depende em grande parte da sua estabilidade emocional, a qual é conseguida através da perceção dos profissionais acerca da mesma e do apoio dado pelas instituições em antecipar e a responder às necessidades emocionais dos profissionais. Sem apoio para discutir ou revelar sentimentos, os profissionais podem acumular estes sentimentos, que podem resultar em medos e ansiedades, as quais poderão redundar em comportamentos defensivos e de distanciamento, que poderiam ser resolvidos em atividades ou reuniões de grupo disponibilizadas pela própria instituição.

Sua Santidade o Dalai Lama, na obra “A arte da felicidade” (2009) refere a necessidade de cada ser humano ter noção de sofrimento, para assim conseguir criar instrumentos que o ajudem a lidar com o mesmo e a apreciar a vida no seu todo. Defende ainda que:

“ao tentarmos evitar os nossos problemas ou se simplesmente não pensarmos neles podemos sentir algum alívio temporário, mas existem outras formas de lidar com o sofrimento. Se confrontarmos o nosso sofrimento diretamente, estaremos numa melhor posição para apreciar a profundidade e natureza do problema” (LAMA, 2009, p.138)

A necessidade de nos prepararmos mentalmente para as situações críticas com as quais sabemos não nos sentirmos confortáveis torna-se essencial para encararmos o sofrimento e, assim, conseguirmos atingir um balanço saudável.

“Ao refletirmos sobre os tipos de sofrimento a que somos sujeitos, estamos a preparar-nos mentalmente para a sua ocorrência, ao nos lembrarmos do facto de que poderemos passar por determinadas situações dilemáticas. (...) No entanto, devemos entender que esta preparação não alivia a situação. Pode sim ajudar-nos a lidar com ela e reduzir o medo, mas não alivia o próprio problema.” (LAMA, 2009, p.139)

Retiramos destes ensinamentos, no que diz respeito à enfermagem, a necessidade de todos os profissionais estarem preparados ou, pelo menos, terem a consciência, de que, em qualquer altura da sua carreira profissional, poderão estar sujeitos a situações complicadas, como a morte em pediatria. Situações estas que, como já foi referido, poderão causar sofrimento e sentimentos de impotência. Esta necessidade pode ser preenchida com formação, informação e elaboração de workshops destinados aos profissionais, permitindo-lhes a construir instrumentos de  *coping*  que possibilitam a gestão eficaz de situações complicadas no seu dia-a-dia.

A especificidade e fragilidade do cuidar em fim de vida em contexto pediátrico, faz com que o próprio profissional deva ser detentor de uma capacidade de comunicação apropriada, assim como, de um ponto de vista emocional, tenha estrutura e capacidade de gestão dos seus próprios sentimentos e  *stress* . Para Mazhindu (2003), os enfermeiros ao envolverem-se emocionalmente com os clientes, podem acabar por absorver um conjunto de emoções negativas que poderão levar ao  *stress*  e esgotamento profissional.

O cuidar em enfermagem está associado a uma componente emocional, a qual é a base das atividades tanto físicas como técnicas (Smith, 1992, 2012). A adequada gestão emocional garante o bom e adequado desempenho das organizações e, desta forma, a satisfação dos clientes. Deste ponto de vista, é essencial que os profissionais estejam emocionalmente estáveis e consigam adotar estratégias de *coping* para lidar com as suas emoções, pois só assim são evitados sentimentos de hostilidade, falta de confiança e desinteresse. “A gestão emocional é essencial para ajudar o outro e tem um grande valor terapêutico” (Grey, 2012, p.2). Diogo (2015) revela que o envolvimento emocional dos enfermeiros com os clientes, leva a que os mesmos se sintam respeitados, assim como mais confiantes e cuidados. Tais características geram um estado emocional de tranquilidade no cliente, conferindo-lhe maior capacidade para lidar com situações causadoras de instabilidade emocional e *stress*. Já para Vilelas (2013) os enfermeiros devem possuir competências na gestão da emocionalidade durante o ato de cuidar das pessoas, no entanto esta é uma capacidade mediada pelo grau de envolvimento emocional dos mesmos, o qual por sua vez é mediado pelo grau de perícia do profissional. Tal gestão não é de todo fácil e requer treino específico (Orzalesi, 2011), onde poderão figurar reuniões de grupo, sessões com presença do psicólogo da organização onde os profissionais partilham experiências e sentimentos, entre outros. Diogo (2015) encara a partilha das emoções com colegas como forma de análise das experiências emocionais.

Está em curso um estudo, na Suíça, com o objetivo de “proporcionar informação e conhecimento acerca da atual prática em cuidados em fim de vida em contexto pediátrico, explorar e descrever a perspetiva parental e dos profissionais de saúde envolvidos no mesmo” (Bergstraesser, Zimmermann, Eskola, Luck, Ramelet & Cignacco, 2015). As conclusões a que este estudo chegará, permitir-nos-ão aceder às práticas e seu impacto tanto para as famílias como para os profissionais, o que se traduz na possibilidade do desenvolvimento de novos e melhorados programas de cuidados em fim-de-vida.

## 2. PROBLEMA E OBJETO EM ESTUDO

Como já referi antes, a escolha do tema ficou a dever-se a um sentimento de impotência aliado aos anos de experiência profissional durante os quais me confrontei com diversas situações de fim de vida. Como resultado destas experiências, surgiram diversos conflitos emocionais, muitos deles difíceis de gerir.

Quando prestamos cuidados em fim de vida, tentamos dignificar ao máximo a morte da criança e prestar apoio emocional aos pais. No entanto, o aspeto físico e emocional de uma unidade de cuidados intensivos, torna este aspeto do cuidar mais desafiante. Isto resulta, em parte, pelo facto de, na mesma unidade, se encontrarem outras crianças em estado crítico, sendo a demanda de cuidados se torna muito intensa.

Aliado a este facto está a consciencialização dos profissionais para o cuidar em fim de vida e a sua fragilidade, sendo as prioridades de cuidar dispare de profissional para profissional, como resultado de experiências anteriores e a sua resolução pessoal. O *ratio* enfermeiro-cliente também se torna um fator importante nesta questão, pois o apoio emocional prestado à família será diretamente afetado se o enfermeiro alocado à mesma, estiver também alocado a outra família. Tal situação terá um impacto direto tanto para a família, que sofre a perda de um filho, como para as outras famílias presentes, assim como para o enfermeiro, que se vê obrigado a adequar o seu estado emocional às diferentes situações.

Por outro lado, importa sublinhar que de um ponto de vista físico, as UCIN tendem a caracterizar-se por serem espaços amplos sem divisão entre unidades, o que compromete a privacidade das famílias. De modo a solucionar esta questão, os profissionais recorrem ao uso de biombos, por vezes por largas horas. No entanto, esta solução, gera um ambiente de tensão e emocionalmente stressante para as outras famílias presentes que, se apercebem da situação difícil podendo gerar mais stress.

Ora, o acompanhamento destes profissionais, que lidam com a criança de muito perto, e que os deixa afetados pela sua morte, é muitas vezes esquecida pela estrutura, não existindo grupos de apoio, nem tal é visto como necessário pois os profissionais nem sempre valorizam o assunto, acabando por “esquecer” e “ultrapassar”. Como será então que estes profissionais gerem emocionalmente estas situações tão complexas?

Outro aspeto é a falta de seguimento ou *follow-up* dado a estes pais durante o luto, sendo que estudos científicos indicam que o facto de terem apoio do local onde morreu o seu filho lhes transmite força e diminui a solidão.

Quando se fala em gestão da emocionalidade em situações de fim de vida em pediatria, não podemos deixar de considerar os dois elementos essenciais e que, embora independentes, se influenciam mutuamente: a família/criança em fim de vida; e os profissionais de enfermagem. As condições proporcionadas no momento da morte e o acompanhamento prestado pelos profissionais de enfermagem, tem um impacto direto na forma como a família vive a morte da criança, assim como os cuidados prestados de forma a dignificar a morte da criança. A forma como este momento complexo é experienciado pela família vai influenciar o seu processo de luto, podendo torná-lo mais longo e pesaroso, ou pelo contrário, mais curto, com retorno à vida social e quotidiana mais rápido e saudável. De acordo com Turton *et al.* (2001), o adequado apoio emocional logo após a perda de um bebé ou nado-morto tem um efeito protetor para os pais e seu sofrimento. Neste aspeto, torna-se importante referenciar, mais uma vez, o papel que o profissional de enfermagem tem neste momento. No entanto, não pode ser esquecido o impacto emocional que a prestação de cuidados em fim de vida poderá causar ao mesmo e, deste modo, a sua atitude possa ser de reserva e de não envolvimento, como forma de defesa (Morse, Bottorf, Anderson, O'Brien e Solberg, 2006) . Torna-se aqui essencial abordar a gestão da emocionalidade dos profissionais de enfermagem, a qual terá um impacto direto no seu envolvimento em situações de fim de vida, e na qualidade dos cuidados prestados, devendo ser dada importância ao que os profissionais sentem, como reagem e superam estas experiências de cuidar. Vilelas (2013) considera que os enfermeiros devem possuir competências na gestão da emocionalidade durante o ato de cuidar das pessoas. No entanto, esta é uma capacidade mediada pelo grau de envolvimento emocional dos mesmos, o qual por sua vez é mediado pelo grau de perícia do profissional.

São os enfermeiros que muitas vezes acompanham a criança de forma mais próxima, criando por vezes laços de proximidade e afetivos com a mesma e com a própria família. Neste âmbito, Sorensen e Ledema (2009) identificam a falta de literatura científica acerca do envolvimento direto e pessoal que os profissionais de saúde têm perante os seus clientes em fim de vida, e as suas potenciais consequências, con-



tacto este que os poderá levar a questionar a sua própria morte e dos seus entes queridos.

O contacto com a morte e o luto provoca nos profissionais sentimentos de ansiedade e *stress* que, se não forem reconhecidos e “trabalhados”, tanto pelos profissionais como pelas próprias instituições, poderão ter um efeito muito negativo a longo prazo, afetando a sua prestação e qualidade de cuidados. Assim, as instituições devem ajudar os profissionais a encontrar estratégias para adoção de comportamentos adaptativos (Sorensen, 2009) , para não ficarem emocionalmente esgotados, e conseguirem cuidar destas crianças e famílias. Como conclusão do seu estudo, Sorensen (2009) refere que a qualidade de cuidados prestados pelos profissionais de saúde depende em grande parte da sua estabilidade emocional, a qual é conseguida através da perceção dos profissionais acerca da mesma e do apoio dado pelas instituições em antecipar e a responder às necessidades emocionais dos profissionais.

Daqui surgem três questões essenciais:

- 1)Quais as estratégias de enfermagem a adotar para facilitar um luto mais saudável aos pais e proporcionar o seu bem-estar?
- 2)De que forma os enfermeiros conseguem dignificar a morte da criança e promover o seu bem-estar (ambiente, atitudes, relação terapêutica) ?
- 3) Quais as estratégias a adotar junto da equipa de enfermagem de forma a proporcionar uma adequada gestão emocional?

Jean Watson defende uma prática dotada de competências, gerida pela autoconsciencialização e autoconhecimento de si, para a qual a capacidade de centralização é essencial. Watson (2008) desenvolveu critérios favoráveis à prática do Cuidar e que deverão ser usados no dia-a-dia do enfermeiro, e que considero de significativa importância no cuidar em fim de vida.

“Comece o seu dia com gratidão; Defina as suas intenções para a disponibilidade de dar e receber tudo o que estará designado a dar e receber hoje; Seja sua intenção carregar o seu Todo, a cada momento do dia; Cultive uma consciência de amor e cuidado, dirigida a si e a todos os que o rodeiam.

Aproveite pequenos momentos para se centrar, para descarregar, para se focar em si próprio antes de entrar no espaço do paciente ou numa reunião; Cultive uma consciência de amor-cuidar perante cada pessoa e situação ao longo do dia;

Relembre estas intenções ao longo do dia, outra e outra vez, permitindo lembrar-se o porquê de aqui estar;

Durante momentos de stress, lembre-se de respirar fundo; pedir apoio quando em dúvida, confuso ou assustado; Perdoe e abençoe cada situação;

Liberte tudo aquilo que não consegue controlar.

No final do dia, guarde todas estas intenções no seu coração, comprometa-se a cultivar uma prática de amor-cuidar perante si;

Utilize tudo aquilo com que se deparou hoje enquanto lições que lhe permitem crescer mais profundamente na sua própria humanidade e sabedoria interior.

(...) Encontre o seu próprio caminho espiritual, cultivando uma consciência do Cuidar e experiências significativas na sua vida, no trabalho e no mundo.”

Watson, p.51, 2008

Depois desta breve contextualização da problemática, torna-se importante revelar os objetivos gerais que guiaram o meu percurso de prática clínica:

- Desenvolver competências de EESIP na prestação de cuidados à criança/jovem e sua família, nos processos de saúde e doença e em diferentes contextos pediátricos;
- Adquirir competências de gestão da emocionalidade dos enfermeiros e das famílias que experienciam o fim de vida e a morte da criança ou do jovem.

### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

Ao longo do percurso de estágio, foram vários os instrumentos de trabalho orientadores desenvolvidos por forma a contribuir para uma melhor organização, e conseqüente desempenho. Foi elaborado um Guia Orientador de Atividades de Estágio (Apêndice II), desenvolvido para os diversos contextos de estágio, em colaboração com os EESIP orientadores de estágio, assim como com os correspondentes Enfermeiros-Chefe dos respetivos serviços. Isto proporcionou uma maior adequação dos instrumentos a cada, correspondendo às necessidades formativas de ambas as partes.

A experiência é um dos elementos mais valorizados por Benner (1984), sendo através desta que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e extrair o seu significado. Benner defende ainda que só os enfermeiros que participam na prática dos cuidados têm noção da complexidade e da perícia exigida por um determinado cuidado. No entanto, tal afirmação só terá significado se a aliarmos à prática reflexiva e fundamentada na evidência. Segundo Freshwater (2008) citado por Sherwood “Quando os clínicos atingem o nível de reflexão crítica, entram no modo de melhoria contínua da sua prática, a qual leva a técnicas inovadoras” (Sherwood, 2012, p.25). Deste modo, torna-se essencial para o meu desenvolvimento, enquanto futura EESIP, a observação participante das práticas nos diferentes contextos de estágio, a discussão e reflexão contantes sobre as práticas junto dos enfermeiros orientadores, e respetiva equipa de enfermagem, assim como a elaboração de diários de campo, nos quais possa refletir sobre as práticas ou situações mais significativas. Tal como refere Freire (2002. p.12) “ A reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da Teoria/Prática sem a qual a teoria pode ir virando blablablá e a prática ativismo.”

Ao longo de todo o percurso de estágio, e por forma a complementar as minhas oportunidades de aprendizagem nos respetivos contextos, realização extensa de pesquisa bibliográfica, onde procurei dar resposta às minhas dúvidas e às questões levantadas em contexto de discussão com os enfermeiros orientadores acerca das práticas de enfermagem, prosseguindo uma prática com base na evidência, a qual deverá ser uma constante enquanto EESIP.

O conhecimento, investigação, participação em estudos e o empenho em estimular outros profissionais a elevar as suas questões a nível académico deverão ser qualidades obrigatórias do EESIP, favorecendo a prática com base na evidência como sendo a prática que utiliza estudos recentes e os aplica na prestação de cuidados, assim como os transmite aos demais elementos da equipa, de modo a permitir a homogeneização, consistência e atualização da prestação de cuidados em Enfermagem.

A escolha dos locais de estágio dependeu de características demográficas que pudessem proporcionar uma melhor oportunidade de aprendizagem e assim tornar possível a divulgação e implementação do projeto de estágio. A disposição temporal dos mesmos prendeu-se com a minha necessidade de desenvolvimento - dos cuidados primários e na comunidade até ao cliente crítico -, e em articulação com a disponibilidade dos locais selecionados, de forma a promover a favorável aquisição e desenvolvimento de competências enquanto futura EESIP.

