



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Cuidar da Criança e Família Internada numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardíaca: A relação terapêutica como intervenção de enfermagem

Filomena Marisa Lourenço Simões

Lisboa

2019





Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

**Cuidar da Criança e Família Internada numa Unidade
de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardíaca:
A relação terapêutica como intervenção de enfermagem**

Filomena Marisa Lourenço Simões

Orientador: Professora Doutora Maria Filomena Sousa

Lisboa

2019



*“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”*

Antoine Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

Há tantas pessoas a quem eu quero agradecer, tantas pessoas que me são queridas e me deram o apoio de que eu precisava para chegar até aqui, que tenho medo de me esquecer de alguém!

Às minhas estrelinhas que eu sei que, embora ausentes, estiveram sempre presentes!

Aos meus pais, por serem quem são, por me incentivarem e estimularem a minha persistência, apesar das pedras que fomos encontrando ao longo deste caminho!

Aos meus irmãos, pela sua paciência face ao adiamento dos nossos momentos de confraternização!

Ao Jorge, por me ajudar a lidar com a minha ansiedade e ainda ser capaz de me fazer sorrir! Às minhas meninas!

À restante família, que esteve sempre presente!

Às amigas Cátia, Ângela, Nita e Andreia pela compreensão e motivação que foram fomentando! Ao amigo João por ser tão presente!

Aos amigos e colegas deste fantástico 8º Curso de Mestrado com quem partilhei este percurso; em especial à Ana, à Raquel, à Mariana e ao Dario pelos apertos que vivemos e nunca deixaram que a minha motivação esmorecesse e eu desistisse!

Aos colegas de trabalho que facilitaram as trocas de turnos, em especial à Carla, à Susana, ao Paulo, à Mariana, à Verónica pelas suas palavras de carinho e incentivo; à Andreia e ao Franklin, que estão a viver um percurso semelhante e compreendem as minhas “dores”!

À minha Professora Orientadora, pela sua disponibilidade e incentivo!

Às minhas orientadoras de Estágio, pelos momentos de partilha e aprendizagem!

A todos os que contribuíram para que eu chegasse até aqui: muito obrigada!

RESUMO

A Relação Terapêutica é uma intervenção de enfermagem que tem como finalidade Cuidar do outro na sua essência, tendo por base o respeito, a empatia, a confiança e a autenticidade e estabelece-se através de uma comunicação eficaz. Cuidar é a essência da Enfermagem, implica compreender o outro, as suas necessidades, sendo que os cuidados são centrados na totalidade da pessoa, prestados em qualquer contexto que ela se encontre.

Este Relatório de Estágio surgiu em contexto académico e a problemática partiu da importância de Cuidar estabelecendo uma Relação Terapêutica com a criança/jovem e família, em contexto de internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos, aquando de uma cirurgia cardíaca. Tem como objetivo a exposição das aprendizagens desenvolvidas no decorrer do percurso formativo e o desenvolvimento competências comuns e especializadas de Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A metodologia de trabalho foi a descritiva, crítica e reflexiva da prática de cuidados sustentada pela evidência científica e desenvolvidas em diferentes contextos.

Para desenvolver este projeto, a teoria de Watson serviu de suporte à minha reflexão e prestação de cuidados, alicerçado nos pilares da Enfermagem Pediátrica, nomeadamente os Cuidados Centrados na Família, a Parceria e os Cuidados Não Traumáticos.

As atividades desenvolvidas deram resposta aos objetivos gerais, nomeadamente desenvolver competências do EEESIP para a prestação de cuidados de enfermagem à criança e família, nas diferentes fases de desenvolvimento, situações de saúde e aos três níveis de prevenção e desenvolver competências de relação terapêutica com a criança/família internada numa Unidade de Cuidados Intensivos, submetida a cirurgia cardíaca.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem; enfermagem pediátrica; relações profissional-família; relações enfermeiro-paciente; comunicação

ABSTRACT

The Therapeutic Relationship is a nursing intervention that aims to take care of each other in your essence, based on respect, empathy, trust and authenticity and is established through effective communication. Care is the essence of nursing, implies understanding the other, their needs, and that are focused on the entire person, rendered in any context that she meets.

This Report emerged in academic context and the problems left from the importance of caring for establishing a Therapeutic Relationship with the child/young person and family, in the context of hospitalization in an intensive care unit at the time of surgery cardiac arrest. Aims the learnings developed during the course of formation and the development of common and specialized skills of Nurse Specialist nursing Infant and Pediatric Health. The methodology of work was critical and reflective, descriptive of the practice of care supported by the scientific evidence and developed in different contexts.

To develop this project, Watson served as a support for my reflection and care built on pillars of pediatric nursing, particularly the *Family-Centered Care*, partnership and non-Traumatic care.

The activities undertaken have given answer general objectives, namely to develop competencies of EEESIP for providing nursing care to the child and family, in different stages of development, health situations and three levels of Prevention and develop therapeutic relationship skills with the child/family hospitalized in the intensive care unit, subjected to cardiac surgery.

Keywords: nursing care; pediatric nursing; professional-family relations; nurse-patient relations; communication

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CCF – Cuidados Centrados na Família

CCT – Cirurgia Cardiorácica

DGS – Direcção-Geral da Saúde

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

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-Nascido

RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIEN – Unidade de Cuidados Intensivos Especiais de Neonatologia

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE

	<i>Página</i>
INTRODUÇÃO	9
1. PROBLEMÁTICA	13
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
2.1. Cuidar em Enfermagem.....	17
2.2. Cuidar da Criança e Família.....	19
2.3. Cuidado Transpessoal de Jean Watson.....	22
2.4. Cuidar da Criança e Família submetida a Cirurgia Cardíaca.....	25
2.5. A Criança e Família internada na UCI.....	27
2.6. A Relação Terapêutica como Intervenção de Enfermagem	29
3. METODOLOGIA DE TRABALHO	35
4. O CAMINHO DE ENFERMEIRA DE CUIDADOS GERAIS A ENFERMEIRA ESPECIALISTA	37
4.1. Unidade de Cuidados Intensivos Especiais de Neonatologia.....	39
4.2. Serviço de Internamento de Pediatria.....	43
4.3. Serviço de Urgência Pediátrica.....	46
4.4. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.....	49
4.5. Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica.....	52
5. DE ENFERMEIRA DE CUIDADOS GERAIS A ENFERMEIRA ESPECIALISTA: O PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	55
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

ANEXOS

**ANEXO I - Certificado de Participação no 3º Workshop da Linha de Investigação
“Emoções em Saúde”**

**ANEXO II - Certificado de Participação na II Reunião de Enfermagem em
Cuidados Intensivos Pediátricos do CHLN-HSM**

APÊNDICES

APÊNDICE I – Protocolo de Revisão *Scoping*

APÊNDICE II – Cronograma de Estágio

APÊNDICE III – Guia Orientador de Atividades de Estágio

**APÊNDICE IV – Análise Crítica e Reflexiva na Unidade de Cuidados Intensivos
Especiais de Neonatologia**

**APÊNDICE V – Tratamento Imediato da Reação Anafilática em contexto de sala
de vacinação**

**APÊNDICE VI – Estágio em Serviço de Cirurgia Cardiorácica: Análise Crítica e
Reflexiva sobre Relação Terapêutica**

INTRODUÇÃO

Este trabalho surgiu no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem com Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, cuja finalidade é desenvolver competências científicas, técnicas e comunicacionais para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família.

O objetivo principal deste trabalho é mostrar os resultados do percurso efetuado para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEEEESIP).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) refere a díade criança/família como principal beneficiário dos cuidados em Enfermagem Pediátrica (Regulamento nº 422/2018). Este organismo reconhece que a família não contempla apenas os pais, incluindo outras pessoas significativas ou prestadores informais de cuidados (OE, 2015).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) presta cuidados à criança saudável ou doente e trabalha em parceria com a criança e família para promover o mais elevado estado de saúde possível para cada criança, em qualquer contexto em que ela se encontre (OE, 2012). Os cuidados não devem causar dano à criança, mas prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família, promover uma sensação de controlo e prevenir ou minimizar a dor ou lesão corporal (Hockenberry & Barrera, 2014).

O enfermeiro é responsável pela promoção da adaptação à doença bem como pela capacitação para a adoção de estratégias de *coping* e adequação do suporte familiar. De facto, a filosofia de cuidados em pediatria engloba a prestação de cuidados centrados na família (CCF) e os cuidados não traumáticos. Assim, cuidar da criança significa cuidar da sua família.

O conceito de cuidar e a prática de enfermagem estão intimamente relacionados (McCance, 2005). Segundo Watson (1999) cuidar implica o uso da própria self para desenvolver a relação com o outro. Para desenvolver este projeto, a teoria de Watson serviu de suporte à minha reflexão e prestação de cuidados, uma

vez que são mobilizados conceitos de relação interpessoal no cuidado humano. De acordo com Watson (1999), na relação de cuidar o enfermeiro e cliente são coparticipantes. A relação terapêutica é uma intervenção de enfermagem, que permite cuidar da criança e família reconhecendo as suas necessidades biofísicas, psicossociais e interpessoais do cliente.

A minha experiência profissional na prestação de cuidados à criança e família, num serviço de cirurgia cardíaca de um hospital de Lisboa, fez com que refletisse sobre a perceção e a envolvimento dos pais nos cuidados prestados.

A complexidade de uma cardiopatia congénita na família implica uma adaptação física e psicológica ao nascimento de uma criança com necessidades especiais (Delaney, Schroeder & Baker, 2014). Apesar da informação fornecida aos pais sobre o diagnóstico e plano terapêutico, estes nem sempre assimilam a informação que lhes é transmitida, manifestado pelas questões que colocam ou inclusivamente por manifestarem que desconheciam a necessidade de realizar determinados procedimentos como p. ex. a necessidade de implantação de um *pacemaker*. Esta dificuldade em assimilar a informação pode também estar relacionada com o *stress* da hospitalização e o medo face ao diagnóstico e tratamento.

Por outro lado, nesta unidade de cuidados intensivos, os pais não podem permanecer 24h junto da criança (o período de permanência dos pais (ou seu representante) é no período compreendido entre as 10h-22h), podendo ser um fator ansiolítico na criança e família.

Refletindo com a equipa de enfermagem do serviço, sentimos que existem dificuldades comunicacionais com os pais no serviço. Esta perceção é baseada nas questões colocadas pela família. Para conhecer a investigação desenvolvida nesta área, procedi a uma pesquisa e leitura atualizada para saber se este aspeto já fora estudado. Para esta pesquisa, segui o Manual do Instituto *Joanna Briggs*, adotando como estratégia de pesquisa a Revisão *Scoping*, que permitiu mapear a evidência sobre o tema em estudo (Apêndice I). Esta pesquisa permitiu identificar que os pais das crianças internadas em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) têm necessidade de gerir as emoções, necessitam de informação sobre a evolução do estado de

saúde das crianças, e precisam de ser envolvidos nos cuidados prestados aos seus filhos.

A partir da problemática identificada, elegi como foco de atenção a Relação Terapêutica. De modo a desenvolver competências do EEESIP, com foco de atenção na Relação Terapêutica, foram delineados objetivos e atividades que permitiram o desenvolvimento de competências para cuidar da criança saudável ou doente, em qualquer fase de desenvolvimento e de diferentes culturas.

Este relatório encontra-se estruturado da seguinte forma:

- Problemática: onde irei identificar e justificar o problema que me levou a fazer este percurso;
- Enquadramento Conceptual: em que abordo o significado de “cuidar”, aprofundo teoricamente a temática da relação terapêutica em Enfermagem e a sua importância no que concerne à criança/jovem e família durante o internamento em unidade de cuidados intensivos após uma intervenção cirúrgica cardíaca, fazendo uma ancoragem na teoria de Enfermagem de Jean Watson;
- Metodologia de Trabalho: onde irei procurar justificar a pertinência da análise crítica e reflexiva para o meu percurso formativo;
- O Caminho de Enfermeira de Cuidados Gerais a Enfermeira Especialista: neste capítulo irei explicar o meu percurso formativo através da definição dos objetivos e atividades desenvolvidas para cada campo de estágio;
- De Enfermeira de Cuidados Gerais a Enfermeira Especialista: o Percurso de Desenvolvimento de Competência: tendo como referencial as competências do enfermeiro especialista preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, irei justificar as competências que desenvolvi ao longo do percurso formativo, em especial durante o Estágio;
- Considerações Finais: capítulo conclusivo do relatório, onde irei abordar as dificuldades vivenciadas ao longo deste percurso, bem como os projetos futuros, tendo em conta o *continuum* dos cuidados de enfermagem, procurando responder à problemática trabalhada.

Os documentos elaborados durante o Estágio basearam-se no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) de 2010, que foi revogado pelo Regulamento nº 422/2018 (Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica). Por este motivo, a linguagem utilizada nos apêndices está adaptada ao regulamento que se encontrava em vigor na altura.

1. PROBLEMÁTICA

A doença e a hospitalização da criança constituem momentos de crise para ela e para a família. Por serem especialmente vulneráveis à alteração do seu estado normal de saúde e à mudança da rotina ambiental, a hospitalização constitui, para a criança, um momento de grande *stress* (Sanders, 2014). Os principais *stressores* da criança hospitalizada prendem-se com a separação dos pais e dos entes queridos, medo do desconhecido, perda de controlo e autonomia, da lesão corporal, desconforto, dor e mutilação e ainda medo da morte (*Ibid*). O mesmo autor refere que as reações da criança à hospitalização dependem da idade e desenvolvimento, das experiências anteriores com doença, separação ou hospitalizações anteriores, mecanismos de defesa, da gravidade do diagnóstico e do sistema de apoio.

Para a família, o internamento de uma criança provoca uma desorganização funcional. Dá-se uma alteração do seu quotidiano. Cada membro deixa de poder assumir o seu papel habitual; as relações interpessoais ficam perturbadas podendo surgir manifestações e reações emocionais, de ansiedade e de *stress*. O *stress* familiar tem a ver com a interrupção da vida na comunidade, preocupação com a possível morte ou sequelas da criança e incerteza quanto à capacidade de controlar o ambiente que a rodeia (Gonçalves, Castro, Maia & Lopes, 1999).

Se a situação de saúde da criança exige admissão e permanência numa unidade de cuidados especiais, como numa UCI, a situação de *stress* é exacerbada, constituindo-se como uma experiência traumática para a ela e para a família.

A natureza e gravidade da doença, as circunstâncias que conduziram à admissão e permanência, o ambiente desconhecido e altamente tecnológico são causadores de *stress* na família. *Stress*, medo, choque, tristeza, sentimento de culpa, isolamento, solidão e desamparo, alteração dos papéis de cuidador são sentimentos experimentados pelos pais das crianças internadas na UCI (Thomas & Plunkett, 2017; Hagstrom, 2017).

De acordo com Lisanti, Allen, Kelly & Medoff-Cooper (2017) o maior *stressor* para as mães das crianças internadas na UCI é a aparência e o comportamento dos filhos, seguidas da alteração do papel parental e ainda as imagens e os ruídos

característicos da UCI. Os mesmos autores referem que as mães que têm outras crianças, em casa, apresentam níveis de ansiedade significativamente maior do que as mães que só têm um filho, aquele que está hospitalizado. Ames, Rennick & Baillargeon (2011) dizem que a admissão de uma criança na UCI é uma experiência angustiante para os pais.

A hospitalização da criança provoca uma separação dos pais, se o internamento é numa UCI esta situação pode ser agravada pelo facto da condição de saúde da criança exigir cuidados muito específicos. De modo a minimizar os efeitos da separação do internamento “criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado” (artigo 2º da Carta da Criança Hospitalizada).

A Convenção sobre os Direitos da Criança, publicada em 1989, pela Organização das Nações Unidas, reconhece que as crianças possuem direitos próprios e defende a sua participação na tomada de decisões clínicas e em questões de consentimento; a Carta da Criança Hospitalizada, criada em 1988, tem como objetivo reafirmar os direitos da criança hospitalizada, baseado na premissa de que todas as crianças têm direito aos melhores cuidados; e a Lei n.106/2009 (artigo 2º) assegura o acompanhamento familiar em internamento hospitalar. A permanência dos pais junto dos filhos é uma realidade na maioria dos serviços de pediatria em Portugal, contudo, na UCI onde presto cuidados tal não é cumprido na sua plenitude, pois só é permitida a presença dos pais no período que vai das 10 às 22 horas.

Aos enfermeiros que trabalham numa UCI, onde estão criança internadas, são colocados desafios que vão além do conhecimento científico e da habilidade técnica, é necessário que tenham competências que lhes permitam intervir junto das famílias das crianças que estão ao seu cuidado. Os cuidados de enfermagem terão que ter em atenção as necessidades emocionais, afetivas e sociais da família.

A prática de enfermagem baseada em modelos teóricos centrados no cliente e na família permitem o desempenho profissional adequado, de modo a auxiliá-la a lidar com doença do filho e permitindo-lhes uma melhor compreensão da doença e da hospitalização. Quando a criança está hospitalizada é importante que os pais sejam envolvidos nos cuidados aos seus filhos (Dias, 2009; OE, 2015). Também

Sanders (2014) refere que os profissionais devem envolver os clientes e as famílias no planeamento dos cuidados e na tomada de decisão, fomentando uma parceria de cuidados que visem o tratamento holístico da criança, atendendo assim a todas as suas necessidades. Esta parceria visa minimizar os efeitos negativos da hospitalização.

Durante o internamento os pais assumem um papel fundamental, fornecendo informações que ajudam o enfermeiro a compreender as suas necessidades e da criança, permitindo uma prestação de cuidados personalizados, o que está de acordo com a filosofia de cuidados centrados na família (Hockenberry & Barrera, 2014).

Na UCI onde trabalho, durante a permanência dos pais junto da criança, são incentivados que participem nos cuidados, nomeadamente nos cuidados de higiene e na administração de alimentos. Porém, frequentemente é solicitado aos pais que se ausentem aquando da realização de procedimentos invasivos, explicando o que vai ser feito, mas, alegando a eventualidade de surgirem complicações durante os mesmos e a impossibilidade, por escassez de profissionais, dar apoio aos pais em situação de emergência. Quando regressam é-lhes relatado como decorreu a intervenção e qual foi a reação da criança.

Durante todo o internamento da criança na UCI é fornecida informação aos pais sobre o diagnóstico, tratamento, evolução e prognóstico, contudo, constato que a comunicação não é eficaz, não é esclarecedora. Pois, frequentemente colocam questões que demonstram desconhecimento e incompreensão relativo aos conteúdos da informação dada.

Uma questão me assalta, será que a informação dada aos pais é a necessária e suficiente para responder às suas necessidades? Diz-nos Maman (2013) que o modo como os profissionais de saúde fornecem informações relativas ao do estado de saúde da criança é algo muito importante para os pais.

Os pais têm necessidade de participar no cuidado aos filhos, mesmo quando eles estão hospitalizados na UCI. Necessitam, também, que se estabeleça uma comunicação clara e oportuna, entre eles e os profissionais, que lhes permita a familiarização com a tecnologia, serem respeitados, poderem interagir com os filhos (Sanabria & Rodriguez, 2015). Estes mesmos autores alertam para a necessidade

dos enfermeiros valorizarem e respeitar o conhecimento que os pais têm dos filhos e o seu modo de os cuidar, tendo em consideração a sua cultura e crenças de modo a fortalecer o seu desempenho como profissionais, através da personalização de cuidados.

Diz-nos Gomes (2017) que “os cuidados de enfermagem se direcionam para o bem-estar tal como a pessoa o define para si mesma” (Gomes, 2017, p.182). O autor refere ainda que o enfermeiro utiliza a sua própria sensibilidade, conhecimentos, competências e compromisso de presença no desenvolvimento do potencial de saúde definido pelo próprio cliente, num ambiente de respeito e autenticidade, i.e., numa relação terapêutica. Hockenberry & Barrera (2014) acrescentam que estabelecer uma relação terapêutica é fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem de alta qualidade.

Enquanto futura EEESIP, de modo a melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem, considero pertinente desenvolver competências comuns e específicas que me permitam estabelecer uma relação terapêutica com as crianças submetidas a cirurgia cardíaca internadas na UCI onde trabalho e famílias.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo vou abordar os conceitos centrais e que servem de sustentação a este trabalho. Assim, vou referir-me ao cuidado de enfermagem à luz da teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, cuidados Centrados na Família, sendo a teórica de enfermagem que melhor se adequa ao meu foco de especial atenção deste relatório, que é a relação terapêutica; cuidar da criança e família, em cujo subcapítulo irei abordar a situação do cuidar em Enfermagem Pediátrica, mas também em situações específicas como sendo a cardiopatia congênita e a situação de hospitalização, nomeadamente em UCI pediátrica. Esta teórica de enfermagem ajudou-me na compreensão das necessidades da família da criança submetida a cirurgia cardíaca, durante o internamento numa unidade de cuidados intensivos, uma vez que são mobilizados conceitos de relação interpessoal no cuidado humano.

2.1. Cuidar em Enfermagem

O termo **cuidar** pode ter diferentes significados de acordo com o referencial que utilizamos. Em termos genéricos e de acordo com o dicionário de português da Porto Editora, cuidar é tratar de alguém garantindo o seu bem-estar, segurança, garantir a preservação de algo, tomar conta de, dedicar tempo e esforço a “algo” com determinado objetivo. Cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, mas é também um ato de reciprocidade que prestamos a outro que precisa de ajuda para a satisfação das suas necessidades (Collière, 1989). Cuidar implica uma relação entre quem cuida e quem é alvo de cuidado. Cuidar implica uma relação que tem uma intencionalidade.

Cuidar é um conceito central em enfermagem. Segundo McCance (2005), a prática de enfermagem está relacionada com o conceito de cuidar. Souza, Sartor, Padilha & Prado (2005) defendem que o cuidado de enfermagem é a essência da profissão. A enfermagem é perspetivada como sendo a ciência e a arte de cuidar da Pessoa, em qualquer fase da sua vida, desde a concepção até à morte.

A conceptualização de cuidar sofreu evolução ao longo dos tempos, acompanhando o desenvolvimento de outras ciências, passando de um modelo biomédico, com enfoque na doença, para a adoção de uma postura humanista centrado na pessoa como ser uno e único. McCance (2005), refere que é difícil definir o significado de “cuidar” em enfermagem. Este autor refere que desde a década de setenta, vários autores têm vindo a tentar explicitar o conceito de cuidar, nomeadamente McFarlane (1976), Watson (1979), passando por Leininger (1981) até Scotto (2003).

Mas o que é cuidar em enfermagem? Segundo Pacheco (2002) entende-se por cuidar em enfermagem:

o prestar atenção global e continuada a um doente, nunca esquecendo que ele é antes de tudo uma pessoa. Deve ser vista como o centro da atenção de quem cuida e por isso, nunca devem ser esquecidos todos os cuidados físicos, psicológicos ou espirituais de que precisa, para além dos cuidados exigidos pela doença em si. (Pacheco, 2002, p.28).

Na enfermagem, o cuidado pertence a dois domínios distintos: um objetivo, que diz respeito ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e um subjetivo, que se fundamenta na sensibilidade, na criatividade e na intuição para cuidar de outro (Souza, Sartor, Padilha & Prado, 2005). Fernandes (2007), citando Waldow (1995) refere que “o papel do enfermeiro é cuidar do outro (...) e, como tal, é necessário que possua conhecimentos formais e científicos, vocação, elevado padrão moral e uma capacidade intuitiva e criativa marcante” (Fernandes, 2007, p.39).

Para Watson (1999) cuidar é a essência da enfermagem e constrói-se com base na relação pessoa a pessoa. Cuidar em enfermagem fundamenta-se no que é significativo para a vida de alguém, na compreensão do seu sentido e estabelecendo os laços que são importantes para essa pessoa (Borges, Queiroz & Silva, 2011). Hesbeen (2000) refere que “cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento e destreza, de saber ser, de intuição que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular” (Hesbeen, 2000, p.37).

Porque é que enfermagem é arte? Nightingale considerava a Enfermagem como uma arte de cuidar, comparando o rigor e harmonia do enfermeiro a tratar de um corpo tal como o faria um pintor ou escultor a tratar da sua obra (Pfetscher, 2004). Mais tarde, também Watson refletiu sobre o conceito da enfermagem como arte, referindo-se à arte do cuidar transpessoal, que compreende complexidades científicas, artísticas, humanistas, estéticas, entre outras, inserindo o conceito de artes transpessoais, que incluem o toque, os sons, as palavras, cores e formas (Watson, 2002). De facto, a enfermagem é uma arte que requer um planeamento e adaptação dos cuidados em qualquer contexto e com clientes de qualquer idade.

2.2. Cuidar da Criança e Família

Porque a criança não está sozinha no mundo, mas integrada numa família que dela cuida, para a enfermagem de saúde infantil e pediátrica faz todo o sentido que os cuidados sejam centrados na família. A OE, no Regulamento das Competências Específicas do EEESIP, afirma que “o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” (Regulamento nº 422/2018, 2018, p. 19192), em qualquer contexto em que ela se encontre.

Os Cuidados Centrados na Família (CCF) inserem-se na filosofia de cuidados em pediatria. Esta filosofia de cuidados reconhece a família como constante na vida da criança saudável ou doente (Hockenberry & Barrera, 2014). Porque a família tem vindo a assumir formas diferentes, a filosofia CCF reconhece a diversidade estrutural e de composição da família com objetivos, sonhos e estratégias de funcionamento diferentes, assim como as necessidades de apoio, de cuidados e de informação (*Ibid*).

O cuidado centrado na família é definido pelo *Institute for Patient-and Family-Centered Care* como uma abordagem para o planeamento, prestação e avaliação de cuidados de saúde que é fundamentada em parcerias mutuamente benéficas entre

os prestadores de cuidados de saúde e o alvo de cuidados. O principal objetivo é promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos e famílias, mantendo o seu controlo.

De acordo com o *Institute for Patient-and Family-Centered Care*; Hockenberry & Barrera (2014) os CCF assentam em quatro pilares fundamentais:

- Dignidade e Respeito: os profissionais de saúde ouvem e honram as perspetivas e escolhas do cliente e da família. O conhecimento, os valores, as crenças e os antecedentes culturais do cliente e da família são incorporados no planeamento e na prestação de cuidados;
- Partilha de informação: os profissionais de saúde comunicam e partilham informações completas e imparciais com os clientes e famílias. Estes recebem informações oportunas, completas e precisas a fim de efetivamente participarem nos cuidados e na tomada de decisão;
- Participação: os clientes e as famílias são incentivados e apoiados na participação nos cuidados e na tomada de decisão, ao nível que eles determinam;
- Colaboração: clientes, famílias, profissionais de saúde e líderes de cuidados de saúde colaboram no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas e programas e na conceção das instalações.

A filosofia dos CCF considera como conceitos básicos a capacitação e o empoderamento:

- A **capacitação** que é a “criação de oportunidades e meios para todos os membros da família revelarem as suas habilidades e competências atuais e adquirirem novas, para atender às necessidades da criança e família” (Hockenberry & Barrera, 2014, p.11). Também Jorge (2004) refere que “a uma família só se podem colocar problemas que seja capaz de resolver. A família tem competências e falar de uma família competente, é uma maneira de dar à família a sua competência” (Jorge, 2004, p.65).
- A OMS (1998), define o **empoderamento** como um processo através do qual as pessoas obtêm maior controlo sobre as decisões e ações que afetam sua saúde, sendo fulcral a literacia em saúde. Para que seja possível participar em todas as decisões, o cliente tem o direito à informação sobre o seu processo de saúde. Ramos (2001) refere que existem três dimensões do

empoderamento: a percepção de controlo sobre a situação de saúde, por parte do cliente; a participação no processo da tomada de decisão; e a percepção de educação por parte do cliente. Em pediatria, Hockenberry & Barrera (2014) definem empoderamento como “a interação dos profissionais com as famílias, de forma que estas mantenham ou adquiram um sentido de controlo sobre as suas vidas” (Hockenberry & Barrera, 2014, p.11).

Segundo Lee (1998) e Lopes (2012), citando Casey (1988), para haver CCF tem de haver parceria de cuidados com a família, tendo em conta a importância que esta assume na vida da criança. A negociação da parceria de cuidados implica estabelecer uma comunicação eficaz entre os diversos intervenientes no processo de cuidados. O enfermeiro deve agir como promotor do processo de envolvimento da família nos cuidados de saúde, devendo clarificar-se quais os cuidados que esta deseja prestar, com vista ao bem-estar da criança, permitindo aos pais desempenhar o seu papel parental.

No Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, a OE define que “os cuidados de enfermagem implicam o estabelecimento de uma comunicação efetiva, tendo em conta intervenções ao nível dos seguintes domínios de atuação: envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação e negociação dos cuidados” (Regulamento nº 351/2015, 2015, p. 16661). Este mesmo organismo refere que para ajudar a criança e família na satisfação das mais variadas necessidades, o EEESIP considera a criança e a família como alvo dos seus cuidados e estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime terapêutico e da parentalidade (Regulamento nº 422/2018).

Os enfermeiros, ao reconhecerem o papel dos pais aquando do internamento do seu filho, tendem a desenvolver intervenções de enfermagem que promovem a autonomia no que concerne à aquisição de habilidade, facilitando o exercício da parentalidade num contexto diferente.

Os CCF a nível da comunidade são também essenciais, uma vez que a criança e a família são indissociáveis em qualquer contexto em que se encontre,

inclusive nos centros de saúde, na escola e na comunidade (Regulamento nº 422/2018).

No âmbito da comunidade na vigilância e promoção da saúde infantil é importante que o enfermeiro compreenda as influências socioculturais e religiosas da família (Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014). Bennet & Murphy (1999), referindo-se à promoção da saúde, dizem que esta baseia-se na aceitação de que os comportamentos em que nos envolvemos e as circunstâncias em que vivemos têm um impacto sobre a nossa saúde e de que alterações adequadas a podem melhorar. Os autores assumem que há fatores psicológicos como o *stress* e a personalidade que podem influenciar a promoção de saúde.

2.3. Cuidado Transpessoal: A Teoria de Jean Watson

Watson desenvolveu uma filosofia de cuidados considerada como fazendo parte da era pós-moderna da enfermagem, ou seja, para além da enfermagem (Watson, 2002).

Surge a seguinte questão: o que significa ser “pós-moderno”? O conceito de “pós-modernismo” acompanha a evolução das artes e arquitetura. Florence Nightingale é considerada como sendo a pioneira da enfermagem moderna, pela introdução da investigação empírica, da existência de condições externas que seriam capazes de impedir ou contribuir para a doença e morte, tendo introduzido conceitos como *ambiente*, bem como os seus componentes, tais como: ventilação, calor, luz, limpeza, barulho, dieta (Pfetscher, 2004). Segundo Watson (2002), o conceito do pós-modernismo da enfermagem considera a *enfermagem para além da enfermagem*, reconhecendo três paradigmas:

- Paradigma I: específica – determinista da evolução da enfermagem; associada ao mecanicismo, à medicina física; o papel do enfermeiro situava-se no “fazer”;
- Paradigma II: integrativo – marcado pelo enfoque na atitude centrada no doente e nas necessidades psicossociais e emocionais, apesar de que Watson (2002) refere que na prática os conceitos mente-corpo nunca foram

realmente integrados nos cuidados prestados, sendo mais considerados a nível teórico;

- Paradigma III: unitário/transformador – emergência do **cuidar-curar transpessoal**, em que surge a consciência de cuidar em relação.

Watson (2002) defende que “um modelo pós-moderno de cuidar-curar transpessoal é complementar à ciência da cura médica, da enfermagem moderna e de práticas médicas” (Watson, 2002, p.103).

Os principais pressupostos do cuidar em enfermagem (Watson, 2002; Neil, 2004) são:

1. O cuidar só pode ser demonstrado e praticado com eficiência se for feito interpessoalmente;
2. O cuidar consiste em fatores do cuidar que resultam na satisfação de determinadas necessidades humanas;
3. O cuidar eficiente promove a saúde e o crescimento individual ou familiar;
4. As respostas do cuidar aceitam uma pessoa não apenas como ela é atualmente, mas como pode vir a ser;
5. Um ambiente de cuidar proporciona o desenvolvimento do potencial, enquanto permite que a pessoa escolha a melhor ação para si num dado momento;
6. O cuidar é mais promotor de saúde do que a cura. A prática do cuidar integra conhecimentos biofísicos com conhecimentos do comportamento humano para gerar ou promover a saúde e para prestar assistência aos que se encontram doentes. A ciência do cuidar é complementar à ciência do curar;
7. A prática do cuidar é vital para a enfermagem.

É através do cuidado com a pessoa e com a vida, sob um enfoque humano, que se dá a verdadeira identificação profissional, uma vez que a essência da enfermagem se constrói com base na relação pessoa a pessoa (Neil, 2004). Para Watson o conceito de “pessoa” é definido como um ser no mundo e como o *locus* da existência humana. A pessoa é considerada uma integração de mente com corpo e alma e sob a influência do *self*. A mente e as emoções são o ponto de acesso ao

corpo e à alma. A pessoa é uma parte na natureza, mas não é totalmente física, nem totalmente espiritual, porque ela pode transcender o mundo físico e a natureza, controlando, submetendo, mudando ou vivendo em harmonia. O *self* e a pessoa são o mesmo quando coexistem em harmonia.

Para Watson, o cuidado como essência da enfermagem só pode ser eficazmente demonstrado e praticado de modo transpessoal, porque suplanta a dimensão biológica e material, sendo capaz de transcender o tempo, o espaço e o corpo físico, sendo metafísico. A relação transpessoal de cuidar conota uma forma especial da relação de cuidado, uma vez que a presença do outro é necessária para se existir; o outro é percebido como ser único, sagrado e ativo em todo o processo (Neil, 2004).

A teoria de Watson reconhece as necessidades biofísicas, psicossociais e interpessoais tanto do enfermeiro como do cliente e, no cuidado, o enfermeiro e cliente são coparticipantes.

O conceito de “cuidar” transcende o ponto de vista biomédico e não se resume à doença. Watson vê o cuidar como uma intervenção que inclui os cuidados físicos, mas não se fica pelo cuidado físico; implica compreender o outro, as suas necessidades, sendo que os cuidados são centrados na totalidade da pessoa. Nesta perspectiva, a arte do cuidar transpessoal inclui “complexidades científicas, artísticas, humanistas, éticas e técnicas, bem como dimensões emocionais, mentais, estéticas, intuitivas, físicas, espirituais e experienciais” (Watson, 2002, p. 200) e acrescenta que para prestar cuidados transpessoais são necessárias artes transpessoais como o toque, os sons, as palavras, as cores e as formas.

O processo de cuidados é um processo relacional, sendo um meio de comunicação e de libertação de sentimentos. O enfermeiro e o cliente tornam-se apenas um: o momento em que o cuidado é concretizado e os dois seres estão sintonizados de corpo e alma na relação (Watson, 1999). Gomes (2017) acrescenta que quando duas pessoas se encontram num momento de cuidar, podem partilhar a consciência e o estar na relação a vários níveis.

Na perspectiva de Watson (2002), a enfermagem visa a promoção e a recuperação da saúde e a prevenção da doença, enfatizando a experiência humana e o processo do cuidar humano.

2.4. Cuidar da Criança e Família submetida a Cirurgia Cardíaca

De acordo com Delaney, Schroeder & Baker (2014), as doenças cardiovasculares na criança dividem-se em dois grupos: as cardiopatias adquiridas e as cardiopatias congénitas:

- As cardiopatias adquiridas referem-se a processos de doença ou anomalias do coração que ocorrem após o nascimento, podendo acontecer na presença de cardiopatia congénita ou num coração sem alterações anatómicas. São exemplos a doença valvular (por febre reumática ou endocardite bacteriana) e a cardiomiopatia;
- A cardiopatia congénita é uma malformação do coração e/ou dos vasos subjacentes resultante do desenvolvimento anormal durante o período embrionário. As manifestações da cardiopatia congénita podem surgir logo após o nascimento da criança ou mais tardiamente e vão depender das estruturas atingidas e da sua gravidade. Contudo algumas cardiopatias congénitas são diagnosticadas intra-útero.

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2006), em Portugal a cardiopatia congénita é a mais frequente entre as malformações congénitas, sendo a incidência de 5 a 12 por mil nados vivos. As cardiopatias congénitas mais frequentes são: comunicação interauricular, comunicação interventricular, persistência do canal arterial, tetralogia de Fallot.

As cardiopatias congénitas podem ser classificadas em cianóticas ou não cianóticas, se provocam ou não cianose periférica. Segundo Fragata (2009), são classificadas segundo a sua fisiopatologia: *shunt* esquerdo-direito ou *shunt* direito-esquerdo, e um grupo miscelânea.

O tratamento da cardiopatia congénita pode ser médico ou cirúrgico, dependendo da gravidade e das estruturas que abrange e ainda pode ser paliativo ou corretivo. A criança com cardiopatia congénita pode precisar de ficar no hospital, no serviço de cardiologia pediátrica, ou mesmo na unidade de cuidados intensivos ou pode aguardar a cirurgia no domicílio.

Em Portugal, segundo Fragata (2009), “dez crianças em cada 1000 nados vivos nascem com defeito cardíaco congénito e destas cerca de metade vêm a necessitar de correcção cirúrgica” (2009, p. 251). O autor acrescenta que cerca de 60% das malformações cardíacas são corrigidas nos primeiros dois anos de vida. As outras são operadas mais tardiamente, dependendo do tipo e gravidade da malformação.

Efeitos da cardiopatia congénita na família

O diagnóstico de uma cardiopatia congénita numa criança implica, por parte da família, uma adaptação física e psicológica: “quando os pais tomam conhecimento da cardiopatia, passam inicialmente por um período de choque, seguido por uma grande ansiedade, especialmente receio pela morte da criança” (Delaney, Schroeder & Baker, 2014, p. 1463). Esta reação faz-se acompanhar por um processo de luto. Segundo Worden (1998) e Ethier (2014), o luto é um processo no qual há uma adaptação à perda, neste caso pode ser a perda da perfeição do filho idealizado.

A existência de uma criança com cardiopatia, na família, tem impacto a vários níveis. A criança com cardiopatia congénita necessita de cuidados, exigindo a dedicação de um cuidador, geralmente a mãe (Delaney, Schroeder & Baker, 2014). Quando a criança está internada, esta situação leva a que o pai possa sentir-se negligenciado, bem como os irmãos, pela ausência da esposa e mãe. A cardiopatia congénita interfere nas relações familiares, verificando-se uma dependência excessiva por parte da criança (Delaney, Schroeder & Baker, 2014). Estes autores defendem que esta situação está relacionada com o medo que os pais têm de que a criança possa morrer.

Para a criança e o adolescente com cardiopatia congénita, a família é o principal suporte emocional, o vínculo entre a sua vida na comunidade e o hospital. Uma intervenção cirúrgica é uma circunstância crítica que gera crise no sistema familiar, afetando todos os membros da família (OE, 2011). Nas situações em que as crianças e jovens são submetidos a cirurgia cardíaca, durante o período crítico permanecem na UCI até terem condições para serem transferidos para a enfermaria.

2.5. A Criança e Família internada na UCI

Algumas situações de doença da criança levam a que esta precise de ser hospitalizada. A experiência de hospitalização infantil pode ter consequências negativas para a criança, para o jovem e sua família (Jorge, 2004; Sanders, 2014). Segundo Jorge (2004), a hospitalização frequentemente gera sentimento de culpa nos pais.

A hospitalização e a cirurgia da criança são potenciadores de ansiedade, exacerbam o medo e as ideias pré-concebidas da criança/adolescente e família e podem resultar numa experiência, com efeitos psicológicos persistentes (OE, 2011). Segundo Sanders (2014), especialmente nos primeiros anos de vida, as crianças são particularmente vulneráveis às crises da doença e da hospitalização. Os fatores que influenciam as reações a estas crises são: a idade de desenvolvimento; as experiências anteriores relacionadas com a doença, separação ou hospitalização; os seus mecanismos de defesa; a gravidade do diagnóstico; e o sistema de apoio disponível.

O *stress* está sempre presente durante a hospitalização quer para a família quer para a criança, relacionado com a própria doença e tratamentos/prognósticos e evolução, separação do ambiente familiar e da família. O stress diminui a capacidade de receber e compreender a informação necessária, pelo que toda a intervenção que o diminua beneficia a família e a criança (Barros, 2003; Jorge, 2004).

Diogo, Baltar, Santiago & Prudêncio (2017) referem que “a vivência de doença e hospitalização implica que o indivíduo seja retirado do seu ambiente familiar, seguro e afetuoso, afastado do seu núcleo de pessoas significativas, das suas atividades sociais, assumindo o papel de pessoa que é cuidada por Outro” (Diogo, Baltar, Santiago & Prudêncio, 2017, p.2). A hospitalização é uma experiência perturbadora durante a primeira infância e no período pré-escolar, nomeadamente entre os seis meses e os quatro anos, apontando como causas a separação dos pais (Barros, 2003).

Torna-se necessário minimizar os *stressores* da hospitalização, promovendo a presença da família, minimizando a ansiedade da separação; e incentivando a parceria nos cuidados prestados.

Os cuidados prestados não devem causar dano à criança, sendo cuidados não traumáticos. Assim, os cuidados terapêuticos devem prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família, promover uma sensação de controlo e prevenir ou minimizar a dor ou lesão corporal (Hockenberry & Barrera, 2014).

A admissão numa UCI implica uma vulnerabilidade acrescida por parte da criança e família e é considerada como uma situação traumática (Roets, Rowe-Rowe & Nel, 2012; Rodríguez-Rey & Alonso-Tapia, 2016). O ambiente hostil de uma UCI exacerba os *stressores* decorrentes da hospitalização, pelo que se torna imperativo a prestação de cuidados baseados nos CCF, minimizando o impacto deste internamento.

Ambientes complexos como o serviço de urgência ou a UCI propiciam que os enfermeiros se orientem para cuidados tecnicistas. Contudo, é fundamental que se desenvolva uma prática de cuidados sob uma perspetiva holística e humana, estabelecendo uma relação terapêutica (baseada na confiança e respeito mútuo), potenciando a recuperação e bem-estar (Watson, 2002; Lopes, 2005; Gomes, 2017). Segundo Favero, Mazza & Lacerda (2012), referindo-se ao cuidado ao recém-nascido (RN) internado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, faz-se necessário refletir acerca do cuidado realizado ao RN e sua família, de tal maneira que, ao cuidar do bebé, a família também seja cuidada. Os autores salientam a envolvimento da família nos cuidados, baseado nos pressupostos de Watson: este cuidado é transpessoal, uma vez que exige conhecimento sobre o comportamento humano, o impacto emocional da situação para a pessoa na sua individualidade e as suas respostas à mesma.