O estágio decorreu numa Unidade de Saúde Familiar (USF), numa Unidade de Cuidados Paliativos integrado em Londres que funciona tanto a nível hospitalar (numa UCIN) como na comunidade, num Serviço de Internamento Pediátrico (SIP), num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e, por último, numa Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos (UCIENP) conforme Cronograma de Estágio (Apêndice I).

#### **4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO DE ESTÁGIO**

Ao longo das 18 semanas de estágio, muitos esforços foram desenvolvidos para que os objetivos do mesmo fossem cumpridos e que os ganhos resultantes dos mesmos fossem sentidos e refletidos no meu desenvolvimento e crescimento enquanto EESIP. Foram semanas de muito investimento, tanto físico como intelectual, pois ao longo do mesmo me fui deparando com diversas experiências de cuidados às quais nunca tinha antes sido exposta. Como tal, estiveram sempre muito presentes uma prática reflexiva e fundamentada na evidência científica ao longo das últimas semanas, fomentadas através da realização e desenvolvimento de jornais de aprendizagem, cuja elaboração obrigou o cimentar de competências científicas e de relacionamento humano. A elaboração de tais jornais revelou ser de enorme valor na mobilização de conhecimentos científicos e consequente melhoria da prática clínica, face aos problemas e obstáculos com que me deparei, provando-se assim que a reflexão sobre a nossa prática se torna essencial para um cuidar em enfermagem consciente.

De forma a cimentar as competências ganhas ao longo dos estágios, proponho-me organizar as experiências tidas e as atividades desenvolvidas, em conformidade com os objetivos do estágio, dado que várias competências foram transversais e reforçadas ao longo deste período, em mais de um contexto de estágio.

A experiência adquirida em estágio e a crescente capacidade de observação e reflexão acerca das situações que experienciei, assim como o contacto estabelecido com diferentes profissionais de enfermagem ESIP ao longo das 18 semanas, faz deste um momento de extremo valor para a articulação dos conhecimentos adquiridos em contexto teórico, durante os semestres letivos do 1.º ano, com as experiências adquiridas em contexto prático, tendo percecionado e consciencializado um crescente desenvolvimento intelectual e capacitação crítica acerca das práticas e intervenção do EESIP, em contextos comunitário e hospitalar.

Através de um processo rigoroso foram articulados diferentes instrumentos de trabalho, que permitem a identificação e análise da experiência adquirida e desenvolvida ao longo da minha experiência de estágio, de modo a que fossem alcançados os objetivos gerais propostos. Os subcapítulos seguintes espelham as ativida-

des desenvolvidas em estágio para cumprimento dos objetivos propostos e as respectivas competências adquiridas, sustentados fundamentalmente na Teoria de Enfermagem do Cuidar Humano de Jean Watson.

#### **4.1. Desenvolver competências de EESIP na prestação de cuidados à criança e ao jovem e sua família, nos processos de saúde e doença, em diferentes contextos pediátricos**

##### **4.1.1. Analisar a organização e dinâmica funcional dos diferentes contextos de estágio**

No decurso dos estágios tornou-se primordial o conhecimento da organização e dinâmica funcional dos diferentes contextos, por forma a melhor conseguir observar, interpretar e refletir sobre as práticas, permitindo uma fácil integração na equipa de enfermagem e, assim, obter um maior proveito do tempo pré-estabelecido (4 a 5 semanas) que dediquei a cada contexto. Desta forma, em cada local de estágio dediquei uma breve fase inicial à avaliação da constituição da equipa, da organização e gestão dos cuidados, da estrutura física do local e do equipamento utilizado. Para tal, o contacto com um EESIP de referência, assim como com a restante equipa de enfermagem, tornou-se essencial, constituindo estes a estrutura decisiva na qualidade dos cuidados prestados ao cliente pediátrico e sua família. O EESIP assume um papel fundamental e insubstituível na organização e gestão dos recursos, tanto físicos como humanos, na supervisão clínica e gestão dos cuidados prestados e consequente bem-estar das crianças e sua família nos diferentes momentos do contacto com os mesmos, em contexto de cuidados na comunidade e de hospitalização.

Nos diferentes locais de estágio foi observado o método de trabalho de enfermagem em equipa, sob liderança de um chefe de equipa (valorizando-se o conhecimento geral dos clientes e suas necessidades), assim como as decisões tomadas após discussão com as equipas e seus elementos de referência. No entanto, apesar de trabalharem em equipa, cada elemento fica responsável pelos cuidados gerais a clientes a si alocados pelo chefe de equipa, por forma a favorecer a humanização e individualização dos cuidados prestados. Em contexto de internamento em pediatria e UCIN, verifica-se também a valorização progressiva do método responsável, prin-

principalmente quando se verificam situações de cuidar complexas nas quais se cria um grupo de trabalho de enfermeiros que ficam responsáveis pelos cuidados a determinado cliente desde a sua admissão até ao momento de alta. Cabe a estes enfermeiros a elaboração de um plano de cuidados individualizado e humanizado, de forma a que o cliente receba cuidados adequados às suas necessidades individuais físicas, emocionais e espirituais. Em contexto de saúde comunitária, e dada a prática enquanto USF de categoria A, preconiza-se o método responsável. No entanto, dada a recente transição e progressivo ajuste dos cuidados e método utilizado, ainda se recorre ao método de equipa, mediante o qual, os diferentes profissionais são alocados a diferentes postos de trabalho, que muitas vezes se resumem a tarefas como a vacinação, realização de pensos e tratamento de feridas ou consultas específicas.

Ao acompanhar a EESIP responsável assim como duas chefes de equipa no SUP e UCIN, foi-me possível observar as estratégias delineadas para gestão da equipa e dos recursos materiais, o que me permitiu refletir sobre a **criação e manutenção de um ambiente seguro**, direcionado para a efetividade terapêutica e prevenção de incidentes, consolidando competências de **gestão do risco ao nível institucional ou das unidades funcionais** através de funções como a distribuição e alocação dos elementos da equipa, gestão da equipa com elementos em integração, delegação da integração de novos elementos ou alunos a diferentes profissionais tendo em conta as suas necessidades de desenvolvimento profissional e características pessoais e profissionais, facilitando assim a **aprendizagem em contexto de trabalho na área da especialidade**; verificação e validação da medicação disponível no serviço, considerando as necessidades de consumo diárias; minimização dos riscos para os clientes e profissionais através da monitorização e notificação da reparação de materiais reportados como danificados à entidade competente; assim como a monitorização e supervisão dos cuidados de enfermagem prestados, **garantindo a segurança e qualidade**.

4.1.2. Adequar estratégias de comunicação com a criança nos seus diferentes estádios de desenvolvimento e com a sua família

Relativamente à gestão de cuidados, considerando que a minha experiência profissional se resume à área neonatal, dei grande ênfase ao contacto, comunicação e

atuação junto da criança e do jovem hospitalizado ou em contexto comunitário, realidade por mim desconhecida e, por isso mesmo... assustadora. No entanto, este medo foi diminuindo progressivamente, ao ser desmistificado com o decorrer dos diferentes estágios, notando-se uma grande evolução da minha parte na comunicação com o cliente pediátrico - iniciativa, à-vontade e sucesso. O contacto com a família, ao não poder ser ignorada e dissociada da criança ou do jovem, foi também algo que me causou alguma preocupação e até desconforto inicial. Constatei que, apesar da minha experiência na área neonatal e ter ao longo da minha carreira desenvolvido técnicas e métodos próprios de comunicação e atuação junto da família, ao longo do presente estágio estive em contacto com a entidade família, mas com problemas e contextos diferentes, pois enquanto no período neonatal existe a preocupação, medo, incerteza e dúvida quanto ao desenvolvimento da criança que acabou de nascer, e junto da qual tentamos proporcionar um ambiente favorecedor do vínculo materno e paterno, em qualquer outro ambiente no contexto de cuidados de saúde à criança e ao jovem pressupõe-se que este vínculo já esteja estabelecido, sendo esperado de nós, um papel e atuação diferentes. Os stressores vividos pelos pais e pela criança são outros, assim como o nível de ansiedade e atitude perante a doença de uma criança ou jovem são encarados de forma diferente do contexto neonatal. Por este motivo, inicialmente, tive medo de transparecer dúvida, medo ou dificuldade na comunicação com a criança e sua família nestes contextos (para mim desconhecidos).

Deste modo, tornou-se essencial para mim, antes do contacto em meio hospitalar, iniciar esse contacto em contexto comunitário (de cuidados primários), por forma a adquirir competências na comunicação com a criança nas suas diferentes fases de desenvolvimento, assim como comunicar com a respetiva família, e inteirar-me dos diferentes tipos de preocupação, dificuldades e medos sentidos pelos pais face aos processos saúde-doença dos seus filhos nos diferentes estádios de desenvolvimento.

#### 4.1.3. Promover a saúde e o desenvolvimento infantil e juvenil

A relação de cuidados observada e estabelecida em contexto de cuidados de saúde primários serviu também enquanto introdução prática para o reconhecimento



das diferentes características das fases de desenvolvimento infantil, através da participação em consultas de desenvolvimento infantil onde apliquei diversas vezes a escala de rastreio de Mary Sheridan, objeto de trabalho que se demonstrou bastante útil e de grande valor na consulta de enfermagem, tendo com a sua utilização criado competências na **promoção do crescimento e desenvolvimento infantil**. O Programa Nacional de Vacinação (PNV) e sua atualização foi também alvo de grande interesse e dedicação, tendo participado ativamente na **vacinação de crianças dos 0 aos 12 meses**. Neste âmbito, foi-me possível promover a **vinculação e parentalidade** ao incluir os pais enquanto elementos ativos na gestão da dor do lactente, ao introduzir a equipa clínica na **prática da amamentação durante os procedimentos dolorosos**, assim como a promoção do aleitamento materno através do incentivo à utilização do cantinho da amamentação disponível na USF. Tal ideia surgiu após ter observado que as crianças eram vacinadas numa maca, ou no “muda-fraldas” presente na sala de tratamentos e logo a seguir colocadas no colo da mãe ou pai, após o qual era pedido aos pais que esperassem cerca de meia hora na sala de espera com o intuito de despistar qualquer efeito adverso à vacinação. Logo aqui detetei vários problemas: o afastamento da mãe/pai - lactente num procedimento doloroso e traumático, facto que torna o momento mais traumático para o lactente; a não participação dos pais durante o procedimento, e conseqüente não promoção do vínculo e da parentalidade, pois ao não capacitar os pais para tranquilizar o seu filho, estamos a privá-los do conhecimento de que são um elo importante para acalmar o seu lactente, promovendo a sua segurança.

Para tal, comuniquei esta minha intenção à EESIP que a recebeu com agrado e positivismo. O meu objetivo seria estar presente durante o horário de vacinação infantil, implementando a amamentação durante ou imediatamente após a vacinação. No caso de crianças não amamentadas, o objetivo seria promover a vacinação ao colo da mãe ou pai. Quanto à meia hora de espera após vacinação, esta seria cumprida no cantinho de amamentação. Tal atividade teve imenso sucesso, apesar de no início ter sido recebida com alguma dúvida e ceticismo. Surgiram algumas questões: “como vamos conseguir vacinar a criança ao colo?” “E se for mais do que uma vacina?” ou comentários como “O bebé vai associar a dor à mama e não vai mamar mais”. Procurei responder com base na **evidência científica e na minha experiência**, a nível hospitalar, e nos resultados positivos ao nível do conforto para o bebé,

assim como para a mãe que, ao ser informada do procedimento e dos seus benefícios, recebe a ideia com maior agrado. As experiências foram muito positivas, tendo a primeira sido implementada num lactente de 3 meses. Foi explicado à mãe que, caso ela consentisse, procederíamos à vacinação com o filho ao seu colo e que poderia oferecer a mama imediatamente antes; o momento de vacinação decorreu tranquilamente para o bebé, tendo este ficado calmo a mamar antes, durante e após. Em outra situação, o bebé chorou aquando da vacinação tendo sido consolado imediatamente após, com a mama que pegou com agrado, deixando prontamente de chorar. O *feedback* das mães foi muito positivo, referindo que o seu filho “nunca tinha ficado tão calmo durante a vacinação” e “da última vez chorou muito!”. Esta técnica foi de imediato abraçada pela equipa de enfermagem, tendo sido reconhecido o seu sucesso (ver jornal de aprendizagem II em Apêndice III). Numa outra situação, neste caso numa visita domiciliária, realizou-se o teste de *guthrie* durante a amamentação, após a avaliação de desenvolvimento infantil, durante a qual este chorou muito, mesmo com a tentativa de o acalmar e consolar com sucção não nutritiva na chucha.

Neste âmbito, creio ter contribuído para a melhoria e adequação das práticas e cuidados de enfermagem na USF, ao ter identificado uma oportunidade de melhoria e ter proposto estratégias eficazes para o seu cumprimento, tendo reforçado, assim, a competência de **avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem**, o **planeamento de programas de melhoria contínua** e **incorporação de diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade prática**. Outra competência reforçada foi a **promoção da vinculação de forma sistemática**, assim como a **gestão diferenciada da dor e bem-estar da criança**.

4.1.4. Referenciar as crianças e as famílias para os cuidados em contexto de hospitalização

O conhecimento adquirido em contexto de cuidados de saúde primários e a crescente familiarização com o PNV, e técnicas de incentivo e adesão ao mesmo, revelaram bastante importância ao logo dos seguintes contextos de estágio, onde reconheci matérias de saúde primárias fulcrais também no ambiente hospitalar. Julgo que o facto de ter iniciado o período de estágio numa USF fez com que conseguisse **reconhecer os diferentes graus e estádios de desenvolvimento considerados**

**adequados na criança saudável**, tornando mais fácil o levantamento de problemas dos clientes que recorrem ao contexto de cuidados hospitalar, demonstrando grande valor na **priorização de atividades e intervenções, levantamento de problemas e necessidade de referência** de casos específicos, dando um enorme valor ao trabalho realizado nos cuidados de saúde primários. Ao conhecer essa realidade e constatar a eficácia do seu serviço, consegui também reconhecer a importância da **referência das famílias**, por forma a contribuir para a não adesão aos serviços de urgência numa fase primária, de não urgência, o que infelizmente se revela como um grande desafio para as unidades de urgência hospitalar.

A familiarização com o desenvolvimento considerado normal e a minha evolução na comunicação com a criança nas suas diferentes fases de desenvolvimento, assim como a consciência dos principais medos revelados pelos pais, em determinadas fases, tornou possível que estes fossem antecipados nos outros contextos, principalmente no SUP em que os stressores envolventes tornam a comunicação mais difícil, sendo necessário ter conhecimento do que é expectável em cada estágio de desenvolvimento para, só com a observação direta da criança e a sua interação, poderem ser diagnosticados possíveis problemas, tanto de saúde física como cognitiva e de atraso de desenvolvimento. Ao longo das semanas de estágio no SUP consegui aperceber-me através de momentos de discussão e partilha de ideias com os diferentes EESIP's com quem contactei, pude desenvolver **estratégias de comunicação e observação de sinais específicos, tanto físicos como comportamentais, para o levantamento de problemas e referência** aos devidos serviços de proteção de menores, quando estes não são claros e evidentemente comunicados por parte da criança ou familiar.

#### 4.1.5. Fazer o diagnóstico precoce e adequar a intervenção

Sendo a criança um elemento frágil e vulnerável, torna-se muito suscetível à ocorrência de **abusos e maus tratos** que comprometem o seu bem-estar e adequado desenvolvimento, para os quais o EESIP deverá estar sempre alerta, pois, por vezes, a ida ao SUP é apenas uma tentativa por parte da criança ou familiar de, indiretamente, fazer com que a situação seja reportada às entidades responsáveis sem terem de o fazer diretamente, com medo de sofrer represálias por parte do agressor.