No entanto, a hospitalização também pode ter efeitos positivos, enquanto momento de aprendizagem e de desenvolvimento (Barros, 2003; Sanders, 2014). A criança pode: desenvolver mecanismos de *coping* que a ajudem a gerir as suas emoções e o *stress*; reforçar laços com os familiares que lhe são próximos e a acompanham durante o internamento; e ampliar as suas relações interpessoais,

através do contato com a equipa multidisciplinar de saúde, outros doentes e seus familiares.

2.6. A Relação Terapêutica como Intervenção de Enfermagem

Para a enfermagem em geral e em particular para a pediátrica, a relação terapêutica assume importância primordial. Diz-nos Sequeira (2016) que “toda a interação cuidador-cuidado tem sempre um carácter terapêutico” (Sequeira, 2016, p.98).

Segundo Watson (1999, p. 114) “uma relação profissional pode permitir e permite, que o enfermeiro como pessoa beneficie e seja influenciado pelo outro; todavia, o enfermeiro não depende daquilo que recebe do utente para manter o envolvimento”. O enfermeiro não é mais nem menos importante na relação, nem se envolve mais nem menos na relação, mas integra uma perspectiva objetiva externa da situação. Ao refletir sobre a teoria do cuidado transpessoal de Watson e a relação terapêutica, questionei-me sobre os pontos comuns.

A relação terapêutica é “uma interacção entre duas pessoas, normalmente um prestador de cuidados e o indivíduo que os recebe, na qual a colaboração dos dois participantes contribui para um clima curativo, promoção do crescimento e/ou prevenção da doença” (Townsend, 2011, p. 121). Ou seja, a relação terapêutica é uma relação interpessoal com fins terapêuticos, desenvolve-se no âmbito de uma parceria estabelecida entre o enfermeiro e o cliente assente no respeito pelas capacidades de quem é cuidado e pela abstenção de juízos de valor de quem cuida. Esta parceria pressupõe o envolvimento das pessoas significativas para o cliente, tais como familiares ou outros, nos cuidados de enfermagem, que têm enfoque na promoção dos projetos de saúde de cada pessoa.

De acordo com a OE (2002), a relação terapêutica caracteriza-se por ser um processo dinâmico cujo objetivo é “ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde” (OE, 2002, p.10). Está frequentemente relacionado com a promoção da aprendizagem e o crescimento do cliente, num esforço de produzir alguma alteração na sua vida.

Para que seja possível estabelecer uma relação terapêutica, é importante que o enfermeiro seja detentor de autoconhecimento e autoconsciência. Estas capacidades permitem reconhecer-se e aceitar os seus próprios valores, a sua singularidade e diferença do outro. De acordo com Travelbee (1971) citado por Townsend, uma relação apenas é possível quando cada indivíduo que faz parte da interação vê o outro como um ser humano único” (Townsend, 2011, p. 122).

A qualidade da relação entre o enfermeiro e o cliente é que determina se a relação é ou não terapêutica e o resultado da intervenção terapêutica resulta num incremento do nível de bem-estar e da qualidade de vida do cliente (Lopes, 2006). A relação terapêutica é portanto o resultado de um processo complexo que envolve um elevado número de variáveis de vária ordem, nomeadamente técnico-instrumentais e relacionais. A intervenção terapêutica de enfermagem é dinâmica, uma vez que “não obedece a nenhum protocolo preexistente para cada situação ou para cada doente, e que resulta de um processo de construção sistemático” (Lopes, 2006, p. 282).

Contudo, para que haja o desenvolvimento de uma relação terapêutica é necessário estabelecer *rapport*, confiança, respeito, autenticidade e empatia entre quem cuida e quem é cuidado (Stuart (2001) e Townsend (2011):

- O conceito de rapport refere-se ao desenvolvimento de uma relação entre o enfermeiro e o cliente, tendo por base sentimentos especiais como a confiança, a aceitação mútua, simpatia, partilha de interesses comuns, com uma atitude sem julgamento por parte dos interlocutores;
- Estabelecer uma relação baseada na confiança implica que haja veracidade e sinceridade na relação estabelecida, o que implica que haja paciência e tempo para estabelecer a relação;
- Para mostrar respeito em relação ao outro, é indispensável acreditar na sua dignidade e seu no valor, independentemente do seu comportamento ser ou não aceitável/adequado;
- Quando alguém é autêntico/genuíno, existe congruência entre o que sente e o que expressa. O enfermeiro que possui a qualidade de autenticidade responde ao cliente com verdade e honestidade, em vez de responder da forma que considere ser mais "profissional" ou mais adequado ao “papel do

enfermeiro”. No entanto, esta sinceridade implica saber não transpor o papel do enfermeiro, sendo capaz de dosear a sua autorrevelação;

- A empatia é diferente de simpatia; é um processo através do qual alguém é capaz de se colocar no lugar do outro de modo a conseguir compreendê-lo em toda a sua plenitude. Através da empatia, a par da compreensão dos sentimentos e pensamentos do cliente, enfermeiro é capaz de manter um grau de objetividade suficiente para ajudar o cliente a alcançar uma resolução adequada ao seu problema.

No estabelecimento de uma relação terapêutica, é fundamental a comunicação. Sequeira (2016) refere que a comunicação é essencial para a enfermagem, por ser uma profissão de relação. Para Phaneuf (2005) comunicar implica uma relação entre dois interlocutores, em que há um respeito mútuo, e direcionada para um objetivo. Sequeira (2016) define “comunicar” como “participar, transmitir, falar, estar em comunicação” (Sequeira, 2016, p.2). A comunicação é importante para o desenvolvimento do ser humano, facilita o desenvolvimento de um relacionamento terapêutico ou servir de barreira ao mesmo (Stuart, 2001).

A comunicação ocorre em dois níveis: verbal e não-verbal (*Ibid*). A verbal ocorre através de palavras faladas ou escritas. Uma limitação da comunicação verbal é que as palavras podem ter significados diferentes dentro de diferentes grupos ou subgrupos culturais, porque elas têm um sentido denotativo – significado real ou concreto – e um conotativo – significado implícito ou sugerido.

A comunicação não-verbal inclui tudo o que não envolve a palavra escrita e falada, mas que transmite uma mensagem. Nesta estão envolvidos todos os sentidos. Frequentemente, a comunicação não-verbal pode indicar com maior precisão o que uma pessoa quer dizer do que as palavras que são ditas. Stuart (2001) refere que existem vários comportamentos que envolvem a comunicação não-verbal:

- Sugestões vocais ou sugestões paralinguísticas, que incluem todas as qualidades não-verbais da fala: o tom, o volume, a intensidade da voz, a velocidade, o ritmo da fala e dos sons não-verbais: riso, pigarreio, tosse nervosa, sons de hesitação como “um” ou “uh”.

- Sugestões por ações: são movimentos corporais; incluem reflexos automáticos, postura, expressão facial, gestos, maneirismos e ações de qualquer espécie. Os movimentos faciais e a postura podem facilitar a interpretação do humor do locutor.
- Sugestões por objetos: dizem respeito ao uso intencional e não-intencional de objetos pelo locutor, como por exemplo, vestuário e objetos pessoais.
- Contato físico: envolve tanto o espaço pessoal quanto a ação. A resposta de uma pessoa ao contato físico é influenciada pelo contexto, cultura, tipo de relacionamento, gênero dos comunicadores, idade e experiências. O contacto físico pode ser um modo de expressar ou transmitir algo a uma pessoa, como preocupação, empatia ou carinho. O toque terapêutico é uma forma de contato físico.

O que é necessário para que a comunicação seja facilitadora do relacionamento terapêutico? A “comunicação terapêutica” é definida como a capacidade do enfermeiro mostrar a sua preocupação pelo cliente e “este interesse estabelece a confiança e cria no cliente a abertura à comunicação” (Keene, Perry & Potter, 2005, p. 30). A comunicação terapêutica permite estabelecer uma relação efetiva através da utilização do conhecimento sobre a comunicação, existindo uma interação comunicativa intencional. Diz-nos Sequeira (2016) que este método de comunicação é um processo consciente e deliberado, que permite ao profissional responder às necessidades explícitas e implícitas do cliente. O autor refere ainda que a comunicação terapêutica e a relação terapêutica são indissociáveis, uma vez que “a relação terapêutica obtém-se pela via da comunicação, sendo que a relação é o veículo que permite que a comunicação tenha valor terapêutico” (Sequeira, 2016, p.98).

Stuart (2001) identificou algumas técnicas de comunicação terapêutica, a saber:

- Escuta ativa: escutar é essencial para que o enfermeiro possa compreender o cliente, pois reforça a verbalização do cliente. A escuta ativa facilita a comunicação e pode ser sinónimo de “empatia”, que significa “comunicar a

outras pessoas que percebemos como se sentem e porquê” (Keene, Perry & Potter, 2005, p. 35).

- Colocar questões abertas que demonstrem a atenção pelo enfermeiro, como “em que está a pensar?”, “quer falar sobre isso?”.
- Reafirmação: é a repetição, pelo enfermeiro, da última ideia expressa pelo cliente.
- Clarificação: ocorre quando o enfermeiro tenta colocar em palavras as ideias ou pensamentos vagos que estão implícitos na fala do paciente. A clarificação é importante quando as declarações sobre emoções e comportamentos não são claros.
- Reflexão: a *reflexão do conteúdo* também é chamada de *validação*. Permite que o paciente saiba que o enfermeiro o ouviu e compreendeu o que foi dito. Por vezes, é útil repetir a declaração do cliente, salientando uma palavra-chave.

O desenvolvimento da relação terapêutica em pediatria requer a utilização de estratégias de acordo com o grupo etário do cliente, devendo em Enfermagem Pediátrica envolver um outro elemento: a família ou cuidadores informais, respeitando os princípios dos CCF (Faleiros, Sadala & Rocha, 2002; Hockenberry, 2014; Guerreiro, 2016). Os autores são unânimes quanto ao recurso a estratégias de comunicação com a criança e jovem, defendendo que a linguagem utilizada deve adequar-se ao desenvolvimento dos processos de pensamento. Estes progridem do sensório-motor para a percepção e depois para o concreto e só posteriormente para o abstrato, no que concerne às operações formais.

São várias as estratégias de comunicação com a criança, podendo recorrer-se ao uso de técnicas não-verbais, como a brincadeira, e técnicas verbais.

Brincar é a linguagem universal da criança e permite que esta revele as suas percepções sobre as situações em que se encontra, nomeadamente sobre as relações interpessoais, processos de doença, e inclusivamente podem auxiliar na preparação para procedimentos como a cirurgia. O uso da brincadeira deve adequar-se à fase de desenvolvimento da criança, adequando a comunicação a cada criança, na sua individualidade.

De acordo com Faleiros, Sadala e Rocha (2002), o uso do brinquedo é uma forma adequada para estabelecer uma comunicação com a criança e para prepará-la para a intervenção cirúrgica, pois, através da dramatização, ela participa ativamente nos procedimentos, podendo mostrar de que forma compreende o que lhe está a acontecer e esta estratégia minimiza o medo ou ansiedade face ao ambiente hospitalar e os procedimentos cirúrgicos. Hockenberry (2014) acrescenta que enquanto se estabelece comunicação com os pais, as crianças não devem ser excluídas do processo, mas que os adolescentes preferem discutir as suas preocupações com um adulto que não seja da família, podendo ser necessário falar a sós com o jovem, valorizando a confidencialidade.

Em pediatria, segundo Hockenberry (2014), são técnicas verbais as mensagens do “eu”, em que se evita utilizar o “tu” pela sua conotação de julgamento; técnica da terceira pessoa, ajudando a criança a descrever os seus sentimentos; contar histórias, em que através da história contada pela criança se consegue compreender o seu pensamento; jogos de palavras; biblioterapia, adequado à idade do desenvolvimento da criança, através da utilização de livros num processo terapêutico e de apoio.

3. METODOLOGIA DE TRABALHO

A metodologia de trabalho que escolhi para o desenvolvimento deste percurso formativo, Estágio e conseqüente elaboração do presente relatório, baseia-se na abordagem descritiva, reflexiva e crítica, com alicerces na evidência científica. Através da reflexão fomenta-se o conhecimento, bem como a identidade pessoal e profissional.

Segundo Schön (1983), existe a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação. A reflexão na ação ocorre durante a prática. A reflexão sobre a ação desenvolve-se após o acontecimento da prática (análise fora do contexto), havendo uma tomada de consciência do conhecimento tácito através da análise da prática. A reflexão sobre a reflexão na ação permite ao profissional refletir sobre o momento da reflexão na ação, ou seja, o que aconteceu e que significados podem ser atribuídos ao que aconteceu.

Só através da prática reflexiva se consegue abandonar comportamentos de rotina utilizando a mesma como um veículo para integração de novas competências, aquisição de novo conhecimento científico e construção do conhecimento pessoal (Ferreira, 2004). Aprender a refletir criticamente os cuidados fomenta a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem tornando os mesmos mais individualizados e personalizados.

Na fundamentação da prestação de cuidados baseei-me na evidência científica atualizada. Como diz Melnik & Fineout-Overholt (2011), a prática baseada na evidência é a chave para proporcionar a mais elevada qualidade de cuidados e assegurar os melhores resultados para os clientes.

A OE definiu Enfermeiro Especialista (EE) como sendo o enfermeiro que possui conhecimento aprofundado do domínio das competências do enfermeiro de cuidados gerais, com níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (Regulamento nº 140/2019). A enfermagem avançada implica um processo de desenvolvimento de competências que resultam da articulação entre a experiência, a formação e a reflexão crítica (Nunes, 2002; Silva, 2007). Significa que os profissionais são dotados de uma maior competência para uma prestação de

cuidados baseada em teorias de enfermagem e na evidência, que articulam de forma refletida de forma a adaptarem o seu conhecimento às realidades com que se deparam. Portanto, a reflexão é uma ferramenta essencial para aprender em situações práticas (Palmer, Burns & Bulman, 1994).

4. O CAMINHO DE ENFERMEIRA DE CUIDADOS GERAIS A ENFERMEIRA ESPECIALISTA

Independentemente da área de especialidade, todos os especialistas partilham competências comuns que incluem a prestação de cuidados de enfermagem em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Contudo para cada área de especialidade foram delineadas competências específicas. Assim, o EEESIP deve ser capaz de prestar cuidados à criança saudável ou doente, trabalhando em parceria com a criança e família para promover o mais elevado estado de saúde possível para cada criança, em qualquer contexto em que ela se encontre (OE, 2012).

Durante 18 semanas de Estágio, prestei cuidados de enfermagem em vários contextos: Unidade de Cuidados Intensivos Especiais de Neonatologia (UCIEN), Serviço de Internamento Pediátrico, Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), Unidade de Cuidados de Saúde Primários (numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, UCSP) e um pequeno período no meu local de trabalho (Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica, UCI CCT).

Os locais e a duração dos estágios foram criteriosamente definidos em colaboração com a Professora Orientadora, por serem locais de referência na prática de cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, com vista a darem resposta aos objetivos delineados e tendo em conta o problema identificado. Os contextos de estágio constituíram-se locais primordiais que proporcionaram formação e a reflexão, pois através da observação participativa nos cuidados prestados à criança, jovem e família, e a posterior reflexão sobre os mesmos, permitiu a aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de competências de EE e EEESIP.

A ordem pela qual foi realizado o Estágio relaciona-se com a disponibilidade das instituições para a sua realização (Apêndice I). As atividades foram definidas de forma a responder a um aumento do grau de complexidade ao longo do estágio.

O planeamento do estágio pretendeu que eu pudesse experienciar o maior número de situações diferentes do meu quotidiano e poder ao mesmo tempo concretizar os objetivos gerais do estágio.

Os objetivos gerais são transversais aos diferentes contextos de estágio e a sua definição teve em consideração os temas comuns da OE, nomeadamente no que diz respeito ao enquadramento conceptual de enfermagem de saúde infantil e pediatria. Foram definidos os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências do EEESIP para a prestação de cuidados de enfermagem à criança e família, nas diferentes fases de desenvolvimento, situações de saúde e aos três níveis de prevenção;
- Desenvolver competências de relação terapêutica com a criança/família internada numa Unidade de Cuidados Intensivos, submetida a cirurgia cardíaca.

Assim, este percurso formativo de enfermeira de cuidados gerais a enfermeira especialista implicou o desenvolvimento de competências de EE e de EEESIP, de acordo com o que é preconizado pela OE. De forma a atingir os objetivos propostos, privilegiei atividades reflexivas possibilitando desta forma momentos de análise e reflexão sobre a prática.

Para cada local de estágio foi elaborado um Guia Orientador de Atividades de Estágio (Apêndice II); este contém os objetivos específicos para cada local de estágio bem como as atividades delineadas. Foi apresentado aos enfermeiros orientadores, com posterior discussão dos objetivos e das atividades, tendo sido adaptados de acordo com cada situação. Alguns objetivos específicos são transversais ao logo do Estágio.

A pesquisa e leitura bibliográfica, bem como a discussão com as enfermeiras orientadoras serviram de suporte à prestação de cuidados, bem como à informação fornecida aos pais.

4.1. Unidade de Cuidados Intensivos Especiais de Neonatologia

Nesta unidade, a maioria dos clientes são recém-nascidos prematuros. Contudo, também têm crianças com outras comorbidades associadas, ou seja, recém-nascido de alto risco.

Centeno (2017) refere que o parto pré-termo é aquele que ocorre antes das 37 semanas de gestação. A prematuridade é a principal causa de mortalidade entre os RN. Ser prematuro traz consequências importantes para o recém-nascido (RN), acarretando riscos acrescidos de morbidade e de mortalidade. Associado à prematuridade está associado o conceito de recém-nascido de alto risco. O recém-nascido de alto risco é definido “como um recém-nascido que apresenta maior morbidade e mortalidade do que a média dos recém-nascidos, independentemente da sua idade gestacional e o peso à nascença” (Askin & Wilson, 2014). Segundo Bloch, Lequien & Provasi (2003), “o nascimento prematuro é um risco inerente à vida” (Bloch, Lequien & Provasi (2003, p. 7). Os fatores de risco do prematuro são dificuldade respiratória, instabilidade térmica, icterícia, problemas alimentares, problemas de neuro-desenvolvimento e infeções (Askin & Wilson, 2014).

O nascimento de um RN pré-termo (RNPT) envolve questões de várias ordens, nomeadamente pela complexidade de cuidados que o RN necessita, de acordo com a idade gestacional, e conseqüentemente pelo impacto que o nascimento de um RNPT tem na família.

A diversidade de cuidados que o RNPT precisa, exige ao enfermeiro conhecimentos especializados e em várias áreas, desde saber funcionar com o equipamento altamente sofisticado aos cuidados centrados na família. Os cuidados de enfermagem que o RN internado numa UCIN necessita relacionam-se com a monitorização dos parâmetros vitais; realização e interpretação de exames laboratoriais; controlo e registo de entrada e saída de líquidos; manutenção do suporte respiratório; prevenção de oscilações da temperatura corporal através da manutenção do ambiente térmico neutro; prevenção de infeções; administração de terapêutica; hidratação e nutrição adequadas; assim como cuidados com a pele. São outros focos de atenção do enfermeiro da UCIN facilitar a relação pais-criança, o planeamento da alta e continuação de cuidados no domicílio, se necessário.

A questão da prematuridade remete para o conceito de vulnerabilidade. Segundo Spiers (2005), a noção de vulnerabilidade é um conceito central para a enfermagem. Os enfermeiros diariamente no seu trabalho cuidam de clientes com situações de vulnerabilidades. Compreender o conceito de vulnerabilidade, a par do estabelecimento de uma relação de confiança, melhora a relação enfermeiro-cliente e permite prestar cuidados de qualidade aos clientes. Segundo Spiers (2005) citando Brown (1993), “vulnerabilidade” significa a qualidade de estar “vulnerável”. O termo vulnerável tem várias definições tais como **frágil, delicado, fraco e desprotegido**. “Vulnerável” pode ainda significar estar física ou emocionalmente ferido ou ser suscetível de ser prejudicado, lesado ou agredido (Rogers, 1997 citado por Spiers, 2005). O conceito de vulnerabilidade tem a ver com a existência humana. A vulnerabilidade tem que ser definida sob a perspectiva da pessoa e não é quantificável (Spiers, 2005).

O parto pré-termo condiciona as reações dos pais ao nascimento do filho. Têm que se adaptar à situação de complexidade, à necessidade de internamento e de cuidados específicos e têm que fazer o luto da criança idealizada e em casos extremos, lidam com a morte do RN.

O luto é um processo onde são experimentadas reações fisiológicas, psicológicas, comportamentais e sociais relacionadas com uma perda. Segundo Worden (1998) e Ethier (2014), o luto é um processo no qual há uma adaptação à perda, “saída do estado de saúde e bem-estar (...) que ocorre até que a restauração da função possa acontecer” (Worden, 1998, p.22). Neste processo de luto causado pela não correspondência entre o filho desejado e o real, os pais podem afastar-se dos filhos. Cabe à equipa da neonatologia ajudar os pais a superar esta fase difícil, para que sejam capazes de lidar com o *stress*, que leva a um distanciamento entre os pais e o filho (Tamez, 2013).

Os objetivos específicos estabelecidos para o estágio na UCIEN foram:

- Conhecer o método de gestão de cuidados utilizado neste serviço;
- Conhecer a filosofia de enfermagem que suporta a prestação de cuidados no serviço de neonatologia;
- Prestar cuidados de enfermagem ao RN e família em situação complexa de saúde internado no serviço de neonatologia;

- Refletir sobre os cuidados prestados;
- Desenvolver uma relação terapêutica com a família do RN internado no serviço de neonatologia;
- Ajudar a família a gerir as emoções;
- Aprofundar conhecimentos sobre cuidados de enfermagem RN internado no serviço de neonatologia;
- Aprofundar conhecimentos sobre diferentes culturas e religiões.

Atividades desenvolvidas

De acordo com a OE (2002), os cuidados de enfermagem têm enfoque na prevenção da doença e promoção dos processos de readaptação, visam a satisfação das necessidades humanas fundamentais, a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores. A qualidade dos cuidados de enfermagem visa igualmente a satisfação do cliente, através da minimização do impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente (OE, 2002).

Conhecer a dinâmica da UCIN e o método de gestão, assim como a filosofia de enfermagem que suportam os cuidados permitiu-me adaptar a minha prestação e refletir sobre a adequação dos mesmos à população alvo. Permitiu-me ainda refletir sobre a importância da ligação com os cuidados na comunidade para a continuidade dos mesmos após a alta.

Durante este estágio na UCIN colaborei e prestei cuidados de enfermagem centrados na família, assim como cuidados não traumáticos e privilegiei a relação terapêutica.

De entre os cuidados de enfermagem prestados, destaco o acolhimento dos pais ao serviço. O ambiente da UCIN com todo o equipamento, monitores, ventiladores, oxímetros e outros e o ruído característico, é hostil para os pais. Os cabos de eletrocardiograma (ECG), cabos de medição de temperatura corporal, que estão conectados à criança provocam *stress* nos pais. De modo a minimizar o *stress* dos pais proporcionei a familiarização com o ambiente, dando explicações claras e simples sobre o mesmo e os cuidados que iriam ser prestados à criança. Também clarifiquei as dúvidas colocadas.

Procurei envolver os pais na prestação dos cuidados ao RN. Incentivando e proporcionando espaços para experimentarem tendo em consideração a situação de saúde da criança. Tentei capacitar os pais para a prestação de cuidados parentais e simultaneamente, promovi a vinculação.

Por outro lado, com linguagem adequada esclareci os pais sobre termos técnicos utilizados pelos profissionais de saúde, expliquei a necessidade de realizar os exames complementares de diagnóstico e preparei-os para os mesmos.

Estabeleci uma relação terapêutica. Comuniquei com os pais tendo sempre presente os princípios da comunicação terapêutica através da utilização da empatia, da escuta ativa, do uso de silêncio, da linguagem cuidada e adequada aos pais. Por exemplo, ao dirigir-me aos pais pelo nome próprio, estes não se sentem despersonalizados; e eu tive sempre em consideração que os pais são pessoas, não são somente “pai” ou “mãe” de um RN. Fui sempre verdadeira, sincera e autêntica na relação que estabeleci com os pais. Procurei promover a esperança baseada na realidade da situação de saúde criança.

Tendo consciência de que o internamento do RN pode comprometer a relação pais-filho promovi de forma intencional a vinculação. Esta surgiu da teoria do apego de Bowlby (1984), que revela a tendência dos seres humanos para estabelecer fortes laços afetivos com outros e permite compreender a reação emocional que ocorre quando estes laços ficam ameaçados ou são rompidos (Worden, 1998). Estes laços surgem desde cedo na vida, relacionado com a necessidade de segurança e proteção (Bowlby, 1984; Ainsworth, 1989; Wheeler, 2014). Worden (1998) refere que formar laços com pessoas significativas é um comportamento normal em crianças e entre adultos. A vinculação surge da teoria do apego, que significa estabelecer e desenvolver laços afetivos e emocionais entre os pais e o RN.

De modo a influenciar positivamente a vinculação, partilhei com os pais a reação do RN ao seu toque/cuidado, expliquei etapas do seu desenvolvimento, valorizando as suas competências, enalteci as conquistas que o seu filho ia fazendo diariamente. Chamei a atenção para as manifestações do filho em resposta à sua comunicação verbal e não-verbal. Furneci um caderno aos pais - “diário do bebé” -, para que pudessem escrever o que quisessem sobre o seu dia-a-dia na UCIEN, as competências desenvolvidas pelos filhos, e observadas pelos pais, durante o

internamento e também os sentimentos vividos por si. Neste diário puderam ainda colar autocolantes, fornecidos pela instituição, referentes aos marcos da evolução do RN.

Estimulei a vinculação através do contacto físico entre os pais e o RN, sempre que possível e o mais precoce possível. A manipulação do recém-nascido foi gerida de acordo com a possibilidade dos pais estarem presentes, para que estes fossem envolvidos nos cuidados prestados, sendo incentivados a fazê-lo de acordo com as suas capacidades. Incentivei a utilização do método canguru sempre que era possível. Segundo a Organização Mundial de Saúde e autores como Bloch, Lequien & Provasi (2003) e Tamez (2013), o método canguru ou contato pele a pele promove o afeiçoamento e apego, permitem manter a temperatura corporal do RN e reduz os índices de infeção.

Promovi o aleitamento materno sempre que este era viável. Ajudei a mãe na técnica de amamentação, como colocar ao colo o filho de forma cómoda para os dois e coloca-lo à mama. Incentivei utilização da bomba de extração de leite materno, explicando a importância desta técnica, como utilizar a bomba e como poderia estimular a sua produção.

Fiz educação para a saúde, centrando-me em cuidados antecipatórios, tendo como horizonte a alta do RN.

O respeito pelas culturas e crenças das diferentes famílias de quem prestei cuidados foi sempre minha preocupação.

De modo a conseguir elaborar o presente Relatório, foi de extrema importância a análise e reflexão que efetuei ao longo deste estágio (Apêndice III).

4.2. Serviço de Internamento de Pediatria

O serviço de internamento de pediatria onde realizei o estágio é um serviço de referência na prestação de cuidados pediátricos a crianças com idade compreendida entre 28 dias e os 18 anos. Este serviço está integrado num hospital multivalente. A área de influência deste hospital abrange freguesias cuja população é muito heterogénea no que se refere a etnias, culturas e religiões. Esta instituição

hospitalar encontra-se em conformidade com as exigências da *Joint Commission International*, tendo-lhe sido atribuída acreditação de qualidade. Visando a melhoria contínua dos cuidados prestados, nesta instituição existem grupos de trabalho que promovem ambientes seguros para os clientes, através da avaliação de indicadores de saúde. São exemplos: a Comissão de Auditoria Clínica, a Comissão de Ética, o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, a Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, entre outros.

As crianças internadas neste serviço têm proveniência do SUP, Consulta Externa e Hospital de Dia. Neste serviço ficam internadas crianças com patologia do foro médico e cirúrgico.

Os objetivos que defini para este local estágio, internamento de pediatria, foram:

- Conhecer o método de gestão de cuidados utilizado neste serviço;
- Conhecer a filosofia de enfermagem que suporta a prestação de cuidados no serviço de internamento;
- Prestar cuidados de enfermagem à criança e família internada no serviço;
- Desenvolver uma relação terapêutica com a criança e a família internada no serviço;
- Ajudar a criança e a família a lidar com as emoções;
- Aprofundar conhecimentos sobre cuidados de enfermagem à criança submetida a cirurgia;
- Aprofundar conhecimentos sobre diferentes culturas e religiões.

Atividades desenvolvidas

Através da leitura dos *dossiers* do serviço, tomei conhecimento do método de gestão de cuidados utilizado neste serviço, assim como, da filosofia de enfermagem que suporta a prestação de cuidados.

A prestação de cuidados de enfermagem neste serviço assenta na visão holística da criança/jovem e família, procurando dar resposta a todas as suas necessidades.

Neste serviço cuidei de crianças e famílias de diferentes idades, de variadas culturas e religiões. Às crianças/jovens e família que, neste local, ficaram à minha responsabilidade prestei cuidados de enfermagem fundamentados no envolvimento e empenho pessoal, assentes na compreensão do outro, nas suas necessidades, centrados na totalidade da pessoa, como recomenda Jean Watson.

Para criança/jovem, pela sua vulnerabilidade e capacidade de resiliência precária, a hospitalização apresenta-se com exigências e adversidades que podem ter efeitos negativos. De modo a minimizar os efeitos da hospitalização, na prestação de cuidados utilizei estratégias que melhor se adequavam à construção da relação terapêutica, de acordo com a idade e o estágio de desenvolvimento da criança/jovem. As estratégias mais utilizadas foram: a utilização de linguagem adequada ao desenvolvimento dos processos de pensamento da criança, a brincadeira e atividades lúdicas como pintar e desenhar e contar histórias.

De acordo com o artigo 2º da Lei n.º 106/2009 e o artigo 2º da Carta da Criança Hospitalizada, neste serviço, os pais podem permanecer junto da criança/jovem internado, minimizando o impacto dos *stressores* da hospitalização: a separação dos pais e/ou entes queridos; o medo do desconhecido; a perda de controlo e autonomia; a lesão corporal e o medo da morte (Sanders, 2014). A gestão do *stress* é tanto mais facilitada quanto maior for a confiança da relação estabelecida entre os enfermeiros e as crianças/jovens e famílias (Diogo, 2015).

Diogo (2017) menciona que “as intervenções de enfermagem traduzem um conjunto de estratégias de gestão emocional que os enfermeiros utilizam logo desde a admissão até ao momento da alta, tais como disposição calorosa, explicar e esclarecer, desenvolver a confiança” (Diogo, 2017, p. 97). Assim, compreende-se, que a gestão das emoções pode ser considerada um instrumento terapêutico em enfermagem pediátrica.

Durante o estágio neste serviço participei no 3º *workshop* da Linha de Investigação “Emoções em Saúde” (Anexo I). Este *workshop* permitiu desenvolver conhecimentos sobre gerir as emoções em saúde, nomeadamente no cuidado à criança/jovem e família.

Privilegiei o envolvimento da criança/jovem e família, negocie os cuidados, de modo a maximizar a sua participação nos mesmos. Dei à criança/jovem e família a

oportunidade de tomarem decisões sobre os seus cuidados. Para tal informei sobre as suas opções e esclareci sempre que tiveram dúvidas.

Na prestação de cuidados tive sempre presente os princípios dos cuidados não traumáticos, respeitando o artigo 4º da Carta da Criança hospitalizada.

Por outro lado, a implementação de atividades lúdicas e a brincadeira enquanto ferramentas terapêuticas, adequado à idade e ao desenvolvimento da criança/jovem foram facilitadores de prestação de cuidados de enfermagem inseridos numa relação terapêutica. Brincar é “essencial para o bem-estar mental, emocional e social das crianças” (Sanders, 2014, p.1041).

Assim, ao proporcionar momentos de expressão criativa através de desenhar e pintar, foi possível estabelecer uma relação de confiança com uma criança com 11 anos, que tinha sido submetida a um procedimento do foro ortopédico e encontrava-se em repouso no leito. Foi possível comunicar com ela, conhecer os seus medos e seus interesses através da distração promovida por esta atividade. Inclusivamente, essa criança questionava-me quando é que eu estaria no serviço, para poder partilhar comigo outras experiências. Durante a hospitalização, as atividades lúdicas promovem a melhora do humor, favorecem a distração, diminuem a ansiedade e o choro, aumentam o apetite e melhoram a adesão ao tratamento (Sanders, 2014).

Privilegiei o envolvimento da criança/jovem e família, negocie os cuidados, de modo a maximizar a sua participação nos mesmos. Dei à criança/jovem e família a oportunidade de tomarem decisões sobre os seus cuidados. Para tal informei sobre as suas opções e esclareci sempre que tiveram dúvidas.

4.3. Serviço de Urgência Pediátrica

O SUP tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados ao cliente pediátrico em resposta a situações de doença aguda/crónica, adequando-os ao grau de urgência/emergência. Ocorrem a este SUP criança/jovens numa grande área geográfica. Sendo que a população desta área é muito diversificada. Além de portugueses, pessoas de diversas origens e culturas com diferentes línguas e dialetos recorrem a este serviço.

O método de gestão de cuidados utilizado neste serviço é o adequado a um SUP. A alocação dos enfermeiros tem a ver com a experiência profissional de cada um e com a complexidade dos cuidados. Os enfermeiros mais experientes e com formação adequada são os responsáveis pela triagem. Neste SUP para fazer a triagem é utilizado o Sistema de Triagem Manchester.

A filosofia de enfermagem que suporta a prestação de cuidados no serviço de urgência pediátrica é a dos cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos.

Os objetivos específicos traçados para o estágio no SUP foram:

- Conhecer o método de gestão de cuidados utilizado neste serviço;
- Conhecer a filosofia de enfermagem que suporta a prestação de cuidados no serviço de urgência pediátrica;
- Prestar cuidados de enfermagem à criança em situação de urgência ou emergência de saúde;
- Desenvolver uma relação terapêutica com a criança e a família em situação de urgência e emergência de saúde;
- Ajudar a criança e a família a lidar com as emoções;
- Aprofundar conhecimentos sobre cuidados de enfermagem à criança com situação que requer cuidados de saúde urgentes e emergentes;
- Aprofundar conhecimentos sobre diferentes culturas e religiões.

Atividades desenvolvidas

A situação de doença aguda ou agudização de doença crónica que são as razões que levam a criança ao SUP desencadeiam nesta e na família *stress* emocional, sentimentos de medo, ansiedade e frustração (Hockenberry, 2014). O medo e a ansiedade estão relacionados com a gravidade da doença, o tipo de tratamento e a dor e ainda com o bem-estar futuro da criança (*Ibid*). A frustração está relacionada com o desconhecimento das regras e regulamentos do hospital e falta de informação sobre os tratamentos e procedimentos.

A criança/jovem com doença aguda e família que recorrem ao SUP não são alvo de qualquer preparação prévia, mesmo quando já foram sujeitas à triagem

telefónica. Em situações em que isto aconteceu, procurei orientar a criança/jovem e família após a situação de emergência.

Ao longo deste período de estágio, dei conta de que os cuidados são prestados num ambiente de grande agitação, procurando poupar tempo. Contudo, procurei sempre que possível, que a criança e a família decidissem e participassem nos cuidados.

Durante as situações de urgência, procurei ajudar a criança e família a gerir as suas emoções. Diz Diogo (2015) que o “processo de uso terapêutico das emoções” também designado pelo autor por “metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar”, engloba cinco subprocessos transformativos e as suas interligações. Estes são: promover de um ambiente seguro e afetuoso, nutrir os cuidados com afeto, gerir as emoções dos clientes, construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional, dos enfermeiros, para cuidar (Diogo, 2015).

No SUP estabeleci uma comunicação eficaz favorecedora de uma relação terapêutica. Utilizei a escuta ativa e a empatia e através da negociação promovi a participação dos pais nos cuidados. Tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a uma criança e mãe, de quem já tinha cuidado anteriormente no serviço onde eu trabalho. Conhecendo a sua história, dificuldades linguísticas e as influências socioeconómicas, pude prestar cuidados individualizados, com base numa relação de confiança previamente estabelecida, que foi salientada pela mãe, que se recordava de mim.

Outra situação foi a oportunidade de prestar cuidados a uma criança com uma doença rara e mãe. Pude igualmente validar cuidados que habitualmente são prestados por si e pude sugerir outras estratégias. Consegui perceber a capacitação da família enquanto prestador de cuidados em situação de doença crónica.

Das crianças que recorrem ao SUP, um grande número tem queixa de dor. Foi minha preocupação, na prestação de cuidados à criança, fazer a gestão dor. Fiz uso de instrumentos de avaliação da intensidade da dor e além das medidas farmacológicas, promovi a verbalização do medo e ansiedade, utilizei estratégias de

distração como a brincadeira terapêutica, imaginação guiada, técnica da terceira pessoa, assim como antes e durante os cuidados potencialmente traumáticos.

Durante o estágio no SUP tive oportunidade de participar na II Reunião de Enfermagem em Cuidados Intensivos Pediátricos do CHLN-HSM. As temáticas abordadas possibilitaram a partilha, discussão e reflexão, com colegas de outras instituições e contextos, sobre situações concretas de urgência e emergência pediátrica (Anexo II).

4.4. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) onde estagiei está integrada num Centro de Saúde no distrito de Lisboa, com uma área de influência alargada. Esta unidade de saúde tem por missão prestar cuidados de saúde individualizados, garantindo proximidade e acessibilidade aos seus utentes e contribuindo para a melhoria do nível de saúde da comunidade.

Seguindo as orientações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), nesta unidade, são prestados cuidados de vigilância e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, visando a deteção precoce de situações de risco e a identificação de estilos de vida não saudáveis. Nesta unidade realizam-se consultas médicas e de enfermagem e vacinação.

A calendarização das consultas de saúde infantil e juvenil é de acordo com as idades-chave, flexíveis e em harmonização com o esquema preconizado no Plano Nacional de Vacinação (PNV), de forma a reduzir o número de deslocações a esta unidade.

As crianças em idade escolar seguidas nesta UCSP são acompanhadas pelo Programa de Saúde Escolar por outra unidade do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES).

Esta unidade preocupa-se em fazer deteção e referenciação de situações de maus tratos, sendo desenvolvida noutra unidade do ACES.

Os objetivos específicos definidos para o estágio na UCSP foram:

- Conhecer o método de gestão de cuidados utilizado nesta unidade;

- Conhecer a filosofia de enfermagem que suporta a prestação de cuidados da UCSP;
- Prestar cuidados de enfermagem à criança/jovem em contexto da comunidade;
- Desenvolver uma relação terapêutica com a criança e a família em contexto comunitário;
- Desenvolver competências de avaliação e promoção do desenvolvimento infantil

Atividades desenvolvidas

Durante a minha permanência na UCSP, fiz consultas de enfermagem a crianças de diferentes idades e culturas. Durante as consultas, de acordo com a idade da criança e o seu desenvolvimento, procurei conhecer a criança e família, de modo a adequar os cuidados às suas características. Procedi à avaliação de medidas antropométricas, registando nas tabelas de percentis e fazendo a respetiva interpretação e orientação, quando necessário.

Para a avaliação do desenvolvimento, apliquei a Escala de Rastreio de Mary Sheridan Modificada, tal como é preconizado no PNSIJ (DGS, 2013). Durante esta avaliação informei os pais que apesar dos valores de referência, assinalados nestes instrumentos, cada criança tem o seu próprio ritmo de crescimento e desenvolvimento motor, cognitivo e emocional (Brazelton, 2013). Esta ação permite que os pais reconheçam as capacidades dos seus filhos, ajudando-os a compreenderem que o desenvolvimento infantil apresenta avanços e retrocessos, sendo um processo descontínuo. De acordo com este autor, no desenvolvimento da criança são identificados momentos-chave – *touchpoints* – períodos previsíveis de desorganização no desenvolvimento da criança, que podem perturbar as relações familiares, mas também podem proporcionar uma oportunidade para os profissionais de saúde se relacionarem e ajudarem a família a compreender a criança.

A identificação dos *touchpoints* permite ao enfermeiro promover o fortalecimento da relação entre a criança e a sua família, utilizando o comportamento da criança para estabelecer a relação com os profissionais de saúde. O cuidado

fundamentado nos *touchpoints* vê os pais como aliados nos sistemas de cuidados para os seus filhos, defendendo que a “orientação antecipatória” tranquiliza os pais por saberem que são esperadas explosões e regressões no desenvolvimento dos seus filhos. Esta teoria procura estimular a dimensão emocional da parentalidade, ao fornecer um *feedback* positivo aos pais na forma de elogio; reconhece que a relação que se estabelece entre os pais e a criança influenciam o seu desenvolvimento e, para um desenvolvimento bem-sucedido da criança, é necessário reforçar a autoestima dos pais e da criança, com base em cuidados sistemáticos e individualizados centrados nas características da criança e da sua família (Brazelton, 2013).

Nas consultas de vigilância infantil, valorizei os cuidados antecipatórios com o objetivo de promover a saúde e prevenir a doença da criança. Também promovi a vinculação ao RN realçando a reação da criança ao toque e olhar dos pais.

Segundo Cruz (2013), os pais para além de desempenharem funções de satisfação das necessidades mais básicas de sobrevivência e saúde da criança, disponibilizam à criança um mundo físico organizado e previsível com espaços, objetos e tempos que possibilitem a existência de rotinas; respondem às necessidades de compreensão cognitiva das realidades e satisfazem as necessidades de afeto, confiança e segurança.

O despiste de sinais e sintomas de maus tratos à criança foi um foco de atenção durante as consultas. Tive a especial atenção à dinâmica familiar, nomeadamente as atitudes dos pais face aos comportamentos do filho.

Integrando a equipa de Saúde Escolar, tive a oportunidade de participar no Programa de Saúde Escolar. Colaborei com a enfermeira e a higienista oral, numa sessão de educação realizada numa escola primária pertencente à área de abrangência da UCSP. A sessão era subordinada ao tema de hábitos de vida saudáveis, nomeadamente o exercício físico e a alimentação, como também a higiene oral. Participei também na realização de rastreio de saúde oral.