Durante o período em que estive em estágio, tanto no SUP como no SIP, foram diversos os casos referenciados ao **Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco** (NACJR), do hospital em causa. Para estes casos existe um guia de atuação, do qual consta um algoritmo de priorização e os principais contactos a estabelecer, consoante o tipo de situação, duração e sua gravidade. Foi-me assim permitido consolidar competências no **diagnóstico precoce e intervenção na criança e jovem em situações de risco, que possam afetar negativamente a sua qualidade de vida.**

#### 4.1.6. Promover a autoestima e autodeterminação do adolescente

Ainda em contexto de saúde comunitária, foi-me proporcionada a participação em **consultas dedicadas ao adolescente**, às quais a USF onde estagiei dedica especial atenção, promovendo a adesão destes mesmos aos cuidados de saúde primários, cumprimento do PNV. Promove-se aqui um ambiente seguro e de confidencialidade das consultas, incentivando o desejo pela informação, correta vigilância da saúde e capacitação dos mesmos em formular soluções e participar no processo de tomada de decisão. Por este motivo, e pela particularidade característica desta fase de crescimento e desenvolvimento, a minha presença nas consultas obrigou-me a adotar uma postura diferente da adotada anteriormente, por forma a evitar o afastamento e bloqueio da comunicação com o mesmo. Assim, e após longa **discussão com a EESIP responsável pela consulta**, percebi que seria essencial, numa fase inicial de **acolhimento**, apresentar-me e perguntar o nome pelo qual gostaria ser chamado, adotar uma postura aberta, explicando muito brevemente o intuito da consulta e flexibilidade da mesma, promovendo assim um **ambiente seguro e de confiança para o adolescente**, para que este se pudesse sentir à vontade para regressar quando quisesse, e, assim, expor as suas dúvidas e problemas de saúde. Ao longo das semanas que dediquei a esta área de intervenção primária, consegui ter noção do impacto da atuação do EESIP na **adesão do adolescente aos cuidados de saúde**, principalmente na área de planeamento familiar, tema que notei suscitar mais questões e necessidade de intervenção por parte do EESIP, e para o qual a USF dispõe de diversos folhetos informativos acerca de métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis, assim como métodos de ensino acerca do ci-

clo menstrual e principais mudanças sentidas ao longo da adolescência. Apesar de existir um dia dedicado à mesma, notei que a abertura concedida aos adolescentes tem um impacto muito significativo, pois estes recorrem à USF fora dos dias dedicados à consulta. No entanto, e tal como discutido com a EESIP, o ganho decorrente desta abertura faz com que não seja valorizado o facto de estes não recorrerem aos serviços de saúde nos dias dedicados, valorizando-se assim a segurança e o à-vontade sentidos e demonstrados pelos adolescentes perante os cuidados de saúde primários, promovendo deste modo a **autoestima e autodeterminação do adolescente nas escolhas relativas à saúde**.

#### 4.1.7. Reconhecer situações de instabilidade e respetiva atuação

Quanto à aquisição de competências relativas ao **reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte**, foi-me permitido reforçar positivamente as qualidades que já sabia ter face a situações de urgência e emergência com necessidade de reanimação em neonatologia. No entanto poder aplicá-las no SUP, reforçou o meu carácter e competência enquanto futura EESIP. Recordo uma situação no meu segundo dia de estágio em que entrou pelo corredor da triagem um senhor com uma criança pelos braços a gritar “Ajuda!! O meu neto!! O meu neto!!” (sic), muito rapidamente se juntou a equipa na sala de reanimação, para a qual o senhor foi encaminhado, largando a criança com cerca de 4 anos na maca de reanimação. Após este gesto paralisou, a sua face empalideceu e as lágrimas começaram a escorrer pela sua face. Com passos lentificados afastou-se num gesto de total entrega e confiança nos profissionais, encostou-se na parede e deixou-se escorregar até ao chão, onde ficou sentado de mãos na cabeça a chorar compulsivamente. Não consegui ficar indiferente a estes 5 segundos que pareceram decorridos em câmara lenta, senti um aperto no estômago e um nó na garganta (que são manifestações físicas da intensidade emocional vivida): era uma criança, com quatro anos de história, quatro anos de recordações, quatro anos de amor e devoção, quatro anos de entrega, quatro anos de primeiras palavras, primeiras experiências. Presenciar e compreendi o desespero sentido pelo avô naquele momento, imaginar o pânico sentido no caminho para o hospital e o sangue frio com que carregou o seu neto nos braços corredor a fora em busca de salvação gerou em mim um misto de

sentimentos que desconhecia. Senti que devia apoiar o avô, mas por outro lado sabia que a minha ajuda poderia contribuir para salvar a criança. Refleti e repeti mentalmente “Tenho capacidade para ultrapassar o facto de ser uma criança. Faz o que sabes fazer!”. Pedi a uma assistente operacional que se encontrava no corredor que trouxesse um copo de água ao avô e dediquei-me à criança. Era uma crise convulsiva de origem febril, encontrando-se a criança inconsciente mas com respirações espontâneas. Na sala encontrava-se uma médica, uma EESIP e eu. Ao observar que a prioridade estabelecida tinha sido a administração de terapêutica anticonvulsiva, decidi monitorizar a criança e introduzir uma sonda nasogástrica para aspiração de conteúdo gástrico e prevenção da aspiração. Por apresentar saturação de oxigénio entre 85-90% coloquei também uns óculos nasais para administração de oxigénio, tendo revertido o quadro. Passados 6 minutos a criança estava a chorar, bem acordada e a perguntar pelo avô. A EESIP agradeceu-me a colaboração, transmitindo-me um feedback muito positivo acerca da minha prestação. Consegui fazer um paralelismo com as situações de emergência com que me deparo quase diariamente no meu local de trabalho e fiquei gratificada por ter percebido que por ser uma criança consegui ultrapassar o medo, manter a calma e um raciocínio lógico, conseguindo priorizar e dar resposta às necessidades de forma humanizada e holística.

#### 4.1.8. Promover um ambiente seguro e contentor

O contacto privilegiado que tive com a comunidade adolescente da USF em causa, e a **constante reflexão com a EESIP** do mesmo, cujo trabalho final de Mestrado dedicou à consulta do adolescente, serviu como referência para o futuro contacto que teria com diversos adolescentes em contexto hospitalar, ao ter-me dotado de ferramentas que tornariam mais eficaz a **comunicação estabelecida entre mim e o adolescente** que recorre ao SUP e hospitalizado no SIP.

Em contexto hospitalar a fragilidade do adolescente, muitas vezes acompanhado pelos pais, torna a relação enfermeiro-adolescente delicado e complexo. No SUP, o momento da triagem tem especial valor, pois ao ser o local onde é feita a primeira abordagem ao adolescente, o EESIP tenta no menor espaço de tempo possível promover um ambiente seguro e de confiança, ao mesmo tempo que tenta priorizar

os cuidados e estabelecer o correto diagnóstico e referência, através do sistema de **triagem de Manchester**, sistema mediante o qual se analisam os sinais e sintomas apresentados e descritos pelo adolescente, atribuindo-se-lhes uma categoria quanto à gravidade da situação - Urgente, Muito Urgente ou Não-Urgente, aos clientes é atribuída uma pulseira de identificação cuja cor está associada ao nível de urgência. Dada a afluência, por vezes injustificada, ao serviço de urgência, foi introduzida a pulseira de cor branca dedicada a casos que não deveriam ser tratados em ambiente hospitalar, mas sim a nível de cuidados de saúde primários, as quais são contabilizadas para uma futura avaliação estatística.

Concomitantemente à abordagem ao adolescente, a **promoção de um ambiente privado e seguro no SUP** torna-se complicada, pois a maioria das vezes o adolescente faz-se acompanhar pela mãe ou pelo pai que estão também muito ansiosos e, cuja presença nem sempre é questionada no momento da triagem o que acaba por funcionar como barreira na comunicação com o adolescente. Face a esta problemática, promovi um **momento de reflexão com a EESIP** sobre a possibilidade de pedir aos pais que ficassem fora da sala numa fase inicial da triagem e a porta fechada, caso o adolescente o consentisse, pois por norma a triagem mantém a porta aberta por questões de segurança para o profissional de saúde, assim como para este se manter alerta para as situações Muito Urgentes que entram diretamente para a sala de reanimação, com necessidade de cuidados emergentes. Tal ideia foi aceite, notando-se uma melhor e mais eficaz comunicação com o adolescente que deixou de ser um elemento passivo durante a triagem, tornando-se obrigatoriamente um elemento ativo.

Uma situação que me marcou até ao final do estágio, e para a qual elaborei um jornal de aprendizagem que apresento em Apêndice<sup>1</sup> foi a **relação que estabeleci com um adolescente de 13 anos** que recorreu ao SUP juntamente com o pai, transportado pelos bombeiros após um episódio de convulsão na escola. O adolescente encontrava-se deitado numa maca, com um ar assustado e nada comunicativo. Após entrar no SUP, ficou numa maca no corredor junto à triagem, na companhia do pai, tendo a triagem inicial sido feita pelo bombeiro que referiu que “ele não fala, é autista e não deixa fazer nada” (sic), tal informação justificou o olhar assustado e perdido que o caracterizava, no meio do corredor, num ambiente caótico com pes-

---

<sup>1</sup> Ver Apêndice III

soas estranhas a circular à sua volta, das quais nenhuma falava com ele. Decidi deslocar-me para junto dele, apresentei-me e expliquei onde ele estava e porquê, numa linguagem acessível mas adequada à sua idade e não muito diferente da que usaria em qualquer outro adolescente de 13 anos, não esperando qualquer resposta da sua parte, nem de um olhar direto, o pai aprontou-se a avisar-me de que o seu filho era autista e que não comunicava com ninguém, sorri e consenti com a cabeça, dando a entender que já o sabia. Perguntei-lhe diretamente o nome pelo qual gostava de ser tratado, ao qual o pai respondeu delicadamente, a partir do qual me dirigi a ele enquanto X. Tendo dedicado um pouco mais de tempo neste acolhimento do que noutra qualquer, precisava então de avaliar os sinais vitais e a glicémia capilar. Optei por começar pelos procedimentos não dolorosos e já familiares para a X, explicando sempre de forma detalhada o que ia fazer e a razão de tal. O X foi consentindo, sem nunca me dirigir o olhar diretamente, até que passou a esboçar um pequeno sorriso atrapalhado. Precisava ainda de avaliar a sua glicémia capilar, a qual o pai se aprontou a, calmamente, dizer que era algo de que ele não gostava, nem deixava que fizessem. Pensei então que o deveria fazer sentir-se protegido, dados os sinais corporais que de todo evidenciavam medo e vulnerabilidade, pois estava encolhido em posição fetal na maca, num corredor frio e com luz intensa. Fui buscar um lençol que coloquei dobrado ao fundo da maca e afastei-me dizendo “está aqui um lençol para o caso de teres frio”, o qual ele puxou imediatamente para se tapar. Passados alguns minutos, dirigi-me a X, tendo ele destapado parte da sua cara e olhado para mim - o seu olhar é ainda hoje uma das melhores memórias e conquistas que guardo de todo o processo de desenvolvimento que foi este estágio. Apesar da minha inexperiência, consegui ganhar a sua confiança e com que ele comunicasse comigo de qualquer forma, ou simplesmente, me dirigisse o olhar. Expliquei que teria de “picar o dedo para ver quanto açúcar tinha no sangue” após o qual ele libertou o seu dedo e, de forma voluntária me deixou fazer o procedimento. Terminada esta abordagem inicial, decidi estar atenta ao restante tempo em que este se encontrou no SUP, sempre tapado por um lençol, como que numa tenda. O olhar do pai transformou-se imediatamente, a sua postura relaxou e o discurso passou de agitado e preocupado, a calmo, confiante e mais tranquilo. Senti que apenas 10 minutos do meu dia teriam feito a diferença para aquela família facilitando a gestão da emocionalidade, o que me transmitiu confiança, bem-estar e reforçou positivamente o meu per-



curso de estágio. Com esta experiência consegui consolidar **estratégias de comunicação com a criança e família em situações de especial complexidade**.

#### 4.1.9. Gerir a dor e o bem-estar da criança e do jovem de forma diferenciada

A situação de cuidados anteriormente descrita permitiu também consolidar a competência de **gestão diferenciada da dor e bem-estar da criança e do jovem**, pois consegui identificar o stressor vivido pelo adolescente X, respondendo com estratégias eficazes para diminuição da ansiedade e desconforto do mesmo, promovendo o seu bem-estar físico, emocional, psicossocial e espiritual, numa orientação humanista e holística.

Ainda no âmbito da competência atrás mencionada, e com o intuito de **promover o conforto e melhor controlo da dor na criança e jovem** no SUP, foi criada uma estratégia para melhor adesão das crianças e jovens ao uso do protóxido de azoto (PA) 50% com oxigénio 50%, fármaco utilizado dado o seu efeito sedativo e analgésico, durante procedimentos invasivos de curta duração, para o qual existe um protocolo no serviço. Tal necessidade foi levantada após ter presenciado várias situações em que o fármaco foi usado sem sucesso, não tendo tido tempo nem efeito ao acalmar as crianças antes e durante o procedimento. Em discussão com elementos do Grupo de Trabalho da Dor e após alguma pesquisa bibliográfica, chegámos à conclusão de que não era permitido a muitas crianças (não familiarizadas com o “gás do riso”) tempo para entrar no mundo imaginário e fantasiado que é necessário para que o fármaco surta o efeito desejado. Deste modo, e de modo a evitar o uso de material como o telemóvel ou *tablets* (pelo risco de infeção em ambiente hospitalar, assim como pela emissão de radiação prejudicial às crianças e necessidade de não compactuar com tais hábitos) foram criados cartões plastificados, com desenhos e imagens alusivas a ambientes fantasiados, adequados a diferentes idades, os quais seriam apresentados à criança antes do procedimento e concomitantemente com a administração de PA. Durante a utilização desta técnica, as crianças foram guiadas numa aventura ou sonho, através da elaboração de uma história na qual elas seriam protagonistas e incentivadas a descrever o que se imaginavam a fazer, promovendo o imaginário positivo. Numa das experiências, a uma criança de 5 anos (Z) foi mostrada uma imagem de um campo verde com um palácio e uma princesa,

ao mesmo tempo que inalava o gás de PA, a história foi introduzida com “Era uma vez... Uma princesa que vivia num Reino muito colorido, com muitas flores...” tendo sido interrompida de imediato pela Z que questionou “E chupa-chupas?”, tendo a história continuado por poucos minutos mais, isto enquanto se procedia a uma colheita de urina com recurso a algáliação. As imagens usadas podem ser consultadas em Apêndice IV. Desta forma, foi possível proporcionar à criança e sua família um cuidado promotor dos ganhos de saúde, ao promover a eficácia de uma terapia farmacológica através da promoção da adesão à mesma através do uso de técnicas de conforto não-farmacológicas de enfermagem. Tal abordagem não-farmacológica é um dos pilares ou essência do cuidar em enfermagem e é o que a diferencia de uma prática meramente técnica e abrangida apenas por uma moldura dominante de uma ciência médica técnico-curativa, tal como defende Watson (2008).

#### 4.1.10. Capacitar a família e a criança com doença crónica

Foram também diversas as oportunidades de implementação e gestão de um plano de cuidados promotor da **parentalidade**, da capacitação da mesma na **gestão do regime terapêutico** e de **reinserção social da criança e do jovem em situações de especial complexidade que possam afetar negativamente a qualidade de vida do mesmo**. No SIP participei na admissão, internamento e momento de alta de uma criança do sexo feminino, com 5 anos de idade, à qual foi diagnosticada diabetes mellitus inaugural. Todo o processo de capacitação da família e adesão ao regime terapêutico por parte da criança constituíram um grande desafio para a equipa, sendo a EESIP responsável pela monitorização, adequação e gestão das estratégias adotadas para que o mesmo seja bem-sucedido. Inicialmente foi possível observar um processo de negação por parte dos pais, os quais não queriam acreditar que tal fosse possível, referindo várias vezes que “a Y sempre comeu de tudo e nunca teve problemas”, “têm de se fazer mais testes, de certeza que é alguma outra coisa” ou “a Y é uma criança normalíssima!”, seguido de raiva e revolta embora de forma pacífica. Muitas vezes perguntaram “mas porquê?”, “porque tinha de acontecer com a nossa filha, ela nunca teve problemas!” Ao longo dos dias notou-se uma maior aceitação, perceção do problema e crescente necessidade de participação ativa. Tais respostas emocionais, ou estágios de luto, podem ser identificadas no modelo

de Kübler-Ross, propostas na sua obra “On death and Dying” e que não devem ser aplicadas apenas em situação de morte, mas também em situações de crise ou tragédia.