Vacinei crianças de diferentes idades e nacionalidades, havendo necessidade de adaptar o esquema vacinal de acordo com o PNV em vigor no nosso país. Em contexto de sala de vacinação, em discussão com a enfermeira orientadora, sobre os riscos de ocorrer uma reação anafilática e como atuar apercebemo-nos que não

havia nesta unidade de cuidados uma norma de orientações de como agir. Assim, desenvolvi um guia de atuação em caso de reação anafilática em contexto de sala de vacinação (Apêndice IV). Este guia passou a fazer parte do *dossier* de documentos de referência da UCSP.

4.5. Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica

Este serviço que é um serviço de referência em cirurgia cardíaca pediátrica está inserido num hospitalar de Lisboa. É nesta UCI CCT que desempenho funções enquanto enfermeira de cuidados gerais. Este foi o último local de estágio. O motivo por que este foi o último, prende-se com o facto de eu querer pôr em prática, neste contexto tão específico, os conhecimentos adquiridos noutros locais.

Nesta UCI ficam internadas as crianças e jovens, submetidas a cirurgia cardíaca até regressarem ao serviço de origem, geralmente o Serviço de Cardiologia Pediátrica. Quando chegam a esta unidade estão em estado crítico, dependentes de equipamento que lhes permita manter a vida, tais como ventilador, oxigenação por membrana extracorporal (ECMO), assim como de medicação em perfusão contínua. Aqui são prestados cuidados de grande complexidade.

Embora o acompanhamento da criança pelos pais seja assegurado pela lei e defendida pela Convenção sobre os Direitos da Criança e pela Carta da Criança Hospitalizada, Barros (2003) refere que nem sempre isso acontece, pois “o espaço é muitas vezes restrito, só em raras instituições é possível aos pais pernoitarem com a criança em condições de conforto minimamente adequadas” (Barros, 2003, p. 71). Na UCI CCT, não é permitido aos pais permanecer durante vinte e quatro horas junto do filho. Mesmo durante o período de permanência permitida, frequentemente são convidados a se ausentarem aquando da prestação de cuidados específicos, como a aspiração de secreções pelo tubo endotraqueal, realização de penso cirúrgico ou remoção de drenos torácicos. Os pais raramente são envolvidos nos cuidados de enfermagem, justificado pela sua complexidade. A comunicação com os pais nem sempre é adequada e clarificadora das dúvidas que têm.

Os objetivos específicos do estágio na UCI CCT são:

- Desenvolver uma relação terapêutica com a criança e a família internada na UCI;
- Ajudar a criança e a família a lidar com as emoções;
- Partilha de experiências adquiridas ao longo dos estágios com os colegas do serviço de CCT

Atividades desenvolvidas

Na UCI CCT, de forma intencional, procurei identificar e responder às necessidades de cada criança e família. Tendo consciência de que a comunicação verbal ou não verbal está presente nas ações de enfermagem, influencia o modo como o cuidado é prestado a cada pessoa e permite ganhos terapêuticos (Gomes et al., 2012), procurei momentos para estabelecer com a criança e família de quem cuidei, uma comunicação baseada na empatia, na confiança respondendo às suas necessidades explícitas e implícitas.

De modo a promover a qualidade dos cuidados, incentivei a discussão dentro da equipa de enfermagem subordinada ao tema da relação terapêutica com grande ênfase na comunicação. No quotidiano, na prestação de cuidados, frequentemente sou questionada pelos colegas, sobre como prestar cuidados à criança e família de modo a que sejam terapêuticos. Às questões respondo, frequentemente com exemplos práticos.

Durante o estágio neste contexto tive a preocupação de envolver a família nos cuidados sempre que quisessem e fosse seguro para a criança. Prestei cuidados protetores e promotores do desenvolvimento infantil, nomeadamente o posicionamento terapêutico ao RN.

Tendo a preocupação de aprofundar conhecimentos sobre a relação terapêutica, criei uma pasta em suporte informático, onde foram colocados vários documentos que seleccionei, nomeadamente de investigação sobre a temática. Esta pasta está devidamente identificada e disponível a todos os enfermeiros da equipa da UCI CCT, onde também podem acrescentar documentos que considerem pertinentes.

5. DE ENFERMEIRA DE CUIDADOS GERAIS A ENFERMEIRA ESPECIALISTA: O PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A OE refere que “a performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias” (Regulamento n.º 422/2018).

Competência é a “capacidade de agir em situação” (Alarcão & Rua, 2005, p.376), ou seja, é a capacidade que o indivíduo tem, face a uma situação nova, de mobilizar os conhecimentos de várias ordens para a resolver. Para Le Boterf (2003) competência é uma construção, o resultado de uma combinação relacionada a vários recursos como o saber fazer. De entre as várias definições de “competência” existem elementos comuns nomeadamente a mobilização de conhecimentos de várias ordens; a capacidade de resolver uma situação nova; e a transferência de conhecimentos adquiridos noutros contextos.

Benner (2001) identificou os seguintes níveis de competência dos enfermeiros:

- Nível 1 ou iniciado – devido à inexperiência, o enfermeiro iniciado apresenta um comportamento limitado e rígido;
- Nível 2 ou de iniciada avançada – o enfermeiro possui um conjunto de experiências que lhe permite saber agir em situações de características semelhantes;
- Nível 3 ou competente – o enfermeiro consegue estabelecer prioridades, de acordo com uma análise consciente, abstrata e analítica do problema;
- Nível 4 ou proficiente – o enfermeiro apercebe-se das situações como uma globalidade e não analisa somente aspetos isolados; consegue prever o decurso dos acontecimentos como sendo uma situação típica, melhorando o seu processo de decisão;
- Nível 5 ou perito – o enfermeiro perito possui uma capacidade de reconhecimento que não se rege por regras rígidas, pelo contrário, o enfermeiro perito revela um nível de adaptabilidade e de competências,

mantendo, no entanto, a sua capacidade de analisar os acontecimentos para se adaptar às circunstâncias que possam não se desenvolver de acordo com o previsto.

Ao refletir sobre o meu percurso formativo, especialmente o Estágio, considero ter desenvolvido as competências comuns de EE. A minha prática de cuidados foi desenvolvida com base na evidência científica. Procurei atualizar os meus conhecimentos de forma sistemática através da pesquisa bibliográfica e da análise reflexiva sobre a prática. Assumindo a filosofia de CCF, privilegiei a negociação e a parceria de cuidados com o cliente pediátrico, ou seja, a criança/jovem e família. Para tal, considerei sempre os direitos Humanos, o direito à informação e o respeito à privacidade, em qualquer contexto. Sobretudo na UCSP, elaborei um guia de orientação para a prática, com vista à promoção de uma prática de cuidados de qualidade e visando a segurança do cliente.

A minha intervenção, na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família durante o estágio, pautou-se pelo respeito pelos princípios que regem a prática profissional e ética no seu campo de intervenção, pela prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. O aumento do fluxo migratório nas últimas décadas permitiu o crescimento de diversas comunidades com culturas e religiões diferentes em Portugal. Estas comunidades fazem parte da população que recorre aos serviços de saúde. Em todos os contextos, prestei cuidados a estas crianças e famílias, com dignidade e respeito, honrando as suas perspetivas e escolhas, nomeadamente aquando da utilização de objetos religiosos ou a diversificação alimentar.

A reflexão crítica sobre a prática permitiu-me desenvolver um pensamento crítico sobre a minha prática e a dos meus pares.

Na minha perspetiva, inspirada em Watson, *cuidar* é ser sensível ao outro, é estar atento aos pormenores que lhe são importantes, é contribuir para que consiga superar-se, ou seja, é estar em relação. Foi e é minha preocupação estabelecer uma relação terapêutica, baseada na confiança, respeito, autenticidade, empatia e com uma atitude sem julgamento sobre a criança/jovem e família.

Ao longo do Estágio foi minha preocupação aprofundar e consolidar conhecimentos teóricos, baseados na evidência científica atualizada e em orientações para a prática, ordens e normas de serviço e outra bibliografia de referência.

No decorrer deste percurso formativo, desenvolvi competências de EEESIP.

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

Em parceria com a criança/jovem e família planeei, geri e implementei o plano de cuidados promotores da saúde e preventivo da doença. Negocie e incentivei a participação da criança e família no seu processo de cuidados, tendo em conta a teoria do cuidado transpessoal de Watson. Desenvolvi uma relação terapêutica com a criança/jovem e família, esclareci sobre o processo de cuidados, de forma a capacitar e empoderar para o processo de tomada de decisão. Em todos os contextos, mas especialmente tanto na USCP como na UCIEN promovi a parentalidade. Desenvolvi com a criança e família uma comunicação de acordo com a sua cultura, estágio de desenvolvimento e compreensão. Sempre que adequado, fiz ensinamentos individuais e em grupo, proporcionando oportunidade para o desenvolvimento de conhecimentos e aprendizagens da criança/jovem e família.

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

Partindo das competências já adquiridas e desenvolvidas no meu contexto de trabalho, pude desenvolver outras para a prestação de cuidados intensivos que me permitem dar uma resposta mais completa na prestação de cuidados ao RN. Desenvolvi competências que me permitiram a prática da relação terapêutica com a criança/jovem e família em situação de especial complexidade, nomeadamente na UCIEN, no SUP e na UCI CCT. Uma das estratégias utilizadas foi o uso do brincar terapêutico. Em todos os contextos, foi foco da minha atenção a gestão da dor, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas, de acordo com a situação de saúde e estágio de desenvolvimento da criança/jovem.

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

A partir das necessidades identificadas na criança/jovem e família, prestei cuidados visando a promoção e a recuperação da saúde e a prevenção da doença, enfatizando a experiência humana e o processo do cuidar humano. Desenvolvi uma relação terapêutica através do estabelecimento de uma comunicação adequada, respeitando a cultura, crenças e adequando a linguagem ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem. Na prestação de CCF, negociei os mesmos com a família e promovi a parceria através da capacitação e empoderamento. Sobretudo na UCIEN e na UCSP, promovi a vinculação através do contacto físico entre o RN e os pais, fomentei a amamentação, orientei para as competências do RN e os cuidados antecipatórios. Em todos os contextos da prática de cuidados, pude avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança. Em especial na UCSP, durante as consultas de Saúde Infantil, transmiti orientações sobre cuidados antecipatórios à família com vista à maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil, conforme preconizado pela DGS (2013), Brazelton (2013) e o Regulamento nº 422/2018. Foi minha preocupação promover a esperança realista.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O EEESIP presta cuidados à criança saudável ou doente e trabalha em parceria com a criança e família para promover o mais elevado estado de saúde possível para cada criança, em qualquer contexto em que ela se encontre (OE, 2012; Regulamento nº 422/2018). Para o desenvolvimento das competências específicas de EEESIP foi necessário desenvolver um percurso de aprendizagem no domínio teórico e prático.

A reflexão crítica sistematizada sobre os cuidados numa perspetiva conceptual e ética contribuiu para a construção do conhecimento e consequente desenvolvimento de competências comuns de EE e de EEESIP, que procuro espelhar neste Relatório. A reflexão foi uma ferramenta primordial ao longo do Estágio, pela reflexão sobre a ação, sobre as possibilidades e contingências dos vários contextos, bem como pelo desenvolvimento do pensamento crítico.

Benner (2001) refere a experiência como necessária para a perícia: “a perícia desenvolve-se quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real” (2001, p. 32). Alarcão & Rua (2005) salientam que os estágios clínicos são momentos de aproximação à vida profissional assumindo um papel relevante no processo de formação. Posto isto, ao longo deste estágio, por forma a refletir sobre a minha prática de cuidados, realizei análises críticas e reflexivas das práticas (Apêndice III).

Ao longo de todo o Estágio, procurei desenvolver uma relação terapêutica, como foco de especial atenção, baseada na empatia, confiança e comunicação. Concordo com o que refere Bertone, Ribeiro & Guimarães (2007), quando diz que “no âmbito da saúde, a comunicação precisa de ser terapêutica, porque esta objetiva o cuidado e, através deste, favorece a tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pela pessoa cuidada” (Bertone, Ribeiro & Guimarães, 2007, p.4).

Reconheço que após este percurso formativo, adquiri competências de EEESIP que me permitem prestar cuidados à criança/jovem, de acordo com uma Prática de Enfermagem Avançada.

Sensibilizada pela teoria de Watson, do Cuidado Transpessoal, e pela filosofia dos CCF e Cuidados Não Traumáticos, sou capaz de prestar cuidados de forma holística, desenvolvendo uma relação terapêutica, respeitando e envolvendo a criança/jovem e família.

Por outro lado, conviver com sofrimento humano, quer pela patologia quer pela condição social em que algumas famílias vivem, tem contribuído para o meu crescimento enquanto pessoa, a par da sensibilidade face às emoções dos outros. Hoje sinto-me mais capaz de lidar com as minhas emoções, da equipa e do cliente.

Tenho consciência de que influenciei os colegas, nomeadamente no incentivo da participação de cuidados pelos pais e no estabelecimento de uma melhor comunicação.

De modo a promover a prestação de cuidados não traumáticos, tenho ainda procurado fomentar, nos meus colegas, a implementação de estratégias não farmacológicas de controlo da dor, como por exemplo a técnica da distração. Consegui criar condições para que a criança/jovem tenha acesso à internet, permitindo-lhes visualizar vídeos através da televisão do serviço.

No que concerne a projetos futuros, continuei o desenvolvimento de competências de forma contínua através da prática baseada na reflexão crítica e na evidência científica, sempre sob a perspetiva da melhoria dos cuidados de enfermagem.

Pretendo:

- Promover a aplicação da “Early Feeding Skills Assessment Scale”, avaliando o desenvolvimento oro-motor e incentivando a equipa de saúde a iniciar a alimentação oral precocemente, sempre que o estado hemodinâmico da criança o permita.
- Desenvolver um trabalho de investigação tendo como objetivo conhecer o grau de satisfação dos pais relacionado com os cuidados de enfermagem: comunicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I.; & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. 14(3). 373-382. Acedido a 20.09.2017. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>.
- Ainsworth, M. D. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716.
- Ames, K. E.; Rennick J. E.; & Baillargeon S. (2011). A qualitative interpretive study exploring parents' perception of the parental role in the paediatric intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 27(3). 143-150. DOI: [10.1016/j.iccn.2011.03.004](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.03.004)
- Askin, D. B. & Wilson, D. (2014). Recém- Nascido de Alto Risco e a Família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Coords). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.). (Vol. I, Cap.10, pp.331-411). Loures: Lusociência.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. (2ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Benner, P. (2001) De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. (Edição Comemorativa) Coimbra: Quarteto Editora.
- Bennet, P.; Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Bertone, T. B.; Ribeiro, A. P.; & Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. *Revista Fafibe On Line*. 3. 1-5. Acedido a 27.03.2019 Disponível em <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/11/19042010141352.pdf>
- Bloch, H.; Lequien, P.; & Provasi, J. (2003). *A criança prematura*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Borges, M. S.; Queiroz, L. da S. ; & Silva, H. C. P. da (2011). Representações sociais sobre cuidar e tratar: o olhar de pacientes e profissionais. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 45(6). 1427-1433 Acedido a 22.02.2019 Disponível em www.ee.usp.br/reeusp/
- Bowlby, J. (1984). *Apego*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda.
- Brazelton, T. B. (2013). *O grande livro da criança: O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. (13ª ed). Lisboa: Editorial Presença.
- Centeno, M. (2017). A obstetrícia a olhar pelo feto. In Joana Saldanha, Carlos Moniz & Maria do Céu Machado (Eds.) *Nascer Pré-termo. Cuidados Multidisciplinares* (11-14). Lisboa: Associação da Crianças de Santa Maria (Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE).
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (2ª Ed.). Lusociência.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.
- Delaney, A.; Schroeder, M. L.; & Baker, A. (2014). A criança com disfunção cardiovascular. In M. Hockenberry & D. Wilson (Coords). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed). (Vol. II, pp.1427-1499). Loures: Lusociência.
- Dias, D.L. (2009). *Humanização na Assistência aos Pais dos Recém-nascidos Prematuros Internados na UTI Neonatal do Hospital da Criança Conceição*. Porto Alegre: Fundação Osvaldo Cruz. Acedido a 21.02.2019 Disponível em: <https://docplayer.com.br/36762324-Humanizacao-na-assistencia-aos-pais-dos-recem-nascidos-prematuros-internados-na-uti-neonatal-do-hospital-da-crianca-conceicao.html>
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar*. (2.ªEd.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (Coord.) (2017). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P.; Baltar, P.; Santiago, D.; & Prudêncio, A. (2017). Afeto na prática de cuidados à criança hospitalizada sem acompanhante: determinante da relação enfermeiro-cliente. 1-43. In P. Diogo (Coords.). Diogo, P. *Investigar*

os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem.
Loures: Lusodidacta.

Direcção-Geral da Saúde (2006). *Circular Normativa n.º 11/DSMIA: [Diagnóstico Pré-Natal de Cardiopatias Congénitas](#)*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
Acedido a 11.07.2017 Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/diagnostico-pre-natal.aspx>

Direcção-Geral da Saúde (2013). *Circular Normativa N.º 010/2013. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.

Direcção-Geral da Saúde (2016). *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Norma N.º 016/2016 de 16/12/2016 atualizada a 31/07/2017. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 03/01/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0162016-de-16122016.aspx>

Drennan, J.; & Clarke, M. (2009). Coursework master's programmes: the student's experience of research and research supervision. *Studies in higher education*. 34(5). 483-500.

Ethier, A. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Fim de Vida. In M. J. Hockenberry & D. Wilson. (Coords.) *Wong: enfermagem da criança e do adolescente* (931-963). (9ª ed). (Vol. 1). Loures: Lusociência.

Faleiros, F.; Sadala, M.L.; & Rocha, E.M. (2002). Relacionamento terapêutico com criança no período perioperatório: utilização do brinquedo e da dramatização. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 36(1): 58-65.
Acedido a 10.07.2017 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342002000100009&script=sci_abstract&tlng=pt

Ferreira, M. M. C. (2004). Formar melhor para um melhor cuidar. *Millenium-Revista do ISPV*. (30). 123-137.

Freitas, A. (Eds). (2010). Metodologia de Projecto: Colectânia Descritiva de Etapas. *Percursos*. 15. Disponível em <http://web.ess.ips.pt/percursos/percursos.html> .

Favero, L.; Mazza, V. A.; & Lacerda, M. R. (2012). Vivência de enfermeira no cuidado transpessoal às famílias de neonatos egressos da unidade de

- terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*. 25(4). 490-496. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400002> .
- Fragata, J (Coord.) (2009). *Procedimentos em cirurgia cardiotorácica*. Lisboa: Lidel.
- Feeg, V.; Paraszczuk, A.; Çavuşoğlu, H.; Shields, L.; Pars, H.; & Al Mamun, A. (2016). How is Family Centered Care Perceived by Healthcare Providers from Different Countries? An International Comparison Study. *Journal of Pediatric Nursing*. 31(3). 267-276. DOI: 10.1016/j.pedn.2015.11.007
- Fernandes, I. M. (2007). *Factores influenciadores da percepção dos comportamentos do cuidar dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Gomes, M. (2017). *A presença como cuidado de enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Gomes, F.; Amendoeira, J.; & Martins, M. (2012). A comunicação no processo terapêutico das famílias de doentes mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 7. 54-60. Acedido em 24.03.2019 <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n7/n7a09.pdf>
- Gonçalves, M., Castro, S., Maia, O., Lopes, W. (1999). Os pais numa unidade de cuidados intensivos pediátricos. *Informar*. 18(5). 26- 28.
- Guerreiro, P. B. (2016). A Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica: A 'ARTE' de Cuidar. Dissertação de mestrado. Disponível no RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/16496>.
- Hagstrom, S. (2017). Family Stress in Pediatric Critical Care. *Journal of Pediatric Nursing* 32. 32–40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.10.007>.
- Hockenberry, M. J. (2014) A influência da família na promoção da saúde da criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Coords). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed). (Vol. I, Cap. 3, pp.49-71). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. J.; & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Coords). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed). (Vol. I, Cap.1, pp.1-20). Loures: Lusociência.
- Honoré, B. (2013). *O cuidar em perspectiva*. Loures: Lusociência.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança*. Loures: Lusociência.
- Keene, M; Perry, A. G.; & Potter, P. A. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos clínicos*. Lusociência.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.

- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. (3ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Lee, P. (1998). Na analysis and evaluation of Casey's conceptual framework. *International Journal of Nursing Studies*. 35(4). 204-209. Acedido a 24.03.2019. Disponível em [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(98\)00031-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(98)00031-5)
- Lei n.106/2009 de 14 de setembro (2009). Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. *Diário da República I Série*, N.º 178 (14-09-2009) 6254-6255.
- Lisanti, A.; Allen, L.; Kelly, L.; & Medoff-Cooper, B. (2017). Maternal Stress and Anxiety in the Pediatric Cardiac Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*. 26(2). 118-125. DOI: <https://doi.org/10.4037/ajcc2017266>.
- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau.
- Lopes, N. M. (2012). *Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: perspectiva dos enfermeiros*. Dissertação de mestrado não publicada. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. Acedido a 24.03.2019. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9376/1/TESE%20NATALIA%20Lopes.pdf>.
- Maman, M.P (2013). Percepção da família de crianças hospitalizadas sobre os cuidados da enfermagem. Dissertação de mestrado. Disponível em <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2018/01/8-HUMANIZA%C3%87%C3%83O-NA-ASSIST%C3%8ANCIA-AOS-PAIS-DE-CRIAN%C3%87AS-INTERNADAS-NA-UTI-PEDI%C3%81TRICA-ESTUDO-DE-CASO-EM-UM-HOSPITAL-P%C3%9ABLICO-DE-AN%C3%81POLIS-GO.pdf>
- McCance, T. (2005). A concept analysis of caring. In J. R. Cutcliffe & H. P. McKenna (Eds.). *The essential concepts of nursing* (33-49). Edinburgh: Elsevier.
- Melnik, B. M.; & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. (2nd ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

- Mendes, M.G.; & Martins, M. M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem de Referência*. 3(6). 113-121. Acedido a 24.03.2019. Disponível em <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RKXLSL3vul8J:www.index-f.com/referencia/2012pdf/36-113.pdf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt&client=firefox-b-d>
- Nascimento, C.; & Ferrão, S. (2016). De mestrando a mestre: impacto da formação no desenvolvimento profissional percebido pelos enfermeiros. In: M. G. Mestrinho (Coord.). *Formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros*. (pp. 57-110). Loures: Lusodidacta.
- Neil, R. (2004). Filosofia e ciência do cuidar. In M. Alligood & A. Tomey. *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. (163-183). (5ª. ed). Loures: Lusociência.
- Nóbrega, V.; Collet, N.; Silva, K.; & Coutinho, S. (2010). Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crónica. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 12(3), 431-440. Acedido a 25.02.2017. Disponível em https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a03.htm.
- Nunes, L. (2002). “Cinco estrelas”: acerca das competências morais no exercício de enfermagem. *Nursing*, 17, 8-11. Acedido a 18.01.2019 Disponível em https://conversamos.files.wordpress.com/2012/12/artigo-cinco-estrelas_2002.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar*. Lisboa: OE. Acedido a 14.12.2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Série I*, volume II, Número 3. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Parecer N.º6/2012: Formação sobre massagem para pais com os filhos internados na unidade de cuidados intensivos neonatais*. Acedido a 10.07.2017 Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Paginas/Colegios.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: OE.

- Organização Mundial de Saúde (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: OMS.
- Pacheco, S. (2002). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspectiva Ética*. Loures: Lusociência.
- Palmer, A. M.; Burns, S.; & Bulman, C. (1994). *Reflective practice in nursing: The growth of the professional practitioner*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.
- Pfetscher, S. (2004). Florence Nightingale. In M. Alligood & A. Tomey. *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (73-93). (5ª ed). Loures: Lusociência.
- Ramos, A. L. (2001). Empoderamento em saúde: o papel do enfermeiro. *The Internet Journal of Healthcare Administration*. 1(2). 26-31. Acedido a 21.03.2019. Disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9017/1/Revista%20Percursos%20n03_Enfermagem%20-%20Empoderamento%20em%20Sa%C3%BAde%20-%20O%20Papel%20do%20Enfermeiro.pdf.
- Regulamento nº 351/2015 de 22 de junho (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. *Diário da República II Série*, Nº 119 (22-06-2015) 16660-16665.
- Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República II Série*, Nº 133 (12-06-2018) 19192-19194.
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série*, Nº 140 (06-02-2019) 4744-4750.
- Rodríguez-Rey, R.; & Alonso-Tapia, J. (2016). Development of a screening measure of stress for parents of children hospitalised in a Paediatric Intensive Care Unit. *Australian Critical Care*, 29(3), 151–157. <http://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.11.002>

- Roets, L.; Rowe-Rowe, N.; & Nel, R. (2012). Family-centred care in the paediatric intensive care unit. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 624–630. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01365.x>
- Sanabria, M., & Rodriguez, L. (2016). Needs of Parents in Caring for Their Children in a Pediatric Intensive Care Unit. *Investigacion & Educacion en Enfermeria*.34(1). 29-37. DOI: 10.17533/udea.iee.v34n1a04.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry & D. Wilson (Coords). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed). (Vol. II, Cap. 26, pp.1025-1060). Loures: Lusociência.
- Sequeira, C. (coords.) (2016). Comunicação clínica e relação de ajuda. Lisboa: Lidel.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55 (1-2), 11-20.
- Sousa, M. L.; Sartor (V. V. B.); Padilha, M. I. C. S.; & Prado, M. L. (2005). O Cuidado em enfermagem – uma aproximação teórica. *Texto&Contexto Enfermagem*. 14(2). 266-270.
- Spiers, J. A. (2005). A concept analysis of vulnerability. In J. R. Cutcliffe & H. P. McKenna (Eds.). *The essential concepts of nursing* (331-347). Edinburgh: Elsevier
- Stuart, G. (2001). *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática*. (6ª. Ed). S. Paulo (Brasil): Artmed.
- Tamez, R. (2013). *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*.(5ª Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- The Joanna Briggs Institute (2015). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/supplement. Adelaide: JBI. Acedido a 12.12.2016. Disponível em http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf.
- Thibodeaux, A. G.; & Mooney-Doyle, K. (2014). Influências sociais, culturais e religiosas na promoção da saúde da criança. In M. Hockenberry & D. Wilson

- (Coords). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed). (Vol. I, Cap. 2, pp.21-48. Loures: Lusociência.
- Thomas, C.; & Plunkett, A. (2017). Care of the child and family in paediatric intensive care. *Paediatrics and Child Health*, 27(3). 143-145. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paed.2017.01.005>.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- UNICEF (1990). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. Acedido a 07.01.2017. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf.
- Watson, J. (1999). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura – um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Wheeler, B. J. (2014). Promoção da saúde do recém-nascido e da família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Coords). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed). (Vol. I, Cap. 8, pp.240-293). Loures: Lusociência.
- <http://www.iacrianca.pt/index.php/setores-iac/carta-da-crianca-hospitalizada> Acedido a 14.12.2016.
- <http://www.fpcardiologia.pt/problemas-cardiacos-na-crianca/> Acedido a 14.12.2016.
- http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/en/ Acedido a 25.10.2017.
- <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/cuidar> Acedido a 21.02.2019.
- <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track1/en/> Acedido a 18.03.2019.

ANEXOS

ANEXO I

**Certificado de Participação no 3º Workshop da Linha de Investigação
“Emoções em Saúde”**

3º WORKSHOP

Linha de investigação "Emoções em Saúde"



unidade de investigação & investigação em enfermagem

Certifica-se que

Filomena Marisa Lourenço Simões

Participou no **3º Workshop da Linha de Investigação "Emoções em Saúde"**, subordinado ao tema "**Team Building: Gestão das Emoções em Enfermagem**", que teve lugar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Polo Artur Ravara, nos dias 25 e 26 de Outubro de 2017, perfazendo um total de 8h.

Paula Diogo

Professora Doutora Paula Diogo

Coordenadora da Linha de Investigação "Emoções em Saúde"

ANEXO II

**Certificado de Participação na II Reunião de Enfermagem em Cuidados
Intensivos Pediátricos do CHLN-HSM**

CERTIFICADO

Filomena Simões

Participou na **H-Reunião de Enfermagem em Cuidados Intensivos Pediátricos**
realizada no dia 24 de novembro de 2017, em Lisboa.



© 2017 João Carriço

A Comissão Organizadora:



APÊNDICES

APÊNDICE I

Protocolo de Revisão *Scoping*

TÍTULO:

Estratégias de relação terapêutica para cuidar da criança e família com cardiopatia congênita numa Unidade de Cuidados Intensivos: protocolo de uma revisão *scoping*

Objetivo:

O objetivo desta revisão *scoping* é identificar e mapear as estratégias de relação terapêutica para criança e família com cardiopatia congênita numa Unidade de Cuidados Intensivos de cirurgia cardíaca.

Questão de revisão:

Quais as estratégias de relação terapêutica para cuidar da criança e família com cardiopatia congênita numa Unidade de Cuidados Intensivos de cirurgia cardíaca?

Background:

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) define a díade criança/família como principal beneficiário dos cuidados de enfermagem. A “criança” é todo o ser humano, desde o seu nascimento até aos dezoito anos (Convenção sobre os Direitos da Criança, 1990) e “família” é o conjunto de indivíduos que possuem a responsabilidade de prestar cuidados à criança ou adolescente, exercendo uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento. Embora os pais sejam os responsáveis pela maioria dos cuidados prestados, não se exclui a importância de outras pessoas significativas ou dos prestadores informais de cuidados, bem como de outros contextos (OE, 2015). A filosofia de cuidados em pediatria engloba a prestação de cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos.

O conceito de cuidar e a prática de enfermagem estão intimamente relacionados (McCance, 2005). Para Watson (1999) cuidar implica o uso do próprio *self* para desenvolver a relação com o outro. Assim, para desenvolver este projeto, escolhi a teoria de Watson, uma vez que são mobilizados conceitos de relação interpessoal no cuidado humano. De acordo com Watson (1999), na relação de cuidar o enfermeiro e cliente são coparticipantes.

O enfermeiro é responsável pela promoção da adaptação à doença bem como pela capacitação para a adoção de estratégias de *coping* e adequação do suporte familiar.

O efeito de uma criança com cardiopatia na família é complexo e implica uma adaptação física e psicológica ao nascimento de uma criança com necessidades especiais (Delaney, Schroeder & Baker, 2014).

A OE refere que a relação terapêutica trata-se de um processo dinâmico cujo objetivo é “ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde” (OE, 2002, p.10). Esta parceria pressupõe o envolvimento das pessoas significativas para o cliente nos cuidados de enfermagem (família e convivente significativo), que têm enfoque na promoção dos projetos de saúde de cada pessoa. Assim, relação terapêutica é uma intervenção de enfermagem, que permite cuidar da criança e família, reconhecendo as suas necessidades biofísicas, psicossociais e interpessoais.

Segundo a OE (2012), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica presta cuidados à criança saudável ou doente e trabalha em parceria com a criança e família para promover o mais elevado estado de saúde possível para cada criança, em qualquer contexto em que ela se encontre. Os cuidados não devem causar dano à criança, devendo prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família, promover uma sensação de controlo e prevenir ou minimizar a dor ou lesão corporal (Hockenberry & Barrera, 2014).

Thomas & Plunkett (2017) identificaram as emoções sentidas pelos pais aquando de internamento de um filho numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), nomeadamente: *stress*, medo, choque, tristeza, sentimento de culpa, isolamento, solidão e desamparo. Concluíram que mesmo após a alta da UCI, alguns pais desenvolvem transtorno de *stress* pós-traumático, ansiedade e depressão.

Outro estudo, de Lisanti, Allen, Kelly & Medoff-Cooper (2017), procurou identificar os *stressores* parentais das mães, cujos bebés com cardiopatia congénita complexa estavam internados numa UCI pediátricos, reconhecer as relações entre traços de ansiedade e três *stressores* parentais para a resposta ao *stress* parental. Os autores concluíram que o maior *stressor* para as mães era a aparência e o comportamento dos bebés, seguidas da alteração do papel parental, as imagens e

os sons. A combinação de traço de ansiedade e a alteração do papel dos pais explicou 26% da variância na ansiedade materna. As mães com outras crianças em casa tinham ansiedade significativamente maior do que as mães que tinham apenas o bebê hospitalizado.

Sanabria & Rodriguez (2015), com o objetivo de descreverem as necessidades de pais para participar no cuidado aos seus filhos hospitalizados na UCI pediátricos, identificaram que as necessidades dos pais para cuidar dos seus filhos são: comunicação clara e oportuna, familiarização com a tecnologia, o valor da família, favorecer a interação de pais-filhos durante a visita e valorizar/respeitar o conhecimento genérico. Para isso, os enfermeiros devem ter em conta o conhecimento genérico das pessoas e respeitar as suas crenças/cultura, com o fim de fortalecer o seu desempenho como profissional, através da personalização de cuidados de enfermagem.

Através da análise da evidência, parece necessário estabelecer uma relação terapêutica de forma a poder cuidar da criança e família internados numa UCI, sobretudo quando o diagnóstico se trata de uma doença cardíaca congénita. Neste sentido, surgiu a necessidade de sistematizar a evidência relativa às estratégias existentes que permitam estabelecer uma relação terapêutica com a criança e família com cardiopatia congénita numa Unidade de Cuidados Intensivos de cirurgia cardíaca.

Foi realizada uma pesquisa preliminar da literatura nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, bem como no *Joanna Briggs Institute (JBI) Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* e na *Cochrane Library*, que revelou não existir no momento (publicada ou em curso) uma revisão *scoping* sobre esta temática. Esta revisão *scoping* será elaborada segundo a metodologia proposta pelo JBI conforme o *Reviewer's Manual 2015* no que respeita à metodologia específica para a elaboração de uma revisão *scoping*.

Critérios de inclusão:

Tipos de participantes

A presente revisão *scoping* irá considerar estudos com participantes que incluam a criança e família com cardiopatia congênita internada numa UCI de cirurgia cardíaca, sendo especificamente:

- Criança: todo o ser humano desde o seu nascimento até aos dezoito anos independentemente do seu género, cultura, etnia ou diagnóstico;
- Família: o conjunto de indivíduos que possuem a responsabilidade de prestar cuidados à criança com diagnóstico de doença crónica independentemente do seu género, cultura ou etnia, particularmente, os pais ou substitutos dos mesmos, família nuclear, agregado familiar ou prestador informal de cuidados.

Conceito

Esta revisão *scoping* irá incluir todos os estudos que identifiquem quaisquer estratégias facilitadoras da relação terapêutica para cuidar da criança e família com cardiopatia congênita internada numa UCI de cirurgia cardíaca.

Contexto

Esta revisão *scoping* irá considerar os estudos conduzidos em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos, na prestação de cuidados de saúde à criança e família com cardiopatia congênita internada numa UCI de cirurgia cardíaca.

Tipos de estudos/fontes

A presente revisão *scoping* irá considerar todos os estudos quantitativos, qualitativos e revisões sistemáticas sobre o tema. Os estudos quantitativos incluem, mas não estarão limitados a, desenhos de estudos experimentais e desenhos de observação. Os estudos qualitativos incluem, mas não estarão limitados a, fenomenologia, teoria fundamentada e projetos etnográficos. As revisões sistemáticas incluem meta-análises e meta-sínteses.

Estratégia de pesquisa

Esta revisão *scoping* pretende identificar estudos publicados e não publicados. A pesquisa será realizada em três etapas.

A **pesquisa inicial** será limitada às bases de dados CINAHL e MEDLINE seguida por uma análise das palavras de texto contidas no título e resumo dos artigos recuperados e dos termos de indexação utilizados para descrever estes mesmos artigos.

Uma **segunda pesquisa** irá incluir todas as palavras-chave e os termos de indexação identificados como relevantes e será realizada em todas as bases de dados incluídas. Especificamente no âmbito desta revisão *scoping* a segunda etapa será realizada nas bases de *Academic Search Complete*, *CINAHL PLUS with full text*, *MEDLINE with full text*, [Cochrane Database of Systematic Reviews](#), *SCIELO Portugal e Brasil* e *ScienceDirect*, *B-on* e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

Em terceiro lugar, será realizada a análise das referências bibliográficas dos artigos selecionados para identificar outros artigos pertinentes ou literatura cinzenta relevante sobre a temática em revisão. A análise será efetuada por pelo menos dois revisores. Os revisores poderão entrar em contacto com os autores dos estudos primários, com o intuito de obter mais informações, se tal for considerado necessário. Serão considerados todos os estudos publicados em português, espanhol e inglês, sem limite temporal, averiguando assim a evolução das estratégias de relação terapêutica para cuidar da criança e família com cardiopatia congénita numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardíaca.

As bases de dados utilizadas para a pesquisa desta revisão *scoping*, através da plataforma EBSCOhost, incluem: *CINAHL plus with full text*, *MEDLINE plus with full text* e a *Cochrane database of systematic reviews*.

Palavras-chave: criança; família; cuidados centrados na família; cardiopatia congénita; cuidados intensivos; relação terapêutica.

Termos de indexação:

CINAHL: therapeutic relationship; professional-family relations; professional-patient relations; nurse-patient relations; child; adolescence; adult children; family; extended family; nuclear family; caregivers; critical illness; [congenital heart disease](#); congenital cardiopathy; heart defects, congenital; heart septal defects; intensive care units; critical care; intensive care units, neonatal; intensive care units, pediatric

MEDLINE: infant, newborn; infant; child, preschool; child; adolescent; family; caregivers; professional-patient relations; nurse-patient relations; [congenital heart disease](#); congenital cardiopathy; intensive care units; critical care; intensive care units, neonatal; intensive care units, pediatric

Extração de resultados

Para esta revisão *scoping*, os dados relevantes serão extraídos dos artigos incluídos através da utilização de um instrumento de extração de dados que irá permitir um resumo dos resultados, lógico e descritivo, que alinhe com o objetivo e questões de revisão facilitando a identificação de temas e lacunas na literatura. A tabela de extração de dados foi construída por quatro revisores independentes (ver Anexo II). Oa4441(d)6(e)-stienoo inst aiet3(e)-3(st d)-3(e)6(f)-81(e)-3(x)10(tra)-2(çã)-1o d dam-

Apresentação de resultados

De acordo com as diretrizes do JBI, serão identificados todos os estudos identificados e selecionados, sob a forma de um fluxograma de decisão de busca (ver Figura 1).

Posteriormente, para ilustrar e resumir os principais achados, os dados extraídos de cada um dos estudos serão apresentados em forma de tabela, logicamente alinhada com o objetivo e as questões desta revisão scoping, incluindo um mapa mental dos vários aspectos do estudo e como estes se inter-relacionam. Um resumo narrativo irá acompanhar os resultados e irá descrever como estes se relacionam com o objetivo e com as questões de revisão.

Figura 1: diagrama *PRISMA Flow* para o processo da revisão *scoping* (JBI).

BIBLIOGRAFIA

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. (2ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (2ª Ed.). Lusociência.
- Delaney, A.; Schroeder, M. L.; & Baker, A. (2014). A criança com disfunção cardiovascular. In M. Hockenberry & D. Wilson (Coords). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed). (Vol. II, pp.1427-1499). Loures: Lusociência.
- Diogo, P.; Baltar, P.; Santiago, D.; & Prudêncio, A. (2017). Afeto na prática de cuidados à criança hospitalizada sem acompanhante: determinante da relação enfermeiro-cliente. 1-43. In P. Diogo (Coords.). Diogo, P. *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Ethier, A. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Fim de Vida. In M. J. Hockenberry & D. Wilson. (Coords.) *Wong: enfermagem da criança e do adolescente* (931-963). (9ª ed). (Vol. 1). Loures: Lusociência
- Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2014). Perspectivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Coords). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed). (Vol. I, pp.1-20). Loures: Lusociência.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança*. Loures: Lusociência.
- Keene, M; Perry, A. G.; & Potter, P. A. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos clínicos*. Lusociência.
- Lisanti, A., Allen, L., Kelly, L., & Medoff-Cooper, B. (2017). Maternal Stress and Anxiety in the Pediatric Cardiac Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*. 26(2). 118-125. DOI: <https://doi.org/10.4037/ajcc2017266>.
- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau.
- McCance, T. (2005). A concept analysis of caring. In J. R. Cutcliffe & H. P. McKenna (Eds.). *The essential concepts of nursing* (33-49). Edinburgh: Elsevier.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Série I, volume II, Número 3*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: OE.

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.
- Regulamento nº 351/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. *Diário da República II Série*, nº 119 (22-06-2015) 16660-16665.
- Sanabria, M., & Rodriguez, L. (2016). Needs of Parents in Caring for Their Children in a Pediatric Intensive Care Unit. *Investigacion & Educacion en Enfermeria*.34(1). 29-37. DOI: 10.17533/udea.iee.v34n1a04.
- Sequeira, C. (coords.) (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel.
- The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/supplement*. Adelaide: JBI. Acedido a 12.12.2016. Disponível em http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf.
- Thomas, C., & Plunkett, A. (2017). Care of the child and family in paediatric intensive care. *Paediatrics and Child Health*, 27(3). 143-145. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paed.2017.01.005>.
- UNICEF (1990). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. Acedido a 07.01.2017. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf.
- Watson, J. (1999). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura – um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

APÊNDICE II

Cronograma de Estágio

Cronograma de Estágio

Saúde Infantil e Pediátrica	3º Semestre	Ano	2017														2018								
		Mês	Set.	Outubro					Novembro					Dezembro				Janeiro				Fevereiro			
		Dia	25	02	09	16	23	30	06	13	20	27	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26
			01	08	15	22	29	05	12	19	26	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	04
Estágio com relatório	Unidade de Cuidados Intensivos Especiais de Neonatologia					Serviço de Internamento de Pediatria					Serviço de Urgência Pediátrica				FÉRIAS DE NATAL		Estágio de Saúde Infantil (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados)				Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorádica		Elaboração e Apresentação do Relatório		

APÊNDICE III

Guia Orientador de Atividades de Estágio



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
3º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Mestranda

Filomena Marisa Lourenço Simões

Docente Orientador

Professora Maria Filomena Sousa

LISBOA

Setembro 2017

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	3
2. PLANO DE ESTÁGIO	7
2.1. Objetivos e atividades a desenvolver no Estágio no Serviço de Neonatologia (25/09/2017 a 22/10/2017)	7
2.2. Objetivos e atividades a desenvolver no Estágio no Serviço de Internamento de Pediatria (23/10/17 a 19/11/17)	9
2.3. Objetivos e atividades a desenvolver no Estágio em Serviço de Urgência Pediátrica (20/11/17 a 17/12/17)	11
2.4. Objetivos e atividades a desenvolver no Estágio em Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (01/01/18 a 28/01/18)	13
2.5. Objetivos e atividades a desenvolver no Estágio em Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica (29/01/18 a 11/02/18)	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

INTRODUÇÃO

Integrado no Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no 1º ano, 2º semestre, desenvolvi o projeto de estágio que me conduzirá ao desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Como foco de atenção especial, do Estágio, propus-me adquirir conhecimentos e desenvolver competências no “Cuidar da Criança e Família Internada Numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardíaca: A relação terapêutica como intervenção de enfermagem”.