Os pais foram desde cedo informados sobre tudo: os procedimentos e a justificação para os mesmos, foi-lhes dada literatura acerca da doença crónica em causa e estratégias a adotar para a adesão da terapêutica por parte da criança. Para que a criança aderisse aos tratamentos diários, foram adotadas estratégias tais como a “técnica do jogo”, todos os dias seria uma amiga dela a escolher o dedo onde se avaliaria a glicémia capilar e, para a administração de insulina, foi facilitada a compra de um *Buzzy*®, instrumento pediátrico maleável, com formato de abelha que, ao proporcionar um movimento vibratório constante ou intermitente acaba por adormecer o local onde é aplicado, podendo então a insulina ser administrada sem que esta sentisse dor. Ao ser a Y a segurar o *Buzzy*®, sentiu-se parte integrante do cuidado, promovendo o seu sentido de responsabilidade e adesão ao regime terapêutico. Estas estratégias fundamentam-se na gestão da informação e gestão de emoções, essenciais para facilitar a gestão da emocionalidade intensa vivida na fase de impacto da doença.

No momento da alta a família encontrava-se já capacitada em relação à interpretação de valores de glicémia capilar, necessidade de registo dos mesmos num livro próprio, assim como detinha o poder de decisão acerca da quantidade de insulina a administrar. No entanto, apesar das competências técnicas adquiridas ao longo do internamento, as dúvidas continuavam presentes e as incertezas acerca do futuro foram várias vezes verbalizadas por parte da mãe, em conversa privada “apesar de ser uma doença crónica comum, não vai deixar de afetar o dia-a-dia da minha filha... Não sei como vamos conseguir.” (sic), o sentimento de impotência foi muitas vezes mencionado e a incerteza de conseguir controlar tudo e todos os que envolvem a filha pela necessidade de adaptação de todo um estilo de vida - desde escolar como social - traduziu-se num sentimento de desespero.

Apoio emocional foi prestado à família, através de um processo de escuta ativa e comunicação não-verbal útil, assim como de comunicação assertiva com recurso a perguntas abertas simples e na devolução das palavras da mãe com pequenas mudanças de modo a incentivar a continuação da exteriorização de emoções. Apesar

de tal esforço e dedicação, foi estabelecido contacto com a Psicóloga para apoio da tríade.

Foi estabelecido o contacto e referenciação junto da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), assim como facultados os contactos de diversas associações onde os pais poderiam entrar em contacto com outras famílias na mesma situação, o que teve um papel muito tranquilizador para a família. Com esta situação particular, foi-me possível adquirir competências de **promoção da adaptação da criança e sua família à doença crónica**, assim como **implementação e gestão de um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança**.

#### 4.1.11. Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados

Enquanto futura EESIP, torna-se também importante a implementação e **participação em projetos institucionais e formativos**, contribuindo para promoção da investigação, prática reflexiva e transmissão de boas práticas em enfermagem, as quais se inserem no **domínio da melhoria da qualidade**. Para tal, foi-me proporcionada a participação no 2º Encontro de Enfermagem de Neonatologia realizado nos dias 13 e 14 de Novembro de 2015, num total de 14 horas, no âmbito do qual foram discutidos diversos temas específicos, e do qual fiz parte enquanto dinamizadora de uma das mesas, a convite da entidade organizadora. O aperfeiçoamento do raciocínio clínico é um desafio, exigindo a adoção de diversas estratégias e formação constante. Através de realização de encontros de enfermagem, com partilha e discussão de situações clínicas, exposição de experiências e trabalhos de investigação, consegue-se não só mudar a atitude dos profissionais e melhorar os cuidados, mas também estimular o seu raciocínio clínico e capacidade reflexiva sobre os seus atos, conferindo-lhes a capacidade de adaptar as suas próprias práticas aos novos conhecimentos adquiridos, enriquecendo-as.

Foi-me também proposto em âmbito de estágio, a participação ativa num projeto da instituição, implementado pela equipa de enfermagem e intitulado de “À conversa com os pais...”, no qual realizei uma sessão direcionada aos pais acerca da lavagem das mãos e a sua importância para o controlo de infeção hospitalar, cuja apresentação poderá ser consultada no Apêndice V. Com a realização desta atividade,

foi-me possível enriquecer **competências referentes à participação em projetos institucionais com promoção da qualidade e monitorização dos cuidados prestados, assim como a planificação de programas de melhoria contínua**, através da consciencialização das famílias internadas para os riscos da contaminação por infeção cruzada pela não-higienização das mãos.

## **4.2. Adquirir competências na gestão da emocionalidade dos enfermeiros e das famílias que experienciam o fim de vida e a morte inesperada da criança**

### 4.2.1. Gestão diferenciada de situações de maior complexidade

Com a finalidade de adquirir competências promotoras da concretização deste segundo objetivo de estágio, pareceu-me pertinente conhecer a realidade vivida num país de referência mundial nos cuidados paliativos e em fim de vida em unidades de neonatologia. Para tal, decidi numa fase inicial acompanhar a Enfermeira A. Mancini, cuja carreira e percurso lhe permitiram tornar-se na maior referência em Londres na área dos cuidados paliativos em neonatologia, sendo hoje Enfermeira responsável de Cuidados Paliativos e Luto em Neonatologia (*Lead Nurse for Palliative and Bereavement*). Tal contacto demonstrou ser precioso, pois muitas foram as experiências partilhadas e ideias discutidas ao longo de extensas conversas, nas quais me foi possível reconhecer diversas competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, essenciais na área de especialização pediátrica.

Numa entrevista informal inicial, A. Mancini começou por enfatizar o quão árduo foi lutar pela valorização dos cuidados paliativos em neonatologia, afirmando que “ainda há um longo caminho a percorrer para a total aceitação e formalização das normas e cuidados prestados a nível mundial no que respeita a esta área. Os cuidados paliativos em neonatologia estão hoje em dia onde estavam os cuidados para o desenvolvimento há 10 anos atrás: antes ninguém os conhecia nem valorizava, hoje em dia já nenhum enfermeiro sabe trabalhar sem os ter presentes a todo o instante” (sic).

Foram muitos os projetos implementados por Mancini ao longo dos anos. Durante a minha estadia em Londres tive a oportunidade de participar em sessões de acom-

panhamento a luto de pais que sofreram a perda de um filho durante o seu internamento na UCIN, assim como em sessões de partilha de emoções e ideias juntamente com a equipa clínica (enfermeiros e médicos) em curtas “*bereavement sessions*” em diferentes hospitais do Centro de Londres, tendo sido de enorme importância o feedback por estes transmitido. O papel da Enfermeira de cuidados paliativos é extremamente valorizado pela equipa e a sua atuação junto das famílias muito apreciada pelos pais em luto. Tal abordagem fez com que conseguisse consolidar competências na **tomada de decisão ética em situações de maior complexidade da prática especializada**, através da resolução de problemas em conjunto com o cliente e com a equipa, ao se promoverem sessões de partilha de emoções e sentimentos.

As sessões junto das equipas acontecem mensalmente e não têm apenas como objetivo abordar situações de luto, mas sim situações complexas com as quais a equipa clínica se depara diariamente, como em qualquer unidade de cuidados intensivos. Acredita-se que todo o stress acumulado pelo dia-a-dia a cuidar de neonatos em situação clínica crítica deverá ser partilhado, dotando a equipa de estratégias de *coping* para lidar com situações mais complexas e se conseguir manter o mais saudável possível, a nível emocional. Mancini valoriza que “não devemos intervir apenas nas situações de perda, mas sim em todas as situações complexas que possam gerar nos profissionais um stress que poderá ser prejudicial para a sua saúde e bem-estar, pois para podermos cuidar temos de estar nós próprios bem resolvidos emocionalmente”. O feedback dos profissionais é muito positivo, referindo a maioria que a partilha de situações, sentimentos e ideias, faz com que consigam resolver de forma mais adequada todos os conflitos internos que possam estar acumulados.

Em momento de reflexão com um profissional, após uma sessão, o mesmo referiu que “faz bem falar, desabafar. Às vezes vamos para casa e tentamos desligar, mas não conseguimos e quando tentamos falar com quem temos em casa nem sempre quem nos ouve percebe aquilo pelo qual estamos a passar - afinal nem todos somos enfermeiros numa unidade de cuidados intensivos neonatais. Aqui todos nos compreendemos e, às vezes, sentimentos que não sejam partilhados podem para nós parecer ridículos e, quando os partilhamos em grupo, percebemos que não somos os únicos. Isso ajuda muito!” (sic).

Segundo A. Mancini, “falar sobre algo que foi traumático para nós, não só nos ajuda a nós porque estamos a exteriorizar o que sentimos, mas quem nos ouve, que muitas vezes também o sente mas não o exteriorizou. Muitas vezes os nossos problemas, também são os dos outros, e se nunca falarmos sobre a forma como lidamos com a morte de um bebé nunca vamos conseguir criar ferramentas para a aceitar”. A. Mancini salienta ainda que “os cuidados durante a morte de um bebé são em muito influenciados pela atitude do enfermeiro que os presta. Para tal é preciso termos enfermeiros emocionalmente saudáveis, que tenham resolvido os seus monstros perante a morte na infância. Sei que há muito a fazer nessa área, e nem sempre é fácil, mas sabemos que um adequado acompanhamento da equipa e fazê-la ver que os seus sentimentos são valorizados e nunca esquecidos, é muito importante”. Um aspeto que os enfermeiros que participam nas sessões valorizam muito é saber o feedback dos pais, saberem que o que eles fizeram nos últimos dias e horas do bebé influenciaram em muito a atitude e sentimentos da família, como partilhou comigo um dos enfermeiros: “saber que o que a mãe diz que a marcou mais foi o momento em que vestimos o seu bebé em conjunto, faz-me acreditar que a minha presença fez a diferença”. Este acompanhamento e preocupação com a equipa de enfermagem valoriza competências na área da **gestão da equipa em situações de maior complexidade que possam comprometer a segurança, privacidade ou a dignidade do cliente**, assim como da **promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos**, ao conseguir, através da exteriorização de sentimentos e contributo para a resolução de problemas e conflitos internos, proporcionar conforto emocional na equipa.

O feedback proporcionado tanto pelos profissionais como pelas famílias em luto, permite também **avaliar o processo e resultados da tomada de decisão**, sendo fonte essencial para processos de melhoria de cuidados com base nos resultados.

4.2.2. Cuidar em situações complexas e de fim de vida: “As pequenas grandes coisas”

Durante as duas semanas que estive em Londres, foi-me também possível estar numa UCIN, de modo a observar os cuidados prestados em situações bastante complexas. A variedade multicultural da cidade, assim como o número alargado de

habitantes, torna o seu ambiente muito rico em oportunidades de aprendizagem, pois o número de partos prematuros ou de recém-nascidos que necessitam de assistência durante o parto e primeiros meses de vida é muito grande, comparativamente com o que se verifica em Portugal. Desta forma, e com o intuito de perceber que estratégias seriam adotadas pela equipa clínica face a tais níveis de stress diário, pareceu-me pertinente observar e participar no dia-a-dia destes profissionais, com principal foco em situações mais complexas ou de cuidados durante a morte de um bebé. Ao longo dos dias, constatei que nos últimos anos os cuidados em fim de vida foram otimizados, a partilha de conhecimentos e processos facilitadores de aprendizagem em contexto clínico valorizados. A implementação de diversos projetos e parcerias contribuiu para a **humanização dos cuidados** e para uma mais adequada gestão da equipa e **suporte da prática clínica com base na investigação e no conhecimento**.

“Devemos fazer com que tudo conte, desde o nascimento, até ao seu último dia”, partilhou comigo a Enfermeira de Prática Avançada em Neonatologia (EPAN). Foi esta a frase que mais me marcou ao longo de todo o estágio e posso até confessar que a carrego todos os dias. Com isto quis dizer que todos os pequenos momentos são dignos de memória: desde o primeiro bocejo, o primeiro olhar, a primeira vez que agarra o dedo da mãe... Todos estes são momentos dignos de relato, dignos de serem eternizados, são pequenas memórias que os vão ajudar a superar pequenas grandes barreiras ao longo do seu caminho.

A equipa clínica tem um papel primordial ao registar estes momentos e a incentivar os pais a fazerem o mesmo. Tal como também referiu a EPAN: “os pais não sabem, e provavelmente nunca o vão saber, mas tudo o que nós fazemos desde o primeiro dia e desde a primeira pegada que registamos e lhes oferecemos, é para os preparar para a grande caminhada que têm pela frente. Estamos a dotá-los de estratégias para lidarem com o stress que é ter um bebé na UCIN e estamos a ajudá-los a construir um conjunto de memórias positivas que mais tarde os ajudarão no luto, caso o seu bebé nunca chegue a ir com eles para casa”.

Nesta unidade, os pais são encorajados a escrever um pequeno diário que lhes é oferecido juntamente com o guia de acolhimento ao utente, tal diário vem dentro de uma pequena caixa de cartão e é função da enfermeira que recebe a família explicar o seu intuito. Tanto a caixa como o diário ficam dentro da incubadora e o objetivo é



que nela sejam guardadas pequenas grandes memórias do dia-a-dia na UCIN, como: um exemplar da primeira fralda mais pequena do que a mão de um adulto, o primeiro gorro, o *clamp* do cordão umbilical (antes de ser retirado para colocação do catéter umbilical), a primeira sonda gástrica, entre muitos outros. Quanto ao diário, os pais são encorajados a deixá-lo na gaveta da incubadora, pois muitas vezes o profissional que fica responsável pelo bebé poderá deixar pequenas notas ou mensagens para os pais. Segundo a EPAN “os pais ficam muito contentes e orgulhosos cada vez que chegam e têm uma mensagem do enfermeiro que trabalhou durante a noite, principalmente as que vêm em nome do bebé. Muitas vezes são simples mensagens como - “Hoje acordei às 4 da manhã, precisava que me virassem de barriga para baixo que é o que mais gosto. Depois disso dormi a noite toda! Gosto muito de vocês.”, como mostrou uma mãe no seu diário, muito orgulhosa. Tal mãe confessou-nos que “são estes pequenos gestos que me fazem adormecer em casa, sabendo que ele está bem entregue, e são estas pequenas memórias e estas pequenas grandes vitórias que me fazem voltar, todos os dias, de cabeça erguida, mesmo sabendo que hoje pode ser um dia menos bom”. Tal cuidado promove a **vinculação da tríade, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais.**

Nesta UCIN, para além de A. Mancini, existe uma Enfermeira responsável pelos cuidados paliativos (ERCP) que se encontra presente todos os dias e a qual a equipa pode consultar. Ao longo dos anos, foram-se adotando diversas estratégias para melhor se prestarem cuidados nesta área e diversos materiais adquiridos. A unidade colabora com uma associação de caridade dedicada à morte neonatal, intitulada SANDS (Stillbirth and neonatal death charity), a qual promove o acompanhamento aos pais dotando a unidade de um conjunto de livros e folhetos relacionados com a morte neonatal, os quais são entregues aos pais no caso de morte e que respondem a questões desde o que fazer a nível burocrático, como o que é esperado deles e como comunicar à família, amigos e, principalmente, aos irmãos do bebé. Existe também um livro dedicado aos irmãos, a explicar de forma apropriada o acontecimento. Como explica A. Mancini, “estes livros e folhetos são muito esclarecedores e os pais podem consultá-los quando quiserem. No entanto, no momento imediato após a morte eles são confrontados com um grande número de emoções e decisões que precisam ser tomadas e estes livros explicam de forma simples e sucinta o que

eles devem fazer nos dias seguintes à morte do seu filho. Estas ferramentas levam também a que as informações sejam consistentes e que possam ser facilmente consultadas, pois mesmo que o profissional esclareça os pais quando estes perguntam, o mais provável é que eles não sejam capazes de reter toda a informação, pois o momento é de imensa fragilidade”.