Neste Estágio com duração de 18 semanas, prestarei cuidados de enfermagem em vários contextos: Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia, Serviço de Internamento, Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados de Saúde Primários. Estes locais foram selecionados criteriosamente por serem locais de referência na prática de cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. A ordem pela qual irei estar nos diferentes de cuidados relaciona-se com a disponibilidade das instituições para a sua realização.

A Enfermagem Pediátrica, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) o principal beneficiário dos cuidados é a díade criança/família. Sendo que para este organismo a família não contempla apenas os pais, inclui outras pessoas significativas ou prestadores informais de cuidados à criança (OE, 2015).

A filosofia de cuidados em pediatria engloba a prestação de cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos. Assim, cuidar da criança significa cuidar da sua família. O enfermeiro é responsável pela promoção da adaptação da doença bem como pela capacitação para a adoção de estratégias de *coping* e adequação do suporte familiar. Segundo a OE (2012), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica presta cuidados à criança saudável ou doente e trabalha em parceria com a criança e família para promover o mais elevado estado de saúde possível para cada criança, em qualquer contexto em que ela se encontre. Os cuidados não devem causar dano à criança, devendo prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família, promover

uma sensação de controlo e prevenir ou minimizar a dor ou lesão corporal (Hockenberry & Barrera, 2014).

O conceito de cuidar e a prática de enfermagem estão intimamente relacionados (McCance, 2005). Para Watson (1999) cuidar implica o uso do próprio *self* para desenvolver a relação com o outro. Assim, para desenvolver este projeto, escolhi a teoria de Watson, uma vez que são mobilizados conceitos de relação interpessoal no cuidado humano. De acordo com Watson (1999), na relação de cuidar o enfermeiro e cliente são coparticipantes. A relação terapêutica é uma intervenção de enfermagem, que permite cuidar da criança e família reconhecendo as suas necessidades biofísicas, psicossociais e interpessoais do cliente.

A razão pela qual selecionei o foco de atenção especial prende-se com motivos pessoais e profissionais.

Eu trabalho num serviço de cirurgia cardíaca de um hospital de Lisboa, e na prestação de cuidados à criança e família percebi que nem sempre os enfermeiros estabelecem com a criança e família uma relação terapêutica. Frequentemente os pais não são envolvidos nos cuidados de enfermagem, Muitas vezes é-lhes fornecida informação sobre o diagnóstico e plano terapêutico, mas nem sempre de modo compreensível, ou eles não a compreendem porque o momento não é o adequado. De que o *stress* da hospitalização e o medo face ao diagnóstico perturbam a sua atenção e capacidade de compreensão. Por outro lado, na unidade de cuidados intensivos, não é permitido que os pais permaneçam 24h junto da criança (o período de permanência dos pais, ou seu representante, é no período compreendido entre as 10h-22h), levando a um afastamento da criança durante um período prolongado.

Esta preocupação e sentimento de que não se estabelece com a criança e cuidador uma relação terapêutica é também da equipa de enfermagem. No serviço, sentimos e frequentemente partilhamos, entre os enfermeiros, esta preocupação relacionada essencialmente com dificuldades comunicacionais com os pais. Assim, propus-me aprofundar conhecimentos e competências que me permitisse ajudar a colmatar esta lacuna sentida pela equipa de enfermagem. Para alcançar tal objetivo procedi a uma pesquisa e leitura de literatura atualizada sobre a relação terapêutica para saber o já fora estudado e orientações existem. Nesta investigação, segui as

orientações do Manual do Instituto *Joanna Briggs*, adotando uma estratégia de pesquisa inicial e abrangente, que permitiu mapear a evidência sobre o tema em estudo. Esta, permitiu identificar estudos que dizem que os pais das crianças internadas em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) têm necessidade de gerir as emoções, necessitam de informação sobre a evolução do estado de saúde das crianças, e precisam de ser envolvidos nos cuidados prestados aos seus filhos.

O efeito de uma criança com cardiopatia, na família, é múltiplo e complexo. Segundo Delaney, Schroeder & Baker (2014), a presença de uma cardiopatia congénita na família implica uma adaptação física e psicológica ao nascimento de uma criança com necessidades especiais.

Existem vários conceitos sobre a relação enfermeiro-cliente, e eu optei por adotar a definição de “relação terapêutica” assumida pela OE (2002), que defende a promoção da relação terapêutica no âmbito do exercício profissional. Esta relação é uma parceria estabelecida entre o enfermeiro e o cliente, respeitando as suas capacidades e abstendo-se de juízos de valor.

A OE refere que a relação terapêutica trata-se de um processo dinâmico cujo objetivo é “ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde” (OE, 2002, p.10). A relação terapêutica só é possível em parceria cliente-enfermeiro. Esta parceria pressupõe o envolvimento das pessoas significativas para o cliente nos cuidados de enfermagem (família e convivente significativo), que têm enfoque na promoção dos projetos de saúde individuais.

Tendo como base o que foi exposto, defini como objetivos gerais para este Estágio:

- Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem para a prestação de cuidados de enfermagem à criança e família, nas diferentes fases de desenvolvimento e situações de saúde e aos três níveis de prevenção
- Desenvolver competências de relação terapêutica com a criança/família internada numa Unidade de Cuidados Intensivos, submetida a cirurgia cardíaca.

Para concretizar estes objetivos, de acordo com as minhas necessidades formativas e considerando as oportunidades que cada contexto onde vou

desenvolver o Estágio me poderá proporcionar, defini objetivos e atividades comuns e específicas que apresento a seguir.

2. PLANO DE ESTÁGIO

Para cada contexto de estágio, passo a apresentar os objetivos e atividades delineadas previamente a cada contexto de estágio.

2.1. Objetivos e atividades a desenvolver no Estágio Unidade de Cuidados Intensivos Especiais de Neonatologia (25/09/2017 a 22/10/2017)

Objetivos	Atividades a desenvolver	Competências Específicas de EEESCJ
Conhecer o método de gestão de cuidados utilizado neste serviço	<ul style="list-style-type: none">- Consulta de normas e protocolos que orientam a gestão de cuidados- Reuniões com a enfermeira chefe e a enfermeira orientadora para conhecer e discutir o método de gestão de cuidados	
Conhecer a filosofia de enfermagem que suporta a prestação de cuidados no serviço de neonatologia	<ul style="list-style-type: none">- Consulta de normas de prestação de cuidados de enfermagem- Reuniões com a enfermeira orientadora para discutir a filosofia de cuidados prestados e sua operacionalização- Observação da dinâmica e prática de cuidados de enfermagem no serviço	
Prestar cuidados de enfermagem ao RN (recém-nascido) e família em situação complexa de saúde internado no serviço de neonatologia	<ul style="list-style-type: none">- Consulta do processo da criança- Discussão com a enfermeira orientadora de práticas de cuidados específicos à criança e família- Prestação de cuidados diretos ao RN em situação complexa de saúde: respiração, circulação, cuidados de higiene e conforto,	<i>E 1.1 – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da</i>

	<p>alimentação, eliminação, distúrbios metabólicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento da família do RN internado no serviço: apresentação do serviço e normas de funcionamento e apresentação da equipa - Informar os pais sobre a situação da criança - Estimular a participação dos pais nos cuidados, de acordo com as suas capacidades e situação da criança - Orientação antecipada da família para questões relacionadas com o crescimento e desenvolvimento da criança considerando a patologia 	<p><i>criança/jovem</i></p> <p><i>E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais</i></p>
Refletir sobre os cuidados prestados	<ul style="list-style-type: none"> - Leitura sobre prestação de cuidados ao RN prematuro - Reflexão com a enfermeira orientadora sobre os cuidados prestados 	
Desenvolver uma relação terapêutica com a família do RN internado no serviço de neonatologia	<ul style="list-style-type: none"> - Praticar uma escuta ativa, - Utilização da comunicação verbal com discurso adequado à família e ao momento - Utilização da comunicação não-verbal adequada à família e ao momento - Observação da relação, desenvolvida pelos enfermeiros, como modelo orientador para a minha prática - Discussão com a enfermeira orientadora das práticas de comunicação utilizadas no serviço 	<p><i>E 3.3 – Comunica com a criança, jovem e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</i></p>
Ajudar a família a gerir as emoções	<ul style="list-style-type: none"> - Dar espaço – físico e temporal – para que a família manifeste as suas emoções - Respeitar os silêncios - Incentivar a partilha com a família alargada ou outras pessoas significativas – amigos, grupos de apoio - Orientação e ser elo de ligação com outros profissionais especializados, se necessário – psicólogo, orientador espiritual 	
Aprofundar conhecimentos sobre cuidados de enfermagem ao RN internado no serviço de neonatologia	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa e leitura de bibliografia atualizada relacionada com a prestação de cuidados à criança e família internada numa Unidade de Cuidados Neonatais - Elaborar uma reflexão crítica escrita durante o estágio do S. Neonatologia 	

Aprofundar conhecimentos sobre diferentes culturas e religiões	- Pesquisa e leitura de bibliografia relacionada com multiculturalidade e religiões	
--	---	--

2.2. Objetivos e atividades a desenvolver no Estágio no Serviço de Internamento de Pediatria (23/10/17 a 19/11/17)

Objetivos	Atividades a desenvolver	Competências Específicas de EEESCJ
Conhecer o método de gestão de cuidados utilizado neste serviço	- Consulta de normas e protocolos que orientam a gestão de cuidados com a enfermeira chefe e a enfermeira orientadora para conhecer e discutir o método de gestão de cuidados	
Conhecer a filosofia de enfermagem que suporta a prestação de cuidados no serviço de internamento	- Consulta de normas de prestação de cuidados de enfermagem - Reuniões com a enfermeira orientadora para discutir a filosofia de cuidados prestados e sua operacionalização - Observação da dinâmica e prática de cuidados de enfermagem no serviço	
Prestar cuidados de enfermagem à criança e família internada no serviço de internamento de pediatria	- Acolhimento da criança e da família ao serviço: apresentação do serviço e normas de funcionamento e apresentação da equipa - Prestação de cuidados diretos à criança submetida a cirurgia geral (pré e pós-operatório), de acordo com os guias de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da OE - Prestação de cuidados não traumáticos - Aplicação de escalas de avaliação da dor - Informar os pais sobre a situação da criança	<i>E 1.1 – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem</i> <i>E 2.1 – Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a participação da criança e dos pais nos cuidados, de acordo com as suas capacidades - Orientação antecipada da família para questões relacionadas com o crescimento e desenvolvimento da criança considerando a patologia - Promoção comportamentos de saúde da criança/jovem e família – adesão ao Plano Nacional de Vacinação, hábitos alimentares saudáveis, prática de exercício físico 	<p><i>risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados</i></p> <p><i>E2.2 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas</i></p> <p><i>E 3.1. – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil</i></p> <p><i>E 3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil</i></p> <p><i>E 3.1.2 – Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem</i></p>
Desenvolver uma relação terapêutica com a criança e a família internada no serviço de internamento de pediatria	<ul style="list-style-type: none"> - Praticar uma escuta ativa, - Utilização da comunicação verbal com discurso adequado à criança e família e ao momento - Utilização da comunicação não-verbal adequada à criança e família e ao momento - Observação da relação, desenvolvida pelos enfermeiros, como modelo orientador para a minha prática - Discussão com a enfermeira orientadora das práticas de comunicação utilizadas no serviço 	
Ajudar a criança e a família a lidar com as emoções	<ul style="list-style-type: none"> - Dar espaço – físico e temporal – para que a criança e a família manifestem as suas emoções - Respeitar os silêncios - Incentivar a partilha com a família alargada ou outras pessoas significativas – amigos, grupos de apoio/doentes internados - Orientação e ser elo de ligação com outros profissionais especializados, se necessário – psicólogo, orientador espiritual 	

Aprofundar conhecimentos sobre cuidados de enfermagem à criança submetida a cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa e leitura de bibliografia atualizada relacionada com a prestação de cuidados à criança e família internada num Serviço de Cirurgia Geral Pediátrico - Elaborar uma reflexão crítica escrita durante o estágio no S. de Cirurgia Geral Pediátrico 	
Aprofundar conhecimentos sobre diferentes culturas e religiões	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa e leitura de bibliografia relacionada com multiculturalidade e religiões 	

2.3. Objetivos e atividades a desenvolver no Estágio em Serviço de Urgência Pediátrica (20/11/17 a 17/12/17)

Objetivos	Atividades a desenvolver	Competências Específicas de EEESCJ
Conhecer o método de gestão de cuidados utilizado neste serviço	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de normas e protocolos que orientam a gestão de cuidados - Reuniões com a enfermeira chefe e a enfermeira orientadora para conhecer e discutir o método de gestão de cuidados 	
Conhecer a filosofia de enfermagem que suporta a prestação de cuidados no serviço de urgência pediátrica	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de normas de prestação de cuidados de enfermagem - Reuniões com a enfermeira orientadora para discutir a filosofia de cuidados prestados e sua operacionalização - Observação da dinâmica e prática de cuidados de enfermagem no serviço 	
Prestar cuidados de enfermagem à criança em situação de urgência ou emergência de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento da criança e da família ao serviço: apresentação do serviço e normas de funcionamento e apresentação da equipa - Prestação de cuidados de enfermagem diretos à criança e família em contexto de urgência e emergência - Prestação de cuidados não traumáticos - Aplicação de escalas de avaliação da dor - Informar os pais sobre a situação da criança - Estimular a participação da criança e dos pais nos cuidados, de acordo 	<p><i>E 1.1 – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem</i></p> <p><i>E 2.1 – Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e</i></p>

	<p>com as suas capacidades e situação da criança</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientação antecipada da família para questões relacionadas com o crescimento e desenvolvimento da criança considerando a patologia - Promoção comportamentos de saúde da criança/jovem e família – adesão ao Plano Nacional de Vacinação, hábitos alimentares saudáveis, prática de exercício físico 	<p><i>risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados</i></p> <p><i>E2.2 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas</i></p> <p><i>E 3.1. – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil</i></p> <p><i>E 3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil</i></p> <p><i>E 3.1.2 – Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem</i></p>
<p>Desenvolver uma relação terapêutica com a criança e a família em situação de urgência e emergência de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Praticar uma escuta ativa, - Utilização da comunicação verbal com discurso adequado à criança e família e ao momento - Utilização da comunicação não-verbal adequada à criança e família e ao momento - Observação da relação, desenvolvida pelos enfermeiros, como modelo orientador para a minha prática - Discussão com a enfermeira orientadora das práticas de comunicação utilizadas no serviço 	<p><i>E 3.3 – Comunica com a criança, jovem e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura</i></p>
<p>Ajudar a criança e a família a lidar com as emoções</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dar espaço – físico e temporal – para que a criança e a família manifestem as suas emoções - Respeitar os silêncios - Incentivar a partilha com a família alargada ou outras pessoas significativas – amigos, grupos de apoio/doentes internados - Orientação e ser elo de ligação com outros profissionais especializados, se necessário – psicólogo, orientador espiritual 	

Aprofundar conhecimentos sobre cuidados de enfermagem à criança com situação que requer cuidados de saúde urgentes e emergentes	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa e leitura de bibliografia atualizada relacionada com a prestação de cuidados à criança e família em contexto de Urgência - Elaborar uma reflexão crítica escrita durante o estágio no S. de Urgência Pediátrico 	
Aprofundar conhecimentos sobre diferentes culturas e religiões	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa e leitura de bibliografia relacionada com multiculturalidade e religiões 	

2.4. Objetivos e atividades a desenvolver no Estágio em Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (01/01/18 a 28/01/18)

Objetivos	Atividades a desenvolver	Competências Específicas de EEESCJ
Conhecer o método de gestão de cuidados utilizado nesta unidade	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de normas e protocolos que orientam a gestão de cuidados - Reuniões com a enfermeira chefe e a enfermeira orientadora para conhecer e discutir o método de gestão de cuidados 	
Conhecer a filosofia de enfermagem que suporta a prestação de cuidados da UCSP	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de normas de prestação de cuidados de enfermagem - Reuniões com a enfermeira orientadora para discutir a filosofia de cuidados prestados e sua operacionalização - Observação da dinâmica e prática de cuidados de enfermagem no serviço 	
Prestar cuidados de enfermagem à criança/jovem em contexto da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados à criança no âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Pediátrico - Aplicação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil - Escala de avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, bem como a Escala <i>Growing Skills II</i> 	<p><i>E 1.1 – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem</i></p> <p><i>E. 1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas</i></p>
Desenvolver competências de	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados não traumáticos - Orientação antecipada da família sobre questões relacionadas com o 	

<p>avaliação e promoção do desenvolvimento infantil</p>	<p>crescimento e desenvolvimento da criança/jovem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promoção da vigilância de saúde e da adesão a comportamentos de saúde da criança/jovem e família – adesão ao Plano Nacional de Vacinação, hábitos alimentares saudáveis, prática de exercício físico - Detecção precoce e intervenção em situação de comportamentos de risco de saúde - Orientação e ser elo de ligação com os recursos da comunidade – serviço social, associações 	<p><i>situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem</i></p> <p><i>E2.2 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas</i></p> <p><i>E 3.1. – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil</i></p> <p><i>E 3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil</i></p> <p><i>E 3.1.2 – Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem</i></p>
<p>Desenvolver uma relação terapêutica com a criança e a família em contexto comunitário</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as necessidades de informação da criança e família - Praticar uma escuta ativa, - Utilização da comunicação verbal com discurso adequado à criança e família e ao momento - Utilização da comunicação não-verbal adequada à criança e família e ao momento - Observação da relação, desenvolvida pelos enfermeiros, como modelo orientador para a minha prática - Discussão com a enfermeira orientadora das práticas de comunicação utilizadas no serviço 	<p><i>E 3.3 – Comunica com a criança, jovem e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura</i></p>

**2.5. Objetivos e atividades a desenvolver no Estágio em Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica
(29/01/18 a 11/02/18)**

Objetivos	Atividades a desenvolver	ênças Específicas de EEESIP
Desenvolver uma relação terapêutica com a criança e a família internada na UCI	<ul style="list-style-type: none"> - Praticar uma escuta ativa, - Utilização da comunicação verbal com discurso adequado à criança e família e ao momento - Utilização da comunicação não-verbal adequada à criança e família e ao momento - Observação da relação, desenvolvida pelos enfermeiros, como modelo orientador para a minha prática - Discussão com a enfermeira orientadora das práticas de comunicação utilizadas no serviço 	<i>Comunica com a criança, jovem e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura</i>
Ajudar a criança e a família a lidar com as emoções	<ul style="list-style-type: none"> - Dar espaço – físico e temporal – para que a criança e a família manifestem as suas emoções - Respeitar os silêncios - Incentivar a partilha com a família alargada ou outras pessoas significativas – amigos, grupos de apoio/doentes internados - Orientação e ser elo de ligação com outros profissionais especializados, se necessário – psicólogo, orientador espiritual 	
Partilha de experiências adquiridas ao longo dos estágios com os colegas do serviço de CCT	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniões formais ou informais com os colegas - Reunir a informação em <i>dossier</i> do serviço 	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (2ª Ed.). Lusociência.
- Direcção-Geral da Saúde (2006). *Circular Normativa n.º 11/DSMIA: [Diagnóstico Pré-Natal de Cardiopatias Congénitas](#)*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 11.07.2017 Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/diagnostico-pre-natal.aspx>
- Delaney, A.; Schroeder, M. L.; & Baker, A. (2014). A criança com disfunção cardiovascular. In M. Hockenberry & D. Wilson (Coords). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed). (Vol. II, pp.1427-1499). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2014). Perspectivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Coords). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed). (Vol. I, pp.1-20). Loures: Lusociência.
- McCance, T. (2005). A concept analysis of caring. In J. R. Cutcliffe & H. P. McKenna (Eds.). *The essential concepts of nursing* (33-49). Edinburgh: Elsevier.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar*. Lisboa: OE. Acedido 14.12.2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Série I, volume II, Número 3*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: OE.
- Regulamento nº 351/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. *Diário da Republica II Série*, nº 119 (22-06-2015) 16660-16665.

The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/supplement*. Adelaide: JBI. Acedido a 12.12.2016. Disponível em [http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf).