Também a SANDS fornece à unidade caixas de memória, que são entregues à família após a morte de um filho. No seu conteúdo encontra-se um postal onde a equipa pode assinar e prestar condolências; uma máquina fotográfica descartável para tirar fotografia à família com o bebé e para que estes a possam revelar quando para isso se sentirem confortáveis; dois ursos de peluche, para que um deles possa acompanhar o bebé durante o funeral; uma manta branca e roupa de tamanho adequado ao bebé.

A unidade dispõe da colaboração diária de vários capelões, pastores e guias espirituais, de diversas fés, que visitam, conversam e acompanham todas as famílias presentes. Os bebés são muitas vezes batizados ou abençoados, dada a sua instabilidade e a pedido da equipa clínica ou dos próprios pais, sendo-lhes oferecido um certificado de batismo efetuado pela entidade responsável pela sua crença religiosa no hospital, a qualquer hora do dia.

Durante o meu estágio tive oportunidade de presenciar diversas situações de cuidados em fim de vida, sendo a que mais me marcou emocionalmente foi o caso de um lactente (C) com 3 meses, nascido às 24 semanas de gestação. Dada a sua prematuridade e consequente fragilidade a nível pulmonar esteve dependente de ventilação mecânica desde o nascimento, e foi sujeito a diversas cirurgias por complicações intestinais e cardíacas. Por último, uma sépsis levou a falência multiorgânica, tendo a equipa multidisciplinar em conjunto com os pais e a comissão de ética hospitalar, ordem para não reanimar. Durante todo este processo os pais foram acompanhados pelo psicólogo da unidade, especialista em cuidados paliativos, foi-lhes atribuído um quarto dentro da unidade, onde puderam passar os últimos dias com o seu filho e uma equipa de enfermagem fixa. “C” faleceu, depois de uma noite de grande instabilidade hemodinâmica, na companhia dos pais que nunca deixaram de sussurrar ao seu ouvido canções de embalar e lhe acariciar a face. Já sem tubos que o conectassem artificialmente à vida, os pais deram-lhe banho numa banheira de água quente pela primeira vez. Pela primeira e última vez. Vestiram a roupa que

a avó tinha comprado para o dia em que fossem todos para casa, que estava guardada num saquinho onde se podia ler “my first baby clothes”. Cedo a incubadora e o ventilador foram substituídos por uma alcofa, mas não uma alcofa qualquer, era um *cold cot* ou *cuddle cot* (fig. 1a e 1b). Na sua base estava um colchão de água, que ao estar conectado a um refrigerador, mantém um ambiente térmico adequado à melhor preservação do corpo *pos-mortem*. Confesso que o conceito de *cold cot* me deixou um pouco perturbada, pois tal significa que o bebé e sua família poderão ficar na unidade até cerca de uma semana após a morte, o que acresce ao carácter emocional tanto para os profissionais como para os outros pais que se encontram também na unidade. No entanto, estudos revelam que a maioria dos pais ficam até 48h. O *cold cot* foi criado por pais que perderam o seu filho recém-nascido, e este foi doado à unidade por uma família que perdeu o seu filho logo após o nascimento, e na alcofa pode ler-se: “Para que todas as famílias possam abraçar o seu filho por mais um pouco”. “C” permaneceu na unidade, no seu quarto, durante cerca de 24h, após as quais os pais decidiram que estariam preparados para que o corpo fosse transportado para a morgue, momento em que lhes foi entregue a caixa de memórias. A família continuou a ser acompanhada, através de contacto estabelecido pela ERCP um mês após a morte, quando o primeiro contacto telefónico é estabelecido.



Fig. 1 - Cuddle Cot. a) Caixa onde se guarda o regulador de temperatura; b) exemplo de utilização do *cold cot*.

O *follow-up* das famílias em luto é individualizado e estabelecido pela enfermeira de cuidados paliativos da unidade em conjunto com o psicólogo. Após contacto telefónico no primeiro mês seguinte à morte, o acompanhamento depende da família e das suas necessidades individuais. Segundo a ERCP, a maioria das famílias demora cerca de 2 anos até não necessitarem mais do apoio disponibilizado pela unidade, enquanto outras, com mais ferramentas externas e de apoio familiar demoram me-

nos de um ano. Numa destas sessões de apoio a pais em luto, uma mãe referiu que o que mais ajudou foi “conversar com outros pais que tinham passado pelo mesmo, saber que não era a única a viver tamanha perda e que não era impossível recuperar, sem ter de esquecer”.

Nos outros contextos de estágio, foi mais complicado abordar o tema, notando-se uma atitude bastante diferente e uma menor abertura da parte dos profissionais. No entanto, através de conversas informais fui conseguindo discutir o tema nos diferentes contextos.

No SUP tem-se verificado uma evolução positiva perante situações de morte pós-reanimação, no entanto verificam-se atitudes díspares dos profissionais, em que uns revelam que “ao longo dos anos foram criando defesas para estas situações”, outros referem que “preferem afastar-se destas situações, pois não se sentem capazes de lidar com a perda”. No geral, todos referenciam a falta de formação sobre gestão emocional e apoio psicológico neste tipo de situações, que nem sempre são abordadas a não ser em conversas informais durante as passagens de turno.

Quanto ao SIP, os profissionais são muito recetivos ao tema, tendo ao longo dos últimos anos adquirido estratégias e adequado aos seus cuidados perante situações de cuidados paliativos e morte na infância. Existem duas enfermeiras com formação avançada em cuidados paliativos, cuja partilha de experiências e ideias contribuiu para uma maior abertura e recetividade dos diversos profissionais. Quando questionados sobre a sua opinião sobre os cuidados durante a morte na infância, vários profissionais referiram que “depende muito da nossa atitude perante a morte e da forma como lidamos com ela”, “depende de experiências anteriores e da forma como as resolvemos e do apoio que tivemos”. Felizmente, o contacto com a morte no SIP não é frequente, e quando acontece é algo programado ou expectável e para o qual a equipa está preparada, assim como os pais, com acompanhamento psicológico apropriado.

Na UCIN as situações de morte e cuidados paliativos são mais frequentes, tendo aqui também a atitude dos profissionais sofrido diversas alterações ao longo dos últimos anos, havendo agora um maior cuidado no cuidar em fim de vida. No entanto, apesar desta evolução, as condições físicas do local e a ausência de material de apoio ao luto faz com que diversas necessidades se levantem. Deste modo, ao lon-

go das 6 semanas de estágio, diversas atividades foram postas em prática por forma a cumprir os objetivos específicos estabelecidos.

Foi estabelecido um protocolo de cuidados intitulado “Cuidar em fim de vida” no qual consta o conjunto de atitudes e procedimentos a adotar em situações de fim de vida, desde a opção de batismo ou bênção consoante a prática religiosa da família, questão que cabe ao enfermeiro responsável pela família colocar e proporcionar a sua realização; Quando possível, colocar a incubadora da criança o mais reservada possível - dada a não existência de um quarto privado, optou-se pela colocação de biombos em redor da unidade da criança; Permitir a estadia dos pais junto da incubadora durante a noite se a instabilidade da mesma o justificar e assim for o seu desejo; Comunicar aos pais a possibilidade de receber a visita de familiares ou amigos significativos e para eles mais próximos; No momento da morte: Colocar ao colo, se os pais assim o consentirem; Explicar aos pais o que está a acontecer e antecipar as mudanças físicas que vão observar no seu filho; Dar tempo, no entanto mostrar disponibilidade e estar presente; Após confirmada a morte, informar os pais de que vão ser desligados os monitores e ventilador, quando o profissional achar mais adequado; Informar os pais de que o tubo endotraqueal será retirado (Se possível e após avaliação de enfermagem, quando eles estiverem preparados para tal); Explicar os cuidados a prestar ao corpo e questionar a sua participação nos mesmos (banho, vestir...); Após cuidados colocar o bebé num berço e direcionar a família para um espaço isolado (quarto de isolamento ou sala de reuniões), onde a família possa estar em privacidade o tempo que achar necessário.

Tais procedimentos já faziam parte dos cuidados de alguns enfermeiros, sendo que para muitos o cuidar em fim de vida é ainda algo com o qual não lidam de forma adequada e acabam por estar presentes apenas “em último caso”. Ao longo das 6 semanas, foram diversas as situações de fim de vida, todas em recém-nascidos com menos de 2 semanas de vida, tendo eu participado nos cuidados juntamente com a equipa e ao longo deste tempo as recomendações começaram a ser adotadas e o feedback dos profissionais muito positivo. Os comentários foram mudando, sendo que agora o feedback se direcionou para “a falta de apoio e consciencialização em relação ao cuidar em fim de vida. Fazíamos porque tínhamos de fazer, agora percebemos que podemos fazer realmente a diferença nesta família, ao proporcionar-lhes um cuidar mais digno durante as últimas horas de vida do seu filho”.

A criação de uma “caixa de memórias” em conjunto com a equipa, foi muito positiva, pois através de conversas informais e da demonstração da caixa e das diversas opções para o seu conteúdo fez com que os profissionais se sentissem parte do projeto e, ao contribuírem com uma simples opinião, fez com que dedicassem parte do seu tempo à reflexão sobre o intuito da “caixa de memórias” e à necessidade de estabelecimento das mesmas. Do conteúdo da caixa consta: um postal com um pequeno envelope onde se pode colocar o cartão de nascimento e a pegada do bebé, uma pequena caixa presente com um pendente em forma de anjo ou estrela (consoante a crença religiosa).

Para que a criação de memórias, como a pegada, uma fralda não fossem apenas realizadas no dia da morte do bebé, passaram a ser realizadas desde a nascença, em que uma pegada é entregue aos pais, assim como pequenas recordações entregues ao longo da sua estadia.

Quanto à criação de um espaço privado, este já se encontra projetado e com data para avançar durante o ano de 2017, será medicalizado e com intuito de receber bebés em fim de vida, cuidados paliativos ou famílias em adaptação pré-alta.

Todas as atividades atrás descritas e os desafios que a sua realização envolveu, contribuíram para a aquisição de competências relativas à iniciativa de **criação de novos projetos institucionais**; o **planeamento de programas de melhoria contínua**, a **orientação e supervisão dos cuidados garantindo a segurança e qualidade**; **gestão dos cuidados de forma a promover a segurança, privacidade e dignidade do cliente**; e **promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção**.



Fig. 2 - Conteúdo da Caixa de Memórias



Fig. 3 - Lembrança de Baptismo

## **5. PROJETOS FUTUROS**

Todo o processo de estágio e o contacto com diferentes realidades, possibilitou que diversas necessidades de melhoria fossem diagnosticadas nos diferentes contextos. No entanto, devido à complexidade e fragilidade associadas à problemática, as semanas de estágio revelaram-se demasiado curtas para a concretização de todas as atividades que foram surgindo enquanto novos projetos para melhoria e humanização dos cuidados em contexto de fim de vida.

Deste modo, proponho-me a dar continuidade à realização dos seguintes projetos, em parceria com a equipa multidisciplinar da UCIN.

### **Caixa de Batismo**

Ainda em contexto de estágio foi estabelecido contacto com a entidade pastoral presente no hospital, e diversas reuniões realizadas, de modo a promover a relação e a partilha de ideias para a realização de uma caixa de batismo, assim como um protocolo ou guia de atuação para realização de cerimónia de batismo. Da caixa de batismo constará: uma concha, um tabuleiro, uma bíblia, um pano de linho. Material este reutilizável e acessível a toda a equipa. Serão também disponibilizadas roupas de prematuro, doadas no final do ato e as quais poderão ser vestidas durante os cuidados de fim de vida e na cerimónia fúnebre, caso seja esse o desejo dos pais.

### **Diário de Bordo na Neonatologia**

Projetada está também a realização de um “Diário de bordo na neonatologia”, que será entregue aos pais durante a admissão do bebé na UCIN e onde estes poderão exteriorizar os sentimentos e emoções vividas dia-a-dia, assim como poderão registar os progressos vivenciados e estado clínico do seu filho.

### **Sessões de acompanhamento de pais**

Em parceria com a Enfermeira Especialista em Saúde Mental e com a Psicóloga responsável pelo departamento de pediatria, projetadas estão sessões de acompanhamento de pais internados na UCIN, de modo a que as emoções vividas pelos mesmos sejam exteriorizadas e geridas em grupo.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidar em fim de vida em contexto pediátrico constitui um desafio para os profissionais de saúde que, ao serem confrontados com tais situações complexas do Cuidar, veem comprometida a sua estabilidade emocional. Aliado a tal facto, está o carácter stressante e emocionalmente desgastante a que a exposição diária ao ambiente de uma UCIN provoca, tornando-se este, por si só, fator comprometedor de um equilíbrio emocional individual.

Ao longo da elaboração deste relatório, que culmina de uma vasta revisão de literatura, assim como das experiências proporcionadas pelo percurso de estágio, torna-se evidente o impacto do equilíbrio emocional dos profissionais face aos cuidados prestados em fim de vida em pediatria, em especial em neonatologia. Após o contacto estabelecido com diversos profissionais, posso concluir que a aceitação da morte e a diferenciação dos cuidados em fim de vida, varia de profissional para profissional. Sendo que, profissionais com maior autoconhecimento e que adotam estratégias de *coping* externas à área profissional (como o valorizar o tempo livre em família, estar com amigos, participar em atividades externas e de carácter relaxante como yoga ou, até mesmo, a prática de meditação ou de *mindfulness*) adquirem estratégias que lhes permitem manter-se em equilíbrio interno. No entanto, este é apenas um número reduzido de profissionais, sendo grande percentagem deste grupo pertencente ao Reino Unido. Prova-se assim, que a informação disponível cedida pela entidade empregadora, assim como a valorização da filosofia de cuidados, com a divulgação dos cuidados paliativos e de carácter complexo, adquire um valor acrescido que poderá levar à evolução e uniformização da qualidade dos cuidados.

A atuação do profissional perante uma situação complexa, determina em grande parte a sua resolução. Para tal, torna-se essencial que o profissional seja dotado de competências próprias, que o possam capacitar de estratégias de atuação em situações complexas como o cuidar em fim de vida. Deste modo, estando garantida a estabilidade emocional do profissional de enfermagem, vêem-se melhorados os cuidados prestados antes, durante e após a morte de uma criança, tendo em conta que as energias do próprio profissional podem ser transmitidas para a família. A calma, a resiliência e a aceitação do profissional transmitem à família e à própria criança um



sentido de paz e dignidade, tão essenciais neste momento tão complicado e de grande vulnerabilidade.

Aliado a estas competências, está o grau de experiência do profissional, sendo que profissionais mais experientes se dotam de estratégias de *coping* mais elaboradas e eficazes. Aqui surgem dois tipos de profissionais: os que ao verem resolvidos os seus conflitos, se tornam aptos para encarar situações complexas e se dispõem para tal e, os que nunca viram resolvidos os seus “fantasmas” e que recusam qualquer tipo de contacto com situações de cuidar mais complexas. Aqui, levanta-se a necessidade de acompanhamento dos profissionais, em sessões de grupo ou de discussão de situações complexas, em momentos próprios para tal designados, na presença de um dinamizador experiente. O carácter exemplar dos profissionais mais experientes enquanto líderes torna mais acessível a uniformização de cuidados, assim como a mudança na prática, ao servirem de exemplo e modelo de atuação para profissionais mais jovens.

Os cuidados prestados em fim de vida são determinantes para a aceitação e luto consequentes da família. Sendo a função do profissional um dos fatores mais valorizados pelos pais que sofreram a perda de um filho, que ao não se verem abandonados, se sentiram mais seguros e à-vontade para expressar os seus sentimentos. Tal terá, então, um impacto direto no futuro daquela família, que ao perder um filho, se vê obrigada a regressar ao quotidiano, respondendo às exigências de uma sociedade pouco preparada para a morte de uma criança.

Em suma, tenho todo o percurso de estágio como um excelente momento de formação e de desenvolvimento de competências enquanto futura EESIP, tendo-me possibilitado um desenvolvimento individual e profissional, o qual, no entanto, tem ainda pela frente um longo caminho de aperfeiçoamento. Foi, sem dúvida, uma experiência rica em oportunidades de aprendizagem e de autorreflexão, que me permitiram iniciar esta longa caminhada rumo à mudança e valorização dos cuidados prestados em fim de vida, para que a dignidade da criança e sua família sejam sempre foco do nosso cuidar.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.

Bergstraesser, E., Zimmermann, K., Eskola, K., Luck, P., Ramelet, A., & Cignacco, E. (2015). Paediatric end-of-life care needs in Switzerland: current practices, and perspectives from parents and professionals. A study protocol. *John Wiley & Sons*.

Cameron, J. (2010). Bereavement in NICU. In G. Bowell. *Neonatal Intensive Care Nursing*. Nova Iorque: Routledge.

Collière, M.F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência

Collière, M.F. (1989). *Promover a Vida*. Lisboa: Lidel

Collière, M.F. (1999). *Promover a Vida*. (3ª Edição). Lisboa: Lidel

Crow, L. (2006). *When a Child Dies: A guide to working with bereaved parents after the death of a child from illness*. Queensland: Queensland Government and Health.

De Frain, J., Martens, L., Stock, J. & Stock, W., (1991) *The Physiological Effects of a stillbirth on surviving family members*. *Omega*. 22(2). pp. 81-108.

Dicionário da língua portuguesa (1999). (8ª Edição). Porto: Porto Editora.

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

Dyer, K.A. (2005). Identifying, Understanding, and Working with Grieving Parents in the NICU, Part I: Identifying and Understanding Loss and the Grief Response. *Neonatal Network*. 24(3). pp. 35-46.

Freire, P. (2002). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática* (21ª Edição). São Paulo: Editora Paz e Terra.

Grey, B. (2012). *Face to Face with Emotions in Health and Social Care*. New York: Springer.

Ethier, A.. Cuidados Centrados na Família em Situações de Fim de Vida. In Hockenberry, M., Wilson, D. (2014) WONG, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 931-963). Loures: Lusociência.

Epstein, E.G. (2010). Moral obligations of nurses and physicians in neonatal end-of-life care. *Nursing Ethics*. 17(5). pp. 577-589.

Harrison, D., Reszel, J., Bueno, M., Sampson, M., Shah, V.S., Taddio, A., LArocque, C., Turner, L. (2016). Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 10. Acedido a 10/02/2017 DOI: 10.1002/14651858.CD011248.pub2

Hazinski, M.F.. Children are Different. In Hazinski, M.F. (2013). *Nursing Care of the Critically Ill Child* (3ª Edição). Missouri: Elsevier

Henderson, V. & Nite, G. (1978). *Principles and Practice of Nursing* (6ª Edição). Nova Iorque: MacMillan.

Hennezel, M. (2000). *A Arte de Morrer* (2ª Edição). Lisboa: Casa das Letras.

Hockenberry, M., Barrera, P..Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014) WONG, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 11-20). 9a Edição. Loures: Lusociência.

Lama, D. & Cutler, H. (2009) *The Art of Happiness*. (Edição de 10º Aniversário). Londres: Hodder

Lisle-Porter, M. & Podruchny, A.M., (2009) The Dying Neonate: Family-centered care End-of-life care. *Neonatal Network*. 28(2). pp. 75-83.

Mazhindu, D. (2003) Ideal nurses: the social construction of emotional labour. *European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*. 6(3). pp. 243-262.

Morse, J., Bottorf, J., Anderson, G., O'Brien, B. & Solberg, S. (2006). Beyond Empathy: expanding expressions of caring. *Journal of Advanced Nursing*. 53(1). pp. 75-87.

Morse, J., Bottorf, J., Anderson, G., O'Brien, B. & Solberg, S. (1992). Beyond Empathy: expanding expressions of caring. *Journal of Advanced Nursing*. 17(7). pp. 809-822.

Moura, H.C., Rodrigues, M.A. & Maia, T.G. (2011). End of Life in the neonatal intensive care unit. *Clinics*. 66(9). pp. 1569-1572.

Ordem dos Enfermeiros (2001) Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual enunciados descritivos.

Ordem dos Enfermeiros (2011) Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem.

Ordem dos Enfermeiros (2010) Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Orzalesi, M. & Aite, L. (2011). Communication with Parents in Neonatal Intensive Care. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 24(S(1)). pp. 135-137.

Parkes, C. (1998) *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus Editorial.

Regulamento nº 351/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento que define os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica a 16 de Julho de 2011. *Diário da República II Série*, No119 (22-06-2015) pp. 16660-16665.

Roper, N., Logan, W.W. & Tierney, A.J. (1995) *Modelo de Enfermagem*. (3ª edição). Lisboa: McGraw Hill.

Sherwood, G.D. & Horton-Deutch, S. (2012). *Reflective Practice: transforming education and improving outcomes*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.

Smith, P. (2012) *The Emotional Labour of Nursing Revisited: Can nurses still care?*. (2ª Edição). Londres: Palgrave Macmillan.

Stedman, T. L. (1996). *Dicionário Médico*. (25ª Edição). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Stewart, A. & Dent, A., (1994). *At a Loss: Bereavement Care when a Baby Dies*. Londres: Ballière Tindall.

Sorensen, R. & Iedema, R., (2009). Emotional Labour: clinician's attitudes to death and dying. *Journal of Health Organization and Management*. 23(1). pp. 5-22. DOI 10.1108/14777260910942524.

Turton, P., Hughes, P., Evans, C.D.H. & Fainman, D. (2001). Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in pregnancy after stillbirth. *British Journal of Psychiatry*. 178. pp. 556-560.

Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Colorado: University Press of Colorado.

Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: uma revisão do conceito. *Salutis Scientia*. 5. pp. 41-49.

Young, B, Papadatou, D. (2003). Infância, Morte e Luto através das culturas. In Parkes, C.M., Laungani, P., Young, B. (coords). *Morte e luto através das culturas*. Lisboa: Climepsi editores.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I**  
**CRONOGRAMA DE ESTÁGIOS**





## CRONOGRAMA DE ESTÁGIOS EESIP

DATAS	28/09 - 11/10		12/10 - 23/10		26/10 - 20/11				23/11 - 18/12				04/01 - 12/02					
SEMANA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	1	1	1	1	1
LOCAL DE ESTÁGIO	<u>EC Comunitária</u> USF - Cruzeiro		<u>EC Comunitária</u> Chelsea and Westminster Hospital – NHS (Alex Mancini – Lead Nurse for Neonatal Palliative Care and bereavement)		<u>EC Urgência</u> Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca – Serviço de Urgência Pediátrica				<u>EC Internamento</u> Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca – Internamento de Pediatria				<u>EC Neonatologia</u> Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca – UCIN					

**APÊNDICE II**  
**GUIA ORIENTADOR DE ATIVIDADES**



## ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área Especialização em Enfermagem de  
Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio

### **GUIA ORIENTADOR DE ATIVIDADES**

Joana Santos Teixeira (nº 6075)

Lisboa  
2015

## 1. Nota Introdutória

A elaboração deste guia orientador de atividades surge no contexto da Unidade Curricular (UC) Estágio, no âmbito do 2º ano do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, durante a qual é proposto ao estudante a aquisição de experiências em diversas áreas da prática de enfermagem pediátrica, sendo objetivo final a aquisição de competências tanto gerais de Enfermeiro Especialista (EE), como específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem (EESCJ). Para proporcionar o maior número de experiências e uma maior abrangência de conhecimento na saúde da criança e do jovem, são locais obrigatórios para realização de estágio: a área comunitária, urgência e emergência, internamento e cuidados intensivos neonatais.

Ao longo do 1º ano, 2º semestre, foi proposto ao estudante a elaboração de um projeto de estágio, com um tema pelo mesmo escolhido. Por ser uma área pela qual manifesto bastante interesse, e pela qual, ao longo da minha prática profissional, já levantei diversas questões, decidi ter como foco do meu projeto o “Cuidar em fim de vida em contexto pediátrico: gestão da emocionalidade na morte e no luto”. Como tal, os locais de estágio foram selecionados de modo a proporcionar um misto de experiências na área da saúde da criança e jovem tanto saudável, como em caso de doença ou nascimento prematuro, tendo também em conta o possível contributo e conhecimento que por mim poderia ser adquirido no lidar com crianças em fim de vida, nos diferentes locais. A escolha dos locais de estágio dependeu-se também com o tipo de população e do seu historial, assim como as oportunidades para implementação do projeto favoráveis.

São objetivos gerais de estágio:

1. Desenvolver competências de EESCJ na prestação de cuidados à criança/jovem e sua família, nos processos de saúde e doença e em diferentes contextos pediátricos.
2. Contribuir para a gestão da emocionalidade dos profissionais e família em situações de fim de vida, através da adequação dos cuidados de enfermagem associados à morte inesperada de uma criança.

## 2. Apresentação da Problemática do Projeto

A Enfermagem Pediátrica assume uma filosofia de cuidados muito característica, tendo como seus pilares os cuidados centrados na família (CCF) e os cuidados não traumáticos, estando a intervenção do enfermeiro de pediatria centrada na promoção da saúde e bem-estar da criança e sua família (Hockenberry e Barrera, 2014).

A família constitui o principal sistema de suporte para a criança, sendo por isso que, ao cuidar em pediatria se torna essencial a avaliação da família e sua dinâmica. A família deverá ser considerada “um só” e a sua presença deverá ser sempre permitida junto da criança. Os seus medos e ansiedades deverão ser acalmados pois facilmente se conseguem transmitir para a criança que vê nestes o seu porto de abrigo (Hazinski, 2013). Este é um aspeto que adquire uma enorme relevância no âmbito do corrente projeto pois ao cuidarmos de uma criança em fim de vida, nunca a podemos dissociar da sua família, devendo encará-la como um todo e centro dos nossos cuidados (Cameron, 2010).

Desde há muito que, a morte é encarada como um dos focos do cuidar em enfermagem, devendo esta ser integrada no nosso plano de cuidados, em diferentes momentos. Roper (1995) distingue a Morte como atividade de vida no seu modelo de vida, não sendo no entanto o objetivo encarar o conceito de morte mas sim o processo de morrer. Da mesma forma, Henderson e Nite (1978) destacam a função do enfermeiro no processo de ajudar o indivíduo tanto doente como saudável, assim como no processo da morte, proporcionando uma morte serena.

A morte inesperada de um filho tem um impacto profundo e transversal na vida de um casal, que se reflete no quotidiano nos diversos tipos de relações social, familiar e laboral com diminuição do desempenho e concentração. Após o acontecimento, há quase sempre dificuldade em encarar os pares, sendo difícil a integração nas suas anteriores rotinas diárias (Cameron, 2010). Segundo Roper e Tierney (1995), a morte de alguém significativo, deixa em quem lhes é mais próximo um sentimento profundo de desolação, seguida de uma reação emocional de desgosto. Outras reações como o choque, descrença, raiva, negação, vergonha, culpa, ressentimento, ansiedade, medo, depressão e desespero fazem parte do processo de luto e o seu sentimento é experienciado em alturas e com intensidade diferentes em cada pessoa. No caso da morte súbita, pode ocorrer a descrença total, tornando a experiência irreal.

Segue-se a tristeza profunda, com ligação a objetos e locais associados à pessoa em vida, a sensação de presença da pessoa através de sonhos e ilusões que “parecem ajudar a compensar a realidade da perda e a solidão sofrida” (Roper, 1995, p. 418).

Quando se fala em gestão da emocionalidade em situações de fim de vida em pediatria, não podemos deixar de considerar dois elementos essenciais e que, embora independentes, se influenciam mutuamente em situações de morte e luto: a família/criança em fim de vida; e os profissionais de enfermagem. Tal se deve ao facto de as condições proporcionadas no momento da morte e o acompanhamento prestado pelos profissionais de enfermagem, ter um impacto direto na forma como a família vive a morte da criança, assim como os cuidados prestados de forma a dignificar a morte da criança. A forma como este momento traumático é experienciado pela família vai influenciar o seu processo de luto, podendo torná-lo mais longo e pesaroso, ou pelo contrário, mais curto, com retorno à vida social e quotidiana mais rápido e saudável. De acordo com Turton *et al.* (2001), adequado apoio emocional logo após a perda de um bebé ou nado-morto tem um efeito protetor para os pais e seu sofrimento. Neste aspeto, torna-se importante referenciar, mais uma vez, o papel que o profissional de enfermagem tem neste momento. No entanto, não pode ser esquecido o trauma que a prestação de cuidados em fim de vida poderá causar ao mesmo e, deste modo, a sua atitude possa ser de reserva e de não envolvimento, como forma de defesa. Torna-se aqui essencial abordar a gestão da emocionalidade dos profissionais de enfermagem, a qual terá um impacto direto no seu envolvimento em situações de fim de vida, e na qualidade dos cuidados prestados, devendo ser dada importância ao que os profissionais sentem, como reagem e ultrapassam. Vilelas (2013) considera que os enfermeiros devem possuir competências na gestão da emocionalidade durante o ato de cuidar das pessoas, no entanto esta é uma capacidade mediada pelo grau de envolvimento emocional dos mesmos, o qual por sua vez é mediado pelo grau de perícia do profissional.

São os enfermeiros que muitas vezes acompanham a criança de forma mais próxima, criando por vezes laços de proximidade e afetivos com a mesma e com a própria família. Neste âmbito, Sorensen e Iedema (2009) identificam a falta de literatura acerca do envolvimento direto e pessoal que os profissionais de saúde têm perante

os seus clientes em fim de vida, e as suas potenciais consequências, contacto este que os poderá levar a questionar a sua própria morte e dos seus entes queridos.

O contacto com a morte e o luto provoca nos profissionais sentimentos de ansiedade e *stress* que, se não forem reconhecidos tanto pelos profissionais como pelas próprias instituições poderão ter um efeito muito negativo a longo prazo, afetando a sua prestação e qualidade de cuidados. Assim, as instituições devem ajudar os profissionais a encontrar estratégias para adoção de comportamentos adaptativos (Sorensen, 2009) para não ficarem emocionalmente esgotados, e conseguirem cuidar destas crianças e famílias. Como conclusão do seu estudo, Sorensen (2009) refere que a qualidade de cuidados prestados pelos profissionais de saúde depende em grande parte da sua estabilidade emocional, a qual é conseguida através da perceção dos profissionais acerca da mesma e do apoio dado pelas instituições em antecipar e a responder às necessidades emocionais dos profissionais.

Aqui surgem três questões essenciais:

- 1)Quais as estratégias de enfermagem a adotar para facilitar um luto mais saudável aos pais e proporcionar o seu bem-estar?
- 2)De que forma os enfermeiros conseguem dignificar a morte da criança e promover o seu bem-estar (ambiente, atitudes, relação terapêutica)?
- 3) Quais as estratégias a adotar junto da equipa de enfermagem de forma a proporcionar uma adequada gestão emocional?

### 3. Objetivos específicos e atividades a desenvolver nos diferentes contextos de estágio

#### 3.1. Saúde Comunitária - Unidade de Saúde Familiar

Periodo de estágio: 01 de Setembro a 14 de Outubro

Objetivos Específicos	Atividades	Unidade de Competência Específica (OE, 2010)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover o crescimento e desenvolvimento infantil</li> <li>2. Comunicar com a criança de forma apropriada ao seu desenvolvimento</li> <li>3. Promover a auto-estima do adolescente</li> <li>4. Promover a adesão do adolescente aos cuidados de saúde primários</li> <li>5. Obter feedback da parte dos profissionais de enfermagem acerca da sua experiência em situações de fim de vida / luto</li> <li>6. Conhecer quais os procedimentos a adotar (planeamento familiar), no caso de perda prévia de um filho</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participação em consultas de desenvolvimento infantil;</li> <li>- Participação ativa no cumprimento do PNV;</li> <li>- Acompanhamento da equipa de visitaç�o domicili�ria: avalia�o infantil do lactente, vacina�o e teste de <i>guthrie</i>;</li> <li>- Aplica�o da escala de Mary Sheridan;</li> <li>- Participa�o em consultas dedicadas ao adolescente;</li> <li>- Participa�o em consultas de planeamento familiar;</li> <li>- Realiza�o de entrevistas informais aos diversos profissionais acerca da sua experi�ncia em situa�o de fim de vida em pediatria ou contacto com pais em luto.</li> </ul>	<p>E2.2, E2.3, E2.4, E2.5 E3.1, E3.3, E3.4</p>



### 3.2. *Paliative and Bereavement Unit*, integrada na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Período de estágio: de 15 a 30 de Outubro

Objetivos Específicos	Atividades	Unidade de Competência Específica (OE, 2010)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conhecer a dinâmica da equipa de cuidados paliativos e apoio ao luto integrada numa UCIN</li> <li>2. Conhecer o papel interventivo da Enf<sup>a</sup> responsável pelos cuidados complexos e paliativos em Pediatria</li> <li>3. Explorar as atividades/ações implementadas pela equipa no apoio à família e à equipa de enfermagem</li> <li>4. Obter feedback de pais em luto acerca do que consideraram ter contribuído de forma positiva para o processo de luto</li> <li>5. Explorar a área de intervenção de um psicólogo perito em apoio ao luto enquanto parte integrante da equipa multidisciplinar de uma UCIN</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompanhamento da Enf<sup>a</sup> responsável pela gestão da equipa de cuidados paliativos;</li> <li>- Observação da dinâmica e organização da equipa de enfermagem em situações de fim de vida;</li> <li>- Participação em reuniões de apoio ao luto;</li> <li>- Participação num dia de estudo “Doação de Órgãos em Neonatologia”</li> <li>- Aplicação de um questionário a 5 profissionais de enfermagem acerca dos procedimentos em fim de vida;</li> <li>- Entrevista a perito em psicologia clínica de apoio ao luto</li> </ul>	<p>E2.2, E2.3, E2.4, E2.5</p>

### 3.3. Urgência pediátrica

Período de estágio: 01 a 28 de Novembro

Objetivos Específicos	Atividades	Unidade de Competência Específica (OE, 2010)
1. Conhecer a dinâmica da equipa de enfermagem	- Prestação de cuidados à criança/jovem que recorre ao SUP	E2.1, E2.2, E2.3, E2.4, E2.5
2. Promover o crescimento e desenvolvimento infantil	- Realização de turnos nas diferentes salas do SUP	
3. Comunicar com a criança de forma apropriada ao seu desenvolvimento e cultura	- Observação e/ou participação em situações de reanimação;	
4. Promover a auto-estima do adolescente	- Prestação de cuidados à criança/jovem tendo em conta os CCF;	
5. Explorar as perspetivas e experiências dos diversos profissionais em relação a situações de fim de vida	- Identificação dos procedimentos em situações de fim de vida;	
6. Promover o controlo da dor	- Entrevistas informais e exploratórias aos profissionais de enfermagem acerca dos procedimentos em fim de vida;	
	- Criação de estratégias de adesão das crianças e jovens ao uso do protóxido de azoto 50% com oxigenio 50% enquanto inibidor da dor em procedimentos invasivos de curta duração.	

### 3.4. Internamento pediátrico

Período de estágio: 30 de Novembro a 18 de Dezembro

Objetivos Específicos	Atividades	Unidade de Competência Específica (OE, 2010)
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Conhecer a dinâmica da equipa de enfermagem;</li><li>2. Promover o crescimento e desenvolvimento infantil;</li><li>3. Comunicar com a criança de forma apropriada ao seu desenvolvimento e cultura;</li><li>4. Promover a auto-estima do adolescente</li><li>5. Participar no projeto de serviço “À conversa com os pais”;</li><li>6. Explorar as perspetivas e experiências dos diversos profissionais em relação a situações de fim de vida.</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prestação de cuidados à criança/jovem tendo em conta os CCF;</li><li>- Promoção do uso da “Sala de Jovens” por parte dos adolescentes internados;</li><li>- Realização de uma formação aos pais: “Lavagem das mãos”;</li><li>- Identificação dos procedimentos em situações de fim de vida;</li><li>- Entrevistas informais e exploratórias aos profissionais de enfermagem acerca dos procedimentos em situações de fim de vida.</li></ul>	E2.1, E2.2, E2.3, E2.4, E2.5

### 3.5. Neonatologia

Período de estágio - 04 de Janeiro a 12 de Fevereiro

Objetivos Específicos	Atividades	Unidade de Competência Específica (OE, 2010)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover o crescimento e desenvolvimento infantil</li> <li>2. Comunicar com a família de forma apropriada à sua cultura</li> <li>3. Promover o vínculo entre o RN e a sua família</li> <li>4. Explorar as perspectivas e experiências dos profissionais em relação a situações de fim de vida</li> <li>5. Explorar as atividades implementadas pelo EESCJ com foco nos cuidados paliativos e em situações de fim de vida</li> <li>6. Criar estratégias promotoras da “dignificação da morte”</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participação na prestação de cuidados a RN's internados na UCIN tendo em conta os CCF;</li> <li>- Participação em situações de fim de vida- inesperadas e de caráter paliativo;</li> <li>- Pesquisa e identificação dos procedimentos em situações de fim de vida;</li> <li>- Realização de um manual de atuação em situações de fim de vida, adaptado a diferentes culturas;</li> <li>- Realização de um manual de atuação em situações de fim de vida, adaptado a diferentes culturas;</li> <li>- Realização de uma check-list de procedimentos adaptada a situações de fim de vida;</li> <li>- Realização de entrevistas informais e exploratórias aos profissionais de enfermagem com experiência em situações de fim de vida;</li> <li>- Aplicação de um questionário a 5 profissionais de enfermagem acerca dos procedimentos em fim de vida;</li> <li>- Revisão e atualização do protocolo de cuidados em situações de fim de vida;</li> <li>- Criação de uma “caixa de memórias”;</li> <li>- Adaptação de um espaço privado e individual para situações de fim de vida.</li> </ul>	<p>E2.1, E2.2, E2.3, E2.4, E2.5 E3.2</p>

## Referências Bibliográficas

- Cameron, J. (2010). Bereavement in NICU. In G. Bowell. Neonatal Intensive Care Nursing. Nova Iorque: Routledge.
- Hazinski, M.F.. Children are Different. IN Hazinski, M.F. (2013). Nursing Care of the Critically Ill Child. 3a Edição. Missouri: Elsevier 1-49
- Henderson, V., Nite, G. (1978). *Principles and Practice of Nursing*. (6a Edição), Nova Iorque: MacMillan.
- Hockenberry, M., Barrera, P..Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. IN Hockenberry, M., Wilson, D. (2014) WONG, Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9a Edição. Lusociência. pp.11-20.
- Roper, N., Logan, W.W., Tierney, A.J. (1995) *Modelo de Enfermagem*. (3a edição), McGraw Hill.
- Sorensen, R., Iedema, R., (2009). Emotional Labour: clinician's attitudes to death and dying. *Journal of Health Organization and Management*. 23(1). pp. 5-22. DOI 10.1108/14777260910942524.
- Turton, P., Hughes, P., Evans, C.D.H., Fainman, D. (2001). Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in pregnancy after stillbirth. *British Journal of Psychiatry*. 178. 556-560.
- Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: uma revisão do conceito. *Salutis Scientia*. 5. pp. 41-49.

## **APÊNDICE III**

### **Jornais de Aprendizagem**

## Introdução

A elaboração de jornais de aprendizagem constitui um instrumento facilitador da reflexão através do registo de situações experienciadas em contexto de prática clínica, sendo constituído pela narração de pensamentos e sentimentos vivenciados durante o processo de Cuidar.

“O jornal de aprendizagem é um documento escrito, cujo conteúdo não deve ser orientado, podendo ser constituído por tudo quanto conduza a compreensão psicológica, pedagógica e social do próprio e do leitor” (Soveral, 1996).

O jornal de aprendizagem visa, assim, a busca de significado para as situações vividas em contexto de prática clínica, apelando assim ao desenvolvimento do estudante enquanto profissional, através do recurso à reflexão crítica sobre a prática e sua análise, apelando sempre que possível a fontes teóricas e à evidência disponível.

“A reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da Teoria/Prática sem a qual a teoria pode ir virando blablablá e a prática ativismo.” (Freire, 2002, p.12).

# Jornal de Aprendizagem I

## 1. Processo de Reflexão

### 1.1 Descrição: o que aconteceu?

Uma das situações com a qual me deparei ao longo do percurso de estágio e que mais me marcou, decorreu num dos turnos que fiz no SUP, em que logo pela manhã deu entrada um adolescente de 13 anos, acompanhado pelo pai, transportado pelos bombeiros após um episódio de convulsão na escola.

O adolescente encontrava-se deitado numa maca, com um ar assustado e nada comunicativo. Após admissão no SUP, ficou numa maca no corredor junto à triagem, na companhia do pai, tendo sido as questões respondidas na triagem inicial pelo bombeiro que referiu, de imediato, que “ele não fala, é autista e não deixa fazer nada” (sic). Tal informação justificou o olhar assustado e perdido que o caracterizava, no meio do corredor, num ambiente caótico com pessoas estranhas a circular à sua volta, das quais nenhuma falava com ele. Decidi deslocar-me para junto dele, apresentei-me e expliquei onde ele estava e porquê, numa linguagem acessível mas adequada à sua idade, não muito diferente da que usaria em qualquer outro adolescente de 13 anos. Não esperando eu qualquer resposta da sua parte, nem de um olhar direto, o pai aprontou-se a avisar-me de que o seu filho era autista e que não comunicava com ninguém. Sorri e consenti, dando a entender que já o sabia. Perguntei-lhe diretamente o nome pelo qual gostava de ser tratado, ao qual o pai respondeu delicadamente, a partir do qual me dirigi a ele enquanto X. Tendo dedicado um pouco mais de tempo neste acolhimento do que noutra qualquer, precisava então de avaliar os sinais vitais e a glicémia capilar. Optei por começar pelos procedimentos não dolorosos e já familiares para a X, explicando sempre de forma detalhada o que ia fazer e a razão de tal. O X foi consentindo, sem nunca me dirigir o olhar diretamente, até que passou a esboçar um pequeno sorriso atrapalhado. Precisava ainda de avaliar a sua glicémia capilar, a qual o pai se aprontou a, calmamente, dizer que era algo de que ele não gostava, nem deixava que fizessem. Pensei então que o deveria fazer sentir-se protegido, dados os sinais corporais que de todo evidenciam



vam medo e vulnerabilidade, pois estava encolhido em posição fetal na maca, num corredor frio e com luz intensa. Fui buscar um lençol que coloquei dobrado ao fundo da maca e afastei-me dizendo “está aqui um lençol para o caso de teres frio”, o qual ele puxou imediatamente para se tapar. Passados alguns minutos, dirigi-me a X, tendo ele destapado parte da sua cara e olhado para mim - o seu olhar é ainda hoje uma das melhores memórias e conquistas que guardo de todo o processo de desenvolvimento que foi este estágio.

Apesar da minha inexperiência, consegui ganhar a sua confiança e fazer com que ele comunicasse comigo, nem que fosse com um simples dirigir o olhar. Expliquei que teria de “picar o dedo para ver quanto açúcar tinha no sangue” após o qual ele libertou o seu dedo e, de forma voluntária me deixou fazer o procedimento. Terminada esta abordagem inicial, decidi estar atenta ao restante tempo em que este se permaneceu no SUP, sempre tapado por um lençol, como que numa tenda. O olhar do pai foi-se transformando, a sua postura relaxou e o discurso passou de agitado e preocupado, a calmo, confiante e mais tranquilo. Senti que apenas 10 minutos do meu dia teriam feito a diferença para aquela família facilitando a gestão da emocionalidade, o que me transmitiu confiança, bem-estar e reforçou positivamente o meu percurso de estágio.

## 1.2. Pensamentos e sentimentos: o que estou a pensar e a sentir?

Estar num ambiente que nos é totalmente desconhecido é, por si só, causador de alguma ansiedade e stress. Aliado a este fator, julgo que quanto mais experiência e confiança temos em determinada área específica da prática de enfermagem, menos recetivos nos tornamos em relação a novas experiências. Não quero com isto dizer que tais dificuldades não sejam rapidamente ultrapassadas com todas as ferramentas que fomos desenvolvendo ao longo dos anos, quero sim dizer que “perder o controlo” quando já não estamos habituados a experienciar tal sentimento, se torna, nesta fase de desenvolvimento, muito desafiante.

O primeiro sentimento que me assolou quando, na triagem, nos foi comunicado que se tratava de um adolescente com antecedentes pessoais de autismo, com apresentação de um episódio convulsivo na escola, foi de **receio**, **dúvida** e algum

**nervosismo.** Este não seria, de todo, o tipo de cliente com o qual alguma vez teria lidado.

Milhares de formas de abordagem diferentes me assolaram o pensamento, como é que o iria abordar? Como conseguiria ganhar a sua confiança? Seria eu capaz de lidar com um adolescente com convulsões? E o pai... Seria eu capaz de transmitir a confiança necessária para que este percebesse que o seu filho estaria em “boas mãos”?

### 1.3. O que foi bom e mau nesta experiência

A avaliação resultante desta experiência é bastante positiva. O facto de, mesmo estando fora da minha zona de conforto, ter decidido agir e ter a atitude de abordar o jovem e seu pai, demonstrou ser a atitude correta. Consegui perceber que, por mais aterrador que um desafio possa parecer, poderá ser sempre ultrapassado se o encararmos de forma positiva e com o sentimento de que podemos não ser capazes de resolver todos os seus problemas, mas, pelo menos, podemos contribuir para o bem-estar e conforto daquela família. Após esta abordagem inicial, aos poucos me fui apercebendo que, ultrapassada a barreira de contacto com a família, todo o conhecimento base de abordagem do doente crítico e pensamento lógico em relação à doença, foi surgindo e fui capaz de fazer uma triagem adequada à sua situação clínica, nunca esquecendo a sua individualidade e a presença do pai.

O contacto com esta família, permitiu-me refletir sobre a minha prática em situações de doença complexas, não só pelo fator clínico, mas também emocional.

### 1.4. Que sentido(s) posso encontrar no que se passou?

Na situação atrás descrita, deparamo-nos com um sentimento de medo e insegurança por parte de um pai, que, apesar de diversos anteriores internamentos com o mesmo quadro clínico, se encontrava desta vez num hospital desconhecido, sendo esse um fator de stress por si só, agravado quando aliado ao fator admissão no serviço de urgência. Segundo Wray, Lee, Dearmun e Franck (2011), os pais sofrem um stress e ansiedade consideráveis durante a hospitalização de um filho, tornando-se essencial e benéfico para os mesmos a adequação de estratégias de coping que reduzam a não-adaptação e incertezas durante a estadia.

A sua postura e atitude irrequietas revelavam um estado de desconforto e total incapacidade em providenciar conforto e proteção ao seu filho, que se encontrava assustado, num ambiente desconhecido e barulhento, numa maca desconfortável.

Quanto ao jovem, a sua postura flexora e olhar não dirigido, revelavam medo e muita ansiedade.

Assim sendo, nesta situação, foi essencial manter uma comunicação verbal ativa, comunicando sempre qualquer tipo de procedimento e justificando cada ação tanto ao pai quanto ao filho, de modo a que ambos tranquilizassem. Ao pai, tentei promover um contacto de maior proximidade com o filho, valorizando o seu conhecimento resultante de outros internamentos e minimizando assim o seu sentimento de falta de controlo, ao torná-lo parte integrante no processo de acolhimento inicial.

Estabelecer uma comunicação eficaz com uma criança autista é um grande desafio para os Enfermeiros, sendo por vezes a comunicação verbal por si só pouco eficaz, tendo de se recorrer a estratégias de comunicação como a utilização de imagens ilustrativas de ações. O profissional deverá estabelecer uma comunicação eficaz com a família, com o intuito de melhor conhecer a criança e assim conseguir adequar a forma de comunicação com a criança (Scarpinato, Bradley, Kurbjun, Bateman, Holtzer, Ely, 2010)

Quanto à abordagem ao jovem, julgo que se tornou essencial a comunicação verbal constante, explicando todos os procedimentos. Tal fez com que houvesse uma confiança crescente e um consentimento dela resultante, caso contrário, todos os procedimentos invasivos e não-invasivos se teriam tornado mais complicados de executar, representando um fator de stress acrescido.

Terminada esta abordagem inicial e completados os procedimentos respetivos à triagem, tornou-se essencial promover o conforto da família para o restante tempo de espera no SUP. A diminuição dos estímulos ambientais tornou-se essencial, e tal só foi possível através da colocação de um lençol para que o jovem se conseguisse “esconder”, não ficando tão exposto à luz e ruído para ele desconhecidos e, por si só, causadores de grande stress e ansiedade. Tal atitude também descansou o pai, pois, tal como referiu “é assim que ele gosta de estar, mesmo em casa”.

1.5 Planear a acção: o que irei fazer de futuro e/ou que contributos para o meu desenvolvimento profissional futuro

É minha intenção, ao longo do meu percurso de estágio e desenvolvimento profissional futuro, continuar a investir e desenvolver competências relacionadas com a gestão emocional da criança e do jovem, assim como da sua família, tornando-a sempre parte integrante do processo do cuidar em enfermagem, promovendo o seu empoderamento e contribuindo para o ultrapassar dos fatores causadores de stress.

1.6 Bibliografia:

Wray, J. Lee, K., Dearmun, N., Franck, L. (2011). Parental anxiety and stress during children's hospitalisation: the StayClose study. *Journal of Child Health Care*. 15 (3). 163-174. doi:10.1177/1367493511408632.

Scarpinato, N., Bradley, J., Kurbjun, K., Bateman, X., Holtzer, B., Ely, B. (2010). Caring for the child with an autism spectrum disorder in the acute care setting. *Pediatric Nursing*. 15 (3). 244-254

## Jornal de Aprendizagem II

### 1. Processo de Reflexão

#### 1.1 Descrição: o que aconteceu?

Um dos objetivos de estágio a que me propus foi a participação na vacinação de crianças dos 0 aos 12 m, assim como a promoção do cumprimento do PNV por parte das famílias. Assim sendo, diversas foram as horas dedicadas a esta prática em contexto de estágio, principalmente em saúde comunitária.

No entanto, cedo percebi que a ideia e conhecimento que tinha acerca do procedimento de vacinação do lactente, longe estaria do que observei, situação que passarei a descrever.

Chegados à sala de vacinação, e após breve introdução/apresentação, a EESIP pediu aos pais que colocassem o lactente despido, deitado na maca ou no “mudafaldas”. Isto enquanto, na bancada de apoio, preparava o injectável a administrar. De seguida, pediu ajuda à assistente operacional para “segurar o bebé”(sic), enquanto os pais assistiam, em pé, do outro lado da sala. Terminada a administração, e muito choro depois, o lactente foi colocado nos braços dos pais e estes aconselhados a permanecer na sala de espera por cerca de 30 minutos para o caso de ocorrer algum efeito adverso à vacinação.

Este não seria de todo o melhor exemplo de prática em pediatria e o meu sentimento de indignação e preocupação foram evidentes.

Comuniquei o meu desconforto à EESIP e sugeri participar ativamente no processo de vacinação dos próximos lactentes, implementando a amamentação durante ou imediatamente após a vacinação, assim como promover a meia hora de espera após vacinação, no cantinho de amamentação. Apesar de algo apreensiva no início, colocando questões como “como vamos conseguir vacinar a criança ao colo?” “E se for mais do que uma vacina?” ou comentários como “O bebé vai associar a dor à mama e não vai mamar mais”.

As experiências que se seguiram foram muito positivas, tendo a primeira sido implementada num lactente de 3 meses. Foi explicado à mãe que, caso ela consentisse, procederíamos à vacinação com o filho ao seu colo e que poderia oferecer a

mama imediatamente antes; o momento de vacinação decorreu tranquilamente para o bebé, tendo este ficado calmo a mamar antes, durante e após. Numa outra situação, o bebé chorou aquando da vacinação tendo sido consolado imediatamente após, com a mama que pegou com agrado, deixando prontamente de chorar. O *feedback* das mães foi muito positivo, referindo que o seu filho “nunca tinha ficado tão calmo durante a vacinação” e “da última vez chorou muito!”. Esta técnica foi de imediato abraçada pela equipa de enfermagem, tendo sido reconhecido o seu sucesso e fácil aplicabilidade.

### 1.2. Pensamentos e sentimentos: o que estou a pensar e a sentir?

Inicialmente, ao observar a prática da EESIP senti-me um pouco **indignada**, **triste** e algo **desesperada**. Senti a minha pulsação acelerar, pois o que observei não correspondia de todo à prática que há tantos anos se tem defendido e que, em âmbito hospitalar, principalmente nas unidades de neonatologia por onde passei e trabalhei, se pratica. Senti-me triste por constatar que, infelizmente, alguns profissionais ainda não estão informados ou, simplesmente, não adequam a sua prática às normas mais adequadas aos diferentes grupos etários e à individualidade dos utentes, principalmente pediátricos. Senti desespero ao pensar em no ano de 2016 ainda há quem retire um bebé do colo da mãe para o vacinar.

### 1.3. Avaliação: O que foi bom e mau nesta experiência

A avaliação geral conseguiu ser bastante positiva pois, deste modo, tive a oportunidade de introduzir uma nova forma de proceder à vacinação, contribuindo para o bem-estar da criança e melhor controlo da dor, assim como promover a participação dos pais. A equipa de enfermagem demonstrou agrado na facilidade do procedimento e reconheceu a diferença dos resultados em comparação com a prática anteriormente aplicada.

### 1.4. Análise: Que sentido(s) posso encontrar no que se passou?

Da situação relatada, destaco dois principais problemas: 1) O não envolvimento dos pais durante o processo traumático; 2) a não adoção de estratégias de controlo da dor na criança.

O afastamento da mãe/pai - lactente num procedimento doloroso e traumático, torna o momento mais traumático para a tríade, que vê a sua ansiedade aumentar com o desconforto/choro da criança e a incapacidade ou impotência de poder acalmar o lactente. Ao excluirmos os pais, estamos a contribuir de forma negativa para a parentalidade, ao não estarmos a reforçar positivamente a sua capacidade e valor enquanto elementos essenciais para a promoção do conforto, segurança e bem-estar do lactente.

Neste Âmbito, constante do Guia Orientador de Boa Prática, relativo a estratégias não-farmacológicas de controlo da dor na criança, a OE (2013) propõe o envolvimento da família nas estratégias de controlo da dor, enquanto padrão de qualidade da prática de enfermagem, por forma a maximizar o bem-estar da criança e da família.

O controlo da dor em pediatria é um assunto amplamente divulgado e para o qual todos os profissionais de saúde, principalmente os EESIP, deverão estar alerta e ter presente em todos os seus atos de cuidar, principalmente durante procedimentos dolorosos.

Segundo consta enquanto orientação da DGS (2012, p.1):

“O controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (...) deve observar as seguintes orientações:

(...)

iii. Preparar, informar e instruir os pais sobre a sua conduta durante o procedimento, de modo a potenciar o seu apoio à criança;

iv. Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento;

v. Selecionar as intervenções não-farmacológicas sensoriais e cognitivo-comportamentais mais apropriadas;

vi. Considerar, nos lactentes, o uso de contenção, amamentação ou sacarose com sucção não nutritiva.”

O recurso à amamentação durante procedimentos dolorosos é uma prática cada vez mais adotada em unidades de cuidados intensivos neonatais e pediátricos, local onde os lactentes são sujeitos a um grande número de procedimentos dolorosos. Segundo Harrison et al (2016) a prática de amamentação durante a vacinação reduz

a resposta comportamental à dor (duração do choro e grau de avaliação do nível de dor), quando em comparação com a não adoção de estratégia alguma de controlo da dor, ou utilização de outras técnicas como o colo, sacarose, anestésico tópico.

1.5 Planear a acção: o que irei fazer de futuro e/ou que contributos para o meu desenvolvimento profissional futuro

É minha intenção, ao longo do meu percurso de estágio e desenvolvimento profissional futuro, continuar a investir e desenvolver competências relacionadas com o controlo da dor através da adoção de estratégias não-farmacológicas, promovendo assim o seu bem-estar e adequado desenvolvimento. Pretendo também envolver sempre a família, tornando-a sempre parte integrante do processo do cuidar em enfermagem, promovendo o seu empoderamento e contribuindo para o ultrapassar dos fatores causadores de stress.

1.6 Bibliografia:

Guia Orientador de Boa Prática. Nº 6. 2013. Estratégias não farmacológicas de controlo de dor na criança. *Ordem dos Enfermeiros Série 1*, Nº6 (2013). Pág.22.

Harrison, D., Reszel, J., Bueno, M., Sampson, M., Shah, V.S., Taddio, A., LAroque, C., Turner, L. (2016). Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 10. Acedido a 10/02/2017 DOI: 10.1002/14651858.CD011248.pub2

Orientação da Direção-Geral da Saúde 022/2012 de 18/12/2012. Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Lisboa. *Direção Geral da Saúde*. 2012.

Soveral, M.M.B. (1996). O sujeito em formação, desenvolvimento do aluno/pessoa no contexto da relação pedagógica. Universidade Nova de Lisboa. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação/ Educação e Desenvolvimento. Lisboa.



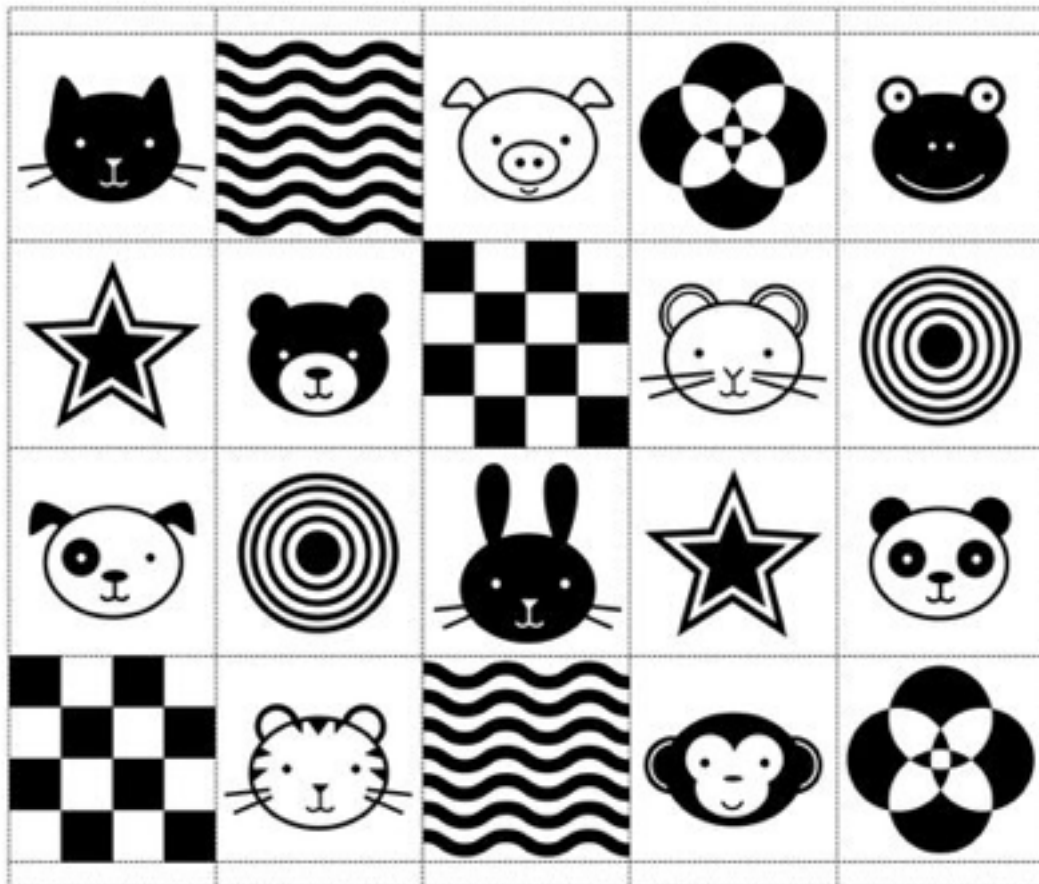
## **APÊNDICE IV**

### **Ilustrações utilizadas como auxílio no controlo não-farmacológico da dor**

0-3 meses



Fonte: <http://www.adventure-in-a-box.com/black-and-white-pattern-pictures-for-babies/>



Fonte: <https://www.pinterest.com/pin/279504720593625736/>

6meses - 4 anos



Fonte: <http://www.bbc.co.uk/cbeebies/shows/teletubbies>



Fonte: <https://www.babble.com/mom/set-sail-with-jake-and-the-never-land-pirates-for-a-treasure-trove-of-party-ideas/>

**Meninas > 4 anos**



Fonte: <https://www.pinterest.com/pin/499758889876208608/>



Fonte: <http://s687.photobucket.com/user/wruego/media/Candy-Land-Lolly-candy-land-2005897.jpg.html>

Meninos > 4 anos



Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=1XYCEctS7fM>



Fonte: <http://www.santabanta.com/photos/cartoon-characters/15606158.htm>

**>12 anos**



Fonte: <http://www.cqsisu.com/WDF-1063686.html>

## **APÊNDICE V**

### **Sessão de Formação dirigida aos Pais “Lavagem das mãos”**

## Sessão de Formação aos Pais: “Lavagem das Mãos”

**LAVAGEM DAS MÃOS**  
A IMPORTÂNCIA NA PROTEÇÃO DO SEU FILHO

À conversa com os Pais

Departamento de Pediatría  
December 2013

**LAVAGEM DAS MÃOS**  
A IMPORTÂNCIA NA PROTEÇÃO DO SEU FILHO

À conversa com os Pais

**PORQUE É TÃO IMPORTANTE?**

- É através do contacto pelas mãos que se transmite o maior número de bactérias
- A maioria das bactérias são inofensivas para o homem mas algumas podem provocar doenças: constipações, gripes, diarreias...
- No caso de hospitalização, o doente está mais vulnerável e estas bactérias inofensivas podem tornar-se muito perigosas para a sua saúde!

Departamento de Pediatría  
December 2013

**LAVAGEM DAS MÃOS**  
A IMPORTÂNCIA NA PROTEÇÃO DO SEU FILHO

À conversa com os Pais

**DURANTE O INTERNAMENTO**

- Pense na segurança do seu filho: O gesto mais importante para a sua proteção é a lavagem das mãos.

**QUANDO!**

- 1) Antes de entrar na Enfermaria
- 2) Ao entrar na Enfermaria / Quarto
- 3) Antes de sair da Enfermaria / Quarto
- 4) Sempre que as mãos estejam visivelmente sujas

Departamento de Pediatría  
December 2013

**LAVAGEM DAS MÃOS**  
A IMPORTÂNCIA NA PROTEÇÃO DO SEU FILHO

À conversa com os Pais

**COMO!**

Departamento de Pediatría  
December 2013

**LAVAGEM DAS MÃOS**  
A IMPORTÂNCIA NA PROTEÇÃO DO SEU FILHO

À conversa com os Pais

**COMO!**

- Se as mãos não estiverem visivelmente sujas, utilize a solução alcoólica disponível à entrada do quarto

Departamento de Pediatría  
December 2013

**LAVAGEM DAS MÃOS**  
A IMPORTÂNCIA NA PROTEÇÃO DO SEU FILHO

À conversa com os Pais

**DURANTE O INTERNAMENTO**

- Evite mexer em pensos, soros, drenagens ou equipamentos que rodeiem a cama do seu filho;
- O contacto com o espaço de outros doentes internados não é aconselhável - risco de contaminação!
- Não tenha medo de usar a solução alcoólica junto da cama do seu filho, se a usar regularmente está a ajudar a protegê-lo.

Departamento de Pediatría  
December 2013



# LAVAGEM DAS MÃOS

A IMPORTÂNCIA NA PROTEÇÃO DO SEU FILHO



E NÃO ESQUEÇAM...



OBRIGADA!

Projeto Nacional de Proteção  
Dezembro de 2013

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=271>

[http://www.saude.ba.gov.br/ho/index.php?option=com\\_content&view=article&id=425&catid=12&Itemid=59](http://www.saude.ba.gov.br/ho/index.php?option=com_content&view=article&id=425&catid=12&Itemid=59)

[http://el.hartmann.info/Farmacias\\_Desinfecao\\_das\\_Maos.php](http://el.hartmann.info/Farmacias_Desinfecao_das_Maos.php)



Projeto Nacional de Proteção  
Dezembro de 2013