Watson, J. (1999). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Watson, J. (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura – um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

APÊNDICE IV
Análise Crítica e Reflexiva na Unidade de Cuidados Intensivos
Especiais de Neonatologia



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
3º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Estágio em Serviço de Neonatologia
Análise Crítica e Reflexiva**

Mestranda

Filomena Marisa Lourenço Simões

Docente Orientador

Professora Maria Filomena Sousa

LISBOA

Outubro 2017

LISTA DE SIGLAS

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

LM – Leite Materno

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ÍNDICE

	<i>Página</i>
INTRODUÇÃO	4
ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA	5
CONSIDERAÇÕES FINAIS	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13
Anexo I	

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP) pressupõe prestar cuidados à criança saudável ou doente, trabalhando em parceria com a ela e a sua família, para promover o mais elevado estado de saúde possível, em qualquer contexto em que ela se encontre (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

O objetivo primordial do estágio é desenvolver competências de EEESIP para a prestação de cuidados de enfermagem à criança e família, nas diferentes fases de desenvolvimento e situações de saúde e aos três níveis de prevenção. Assim, anteriormente delineei objetivos e atividades para desenvolver durante o período de estágio no serviço de neonatologia (Anexo I).

O serviço de neonatologia sempre foi muito especial para mim, desde os tempos da Licenciatura em Enfermagem. No 3º ano desse curso, tive a possibilidade de prestar cuidados ao recém-nascido (RN), numa perspetiva de estudante de enfermagem, sem a experiência e os conhecimentos que possuo atualmente.

A minha experiência enquanto enfermeira conta com onze anos de prestação de cuidados ao adulto, sendo que nos últimos dois anos também prestei cuidados em pediatria. Pela curta experiência, reside alguma insegurança na prestação de cuidados ao RN.

Com o estágio neste serviço, desenvolvi atividades que contribuíssem para a aquisição de competências de EEESIP, com especial atenção na relação terapêutica. Assim, pretendi cumprir com pressupostos da filosofia de cuidados pediátricos como os cuidados centrados na família. A Ordem dos Enfermeiros (OE) defende a utilização de “um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” (OE, 2010, p.1).

ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

Prematuridade, vulnerabilidade, apego/vinculação e luto

Benner (2001) aplicou o modelo de aquisição de competências de Dreyfus à Enfermagem, e explicou os níveis de competência dos enfermeiros. O modelo de Dreyfus postula hipóteses fundadas sobre a experiência em situação, distinguindo o nível dos atos competentes. Assim, Benner (2001) identificou:

- Nível 1 ou iniciado (devido à inexperiência, o enfermeiro iniciado apresenta um comportamento limitado e rígido);
- Nível 2 ou de iniciada avançada (o enfermeiro possui um conjunto de experiências que lhe permite saber agir em situações de características semelhantes);
- Nível 3 ou competente (o enfermeiro consegue estabelecer prioridades, de acordo com uma análise consciente, abstrata e analítica do problema);
- Nível 4 ou proficiente (o enfermeiro apercebe-se das situações como uma globalidade e não analisa somente aspetos isolados; consegue prever o decurso dos acontecimentos como sendo uma situação típica, melhorando o seu processo de decisão);
- Nível 5 ou perito (o enfermeiro perito possui uma capacidade de reconhecimento que não se rege por regras rígidas, pelo contrário, o enfermeiro perito revela um nível de adaptabilidade e de competências, mantendo no entanto a sua capacidade de analisar os acontecimentos para se adaptar às circunstâncias que possam não desenvolver-se de acordo com o previsto).

De facto, ao longo deste estágio, fui reconhecendo os meus níveis de competência, baseado neste modelo: a minha área de conforto é a cirurgia cardíaca e, ao prestar cuidados em neonatologia, nem sempre me senti confiante ou à vontade para tomar decisões. Ou seja, apesar de ser uma enfermeira proficiente na prestação de cuidados em cirurgia cardíaca ou até mesmo ao nível de perito, quando prestei cuidados no serviço de neonatologia senti-me como estando no nível iniciado avançado ou por vezes competente, relacionado com a complexidade de

cuidados ao recém-nascido prematuro. Para superar esta situação, recorri à pesquisa bibliográfica, esclarecimento de dúvidas com a orientadora e desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo através de momentos de discussão com a orientadora.

No serviço onde fiz estágio, a maioria dos recém-nascidos internados tinham diagnóstico de prematuridade, por vezes com outras co-morbilidades associadas.

Centeno (2017) refere que o parto pré-termo é aquele que ocorre antes das 37 semanas de gestação. Este tem consequências importantes para o RN, condicionando riscos acrescidos de morbidade e de mortalidade. A prematuridade é a principal causa de mortalidade entre os recém-nascidos. Estas consequências do parto pré-termo condicionam a reação dos pais ao nascimento do seu filho. Primeiro pelo risco de vida em que o recém-nascido se encontra e, por outro lado, a confrontação entre o bebé real e o bebé idealizado (e consequente luto).

A questão da prematuridade remete para o conceito de vulnerabilidade. Segundo Spiers (2005), a noção de vulnerabilidade é um conceito essencial que as enfermeiras enfrentam diariamente no seu trabalho. Compreender o conceito de vulnerabilidade, a par do estabelecimento de uma relação de confiança, melhora a relação enfermeiro-cliente.

O termo vulnerabilidade pode possuir várias definições. Segundo Spiers (2005) citando Brown (1993), “vulnerabilidade” significa a qualidade de estar “vulnerável”. Este conceito relaciona-se com o conceito de “risco”. Segundo Spiers (2005), “risco” relaciona-se com perceções externas, sendo a possibilidade da ocorrência de um evento (futuro) acontecer e atingir determinada área, população ou indivíduo. O conceito de vulnerabilidade é existencial. “Vulnerável” pode ainda significar estar física ou emocionalmente ferido ou ser suscetível de ser prejudicado, lesado ou agredido (Rogers, 1997 citado por Spiers, 2005). De qualquer modo, o conceito de vulnerabilidade tem que ser definido sob a perspetiva da pessoa e não é quantificável (Spiers, 2005).

A profissão de enfermagem, enquanto profissão de relação, compreende a importância do conceito de vulnerabilidade, de risco, de confiança, permitindo prestar cuidados de qualidade aos clientes. De acordo com a OE (2002), os cuidados de enfermagem tem enfoque na prevenção da doença e promoção dos processos de readaptação, visam a satisfação das necessidades humanas

fundamentais, a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores. A qualidade dos cuidados de enfermagem visa igualmente a satisfação do cliente, através da minimização do impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente (OE, 2002).

O nascimento de um RN pré-termo (RNPT) envolve questões de várias ordens, nomeadamente pela complexidade de cuidados que o RN necessita (de acordo com a idade gestacional) e conseqüentemente pelo impacto que o nascimento de um RNPT tem na família. Segundo Bloch, Lequien & Provasi (2003), “o nascimento prematuro é um risco inerente à vida” (p. 7). Os pais do RN têm que se adaptar à situação de complexidade, à necessidade de internamento e de cuidados específicos e têm que fazer o luto da criança idealizada (em casos extremos, lidam com a morte do RN). Segundo Tamez (2013), cabe à equipa da neonatologia ajudar os pais a superar esta fase difícil, para que sejam capazes de lidar com o *stress*, que leva a um distanciamento entre os pais e o filho.

A teoria do apego de Bowlby (1984) revela a tendência dos seres humanos para estabelecer fortes laços afetivos com outros e permite compreender a reação emocional que ocorre quando estes laços ficam ameaçados ou são rompidos (Worden, 1998). Segundo Bowlby (1984) e Ainsworth (1989), estes laços surgem desde cedo na vida, relacionado com a necessidade de segurança e proteção. Este fenómeno é igualmente designado por vinculação. Worden (1998) refere que formar laços com pessoas significativas é um comportamento normal em crianças e entre adultos.

O processo de luto é um processo difícil de completar. Segundo Worden (1998) e Ethier (2014), o luto é um processo no qual há uma adaptação à perda. Worden (1998) citando Engel (1961) define que “o luto representa uma saída do estado de saúde e bem-estar (...) que ocorre até que a restauração da função possa acontecer” (Worden, 1998, p.22). Ao definir o luto como sendo um processo, Worden (1998) defende que tal como o crescimento e o desenvolvimento são influenciados por tarefas que quando não são cumpridas verifica-se compromisso do crescimento e desenvolvimento, também o luto é superado através da conclusão de tarefas. O autor refere quatro tarefas básicas: aceitar a realidade da perda, elaborar a dor da perda, ajustar-se a um ambiente na ausência da pessoa falecida, reposicionar em termos emocionais a pessoa que faleceu e continuar a vida. Estas necessitam de

ser concluídas para não prejudicar o crescimento e desenvolvimento futuros. Uma vez que o luto é um processo e não um estado, estas tarefas não seguem uma ordem específica, mas pressupõem uma certa ordem (uma vez que enquanto não houver aceitação da ocorrência da perda, a pessoa não pode lidar com o impacto emocional da perda).

Desenvolver uma relação Terapêutica no Serviço de Neonatologia

A OE define a relação terapêutica como um processo dinâmico cujo objetivo é “ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde” (OE, 2002, p.10). Esta parceria pressupõe o envolvimento das pessoas significativas para o cliente nos cuidados de enfermagem (família e convivente significativo), que têm enfoque na promoção dos projetos de saúde de cada pessoa.

A Teoria do Cuidado Transpessoal proposta por Watson postula que é através do cuidado com a pessoa e com a vida, sob um enfoque humano, que se dá a verdadeira identificação profissional, uma vez que essência da enfermagem constrói-se com base na relação pessoa a pessoa (Neil, 2004).

Segundo Watson (1999) “uma relação profissional pode permitir e permite, que o enfermeiro como pessoa beneficie e seja influenciado pelo outro; todavia, o enfermeiro não depende daquilo que recebe do utente para manter o envolvimento” (Watson, 1999, p. 114). Para a autora, o enfermeiro não é mais nem menos importante na relação, nem se envolve mais nem menos na relação, mas integra uma perspetiva objetiva externa da situação.

Segundo Favero, Mazza & Lacerda (2012), referindo-se ao cuidado ao recém-nascido (RN) internado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), faz-se necessário refletir acerca do cuidado realizado ao RN e sua família, de tal maneira que, ao cuidar do bebé, a família também seja cuidada. Baseadas nos pressupostos de Watson, as autoras acrescentam que este cuidado é transpessoal, uma vez que exige conhecimento sobre o comportamento humano, o impacto emocional da situação para a pessoa na sua individualidade e as suas respostas à mesma.

Durante este estágio, pude observar e compreender a relação desenvolvida entre a equipa de enfermagem e os pais, assente na filosofia de cuidados centrados

na família e nos cuidados não traumáticos. Consegui desenvolver competências de relação terapêutica, estabelecendo uma comunicação com os pais. Procurei sempre adequar a linguagem utilizada, expliquei aos pais como cuidar dos seus filhos nesta situação de especial complexidade, demonstrei como se prestam esses mesmos cuidados e incentivei o seu envolvimento na prestação dos mesmos; procurei capacitar os pais para cuidar do seu filho.

De entre os cuidados de enfermagem prestados, destaco o acolhimento dos pais ao serviço, que foi feita, não só mas também, através da familiarização com o ambiente (que pode ser hostil para os pais, por lhes ser desconhecido: existem muitas máquinas desde monitores, ventiladores, oxímetros, cabos de ECG, cabos de medição de temperatura corporal, etc).

Procurei dirigir-me aos pais utilizando o seu nome próprio, evitando a sua despersonalização (afinal, não são pai nem mãe do enfermeiro, mas do RN que ali se encontrava). Esta forma de comunicar com os pais foi facilitada pelo acesso que tive às folhas de registo, bem como através da consulta do processo do RN e família. Pude igualmente participar nos registos realizados.

Por outro lado, a linguagem utilizada permitiu esclarecer termos técnicos utilizados pelos profissionais de saúde. Neste serviço, é fornecida informação aos pais sobre todos os procedimentos que se prevê realizar e pude igualmente esclarecer os pais sobre os mesmos.

Neste serviço, existe um livro chamado “diário do bebé”, onde os pais podem escrever o que quiserem sobre o seu dia-a-dia na UCIN, incluindo os seus sentimentos e as etapas de desenvolvimento do seu filho, a que chamamos de “conquistas”; sabem que os profissionais apenas vão ler esse diário se os pais assim o desejarem. Procurei enaltecer estas “conquistas” e estimular a utilização essa forma de registo, que pode ajudar os pais a lidar com este período. Pude fornecer autocolantes sobre os marcos da evolução do bebé durante o internamento. Gostei de partilhar com os pais a reação do RN ao seu toque/cuidado, expliquei etapas do seu desenvolvimento (quer sobre o que o bebé ia desenvolvendo até ao momento, quer explicando o que era esperado que fosse desenvolvendo, fornecendo orientações antecipatórias).

Pude igualmente colaborar na promoção do aleitamento materno e/ou promoção da amamentação (sempre que esta é viável). Sempre que possível, ajudava a mãe a poder amamentar o seu filho, capacitando-a para pegar no seu filho e coloca-lo à mama. Pude igualmente explicar como utilizar uma bomba de extração de leite materno, promovendo a produção do leite e expliquei os cuidados relativos à conservação do mesmo.

A vinculação é igualmente estimulada através do contacto físico entre os pais e o RN, sempre que possível e de forma mais precoce. A manipulação do RN é gerida de acordo com a possibilidade dos pais estarem presentes. Todos os cuidados prestados são negociados com os pais e é promovido o seu envolvimento na prestação dos mesmos; sempre que possível são incentivados a prestar esses cuidados, de acordo com as suas capacidades e vontade. Segundo a OMS e autores como Bloch, Lequien & Provasi (2003) e Tamez (2013), o método canguru ou contato pele a pele promove o afeiçoamento e apego, permitem manter a temperatura corporal do RN e reduz os índices de infeção. Este método tem inúmeros benefícios para os pais e para o RN.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estágio na UCIN, fui desenvolvendo competências de EEESIP na prestação de cuidados ao RN, mobilizando conhecimentos previamente adquiridos, nomeadamente o posicionamento do recém-nascido prematuro, a prevenção do risco de hemorragia intraventricular.

A complexidade dos RN internados neste serviço requer que sejam prestados cuidados técnicos e relacionais específicos, exigindo que a equipa de enfermagem estabeleça uma relação de proximidade com a família. Aqui pude assistir e participar em vários momentos em que uma comunicação eficaz foi estabelecida, potenciando momentos de relação terapêutica. Outro aspeto que apreciei foi a valorização dos cuidados centrados na família, a parceria e a importância de prestar cuidados personalizados, em detrimento de cuidados estandardizados.

No decorrer deste estágio, deparei-me com algumas dificuldades, nomeadamente:

- Conjugação de horários de trabalho (contexto profissional e académico/estágio)
- Insegurança na prestação de alguns cuidados de enfermagem, relacionado com:
 - Ambiente desconhecido
 - Equipa multidisciplinar desconhecida
 - Prematuridade do RN e cuidados de enfermagem específicos

Esta situação é corroborada por Nascimento & Ferrão (2016) citando Murphy et al. (2006): “a condição de equilibrar o trabalho, a formação e a vida pessoal e familiar, pode ser difícil de conseguir, podendo a formação pós-graduada conduzir a um desequilíbrio nas restantes dimensões” (Nascimento & Ferrão, 2016, p.92).

De modo a superar as adversidades encontradas, optei por pôr em prática atividades previamente delineadas para este estágio e foi discutido com a enfermeira orientadora se existiriam outras atividades a desenvolver.

A pesquisa e leitura bibliográfica serviram de suporte à prestação de cuidados, bem como à informação fornecida aos pais.

A informação partilhada com os pais é realizada em vários momentos, nomeadamente junto do RN, aquando da prestação de cuidados, mas também em sessões planeadas (cuja temática se prende com os cuidados ao RN, como a higiene ou alimentação, mas também a prevenção de acidentes. Inclusivamente, eu pude participar nessas sessões do dirigidas à família sobre os cuidados ao RN prematuro. Nestas sessões, fomenta-se a partilha de experiências entre os pais, bem como o esclarecimento das suas dúvidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. (2ª ed). Lisboa: Climepsi
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito – Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora
- Bloch, H., Lequien, P., & Provasi, J. (2003). *A criança prematura*. Lisboa: Instituto Piaget
- Bowlby, J. (1984). *Apego*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda
- Centeno, M. (2017). A obstetrícia a olhar pelo feto. In Joana Saldanha, Carlos Moniz & Maria do Céu Machado (Eds.) *Nascer Pré-termo. Cuidados Multidisciplinares* (11-14). Lisboa: Associação da Crianças de Santa Maria (Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE)
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic
- Ethier, A. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Fim de Vida. In M. J. Hockenberry & D. Wilson. (Coords.) *Wong: enfermagem da criança e do adolescente* (931-963). (9ª ed). (Vol. 1). Loures: Lusociência
- Favero, L., Mazza, V. A., & Lacerda, M. R. (2012). Vivência de enfermeira no cuidado transpessoal às famílias de neonatos egressos da unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*. 25(4). 490-496. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400002>
- Nascimento, C.; & Ferrão, S. (2016). De mestrando a mestre: impacto da formação no desenvolvimento profissional percebido pelos enfermeiros. In: M. G. Mestrinho (Coord.). *Formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros*. (pp. 57-110). Loures: Lusodidacta
- Nascimento, C.; & Ferrão, S. (2016). De mestrando a mestre: impacto da formação no desenvolvimento profissional percebido pelos enfermeiros. In: M. G. Mestrinho (Coord.). *Formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros*. (pp. 57-110). Loures: Lusodidacta
- Neil, R. (2004). Filosofia e ciência do cuidar. In M. Alligood & A. Tomey. *Teóricas de enfermagem e a sua obra – modelos e teorias de enfermagem*. (163-183). Loures: Lusodidacta.

- Ordem dos Enfermeiros (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar*. Lisboa: OE. Acedido 14.12.2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: OE. Acedido a 10/05/2017 Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Parecer N.º6/2012: Formação Sobre Massagem Para Pais Com Os Filhos Internados Na Unidade De Cuidados Intensivos Neonatais*. Acedido a 10.07.2017 Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Paginas/Colegios.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: OE
- Spiers, J. A. (2005). A concept analysis of vulnerability. In J. R. Cutcliffe & H. P. McKenna (Eds.). *The essential concepts of nursing* (331-347). Edinburgh: Elsevier
- Tamez, R. (2013). *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. (5ª Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Worden, J. W. (1998). *Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental*. (2ª.Ed). Porto Alegre: Artes Médicas
- http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/en/ acedido a 25.10.2017

Objetivos e atividades a desenvolver no Estágio no Serviço de Neonatologia (25/09/2017 a 22/10/2017)

Objetivos	Atividades a desenvolver	Competências Específicas de EEESCJ
Conhecer o método de gestão de cuidados utilizado neste serviço	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de normas e protocolos que orientam a gestão de cuidados - Reuniões com a enfermeira chefe e a enfermeira orientadora para conhecer e discutir o método de gestão de cuidados 	
Conhecer a filosofia de enfermagem que suporta a prestação de cuidados no serviço de neonatologia	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de normas de prestação de cuidados de enfermagem - Reuniões com a enfermeira orientadora para discutir a filosofia de cuidados prestados e sua operacionalização - Observação da dinâmica e prática de cuidados de enfermagem no serviço 	
Prestar cuidados de enfermagem ao RN (recém-nascido) e família em situação complexa de saúde internado no serviço de neonatologia	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta do processo da criança - Discussão com a enfermeira orientadora de práticas de cuidados específicos à criança e família - Prestação de cuidados diretos ao RN em situação complexa de saúde: respiração, circulação, cuidados de higiene e conforto, alimentação, eliminação, distúrbios metabólicos - Acolhimento da família do RN internado no serviço: apresentação do serviço e normas de funcionamento e apresentação da equipa - Informar os pais sobre a situação da criança - Estimular a participação dos pais nos cuidados, de acordo com as suas capacidades e situação da criança - Orientação antecipada da família para questões relacionadas com o crescimento e desenvolvimento da criança considerando a patologia 	<p><i>E 1.1 – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem</i></p> <p><i>E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais</i></p>
Refletir sobre os cuidados prestados	<ul style="list-style-type: none"> - Leitura sobre prestação de cuidados ao RN prematuro - Reflexão com a enfermeira orientadora sobre os cuidados prestados 	

<p>Desenvolver uma relação terapêutica com a família do RN internado no serviço de neonatologia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Praticar uma escuta ativa, - Utilização da comunicação verbal com discurso adequado à família e ao momento - Utilização da comunicação não-verbal adequada à família e ao momento - Observação da relação, desenvolvida pelos enfermeiros, como modelo orientador para a minha prática - Discussão com a enfermeira orientadora das práticas de comunicação utilizadas no serviço 	<p><i>E 3.3 – Comunica com a criança, jovem e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</i></p>
<p>Ajudar a família a gerir as emoções</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dar espaço – físico e temporal – para que a família manifeste as suas emoções - Respeitar os silêncios - Incentivar a partilha com a família alargada ou outras pessoas significativas – amigos, grupos de apoio - Orientação e ser elo de ligação com outros profissionais especializados, se necessário – psicólogo, orientador espiritual 	
<p>Aprofundar conhecimentos sobre cuidados de enfermagem ao RN internado no serviço de neonatologia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa e leitura de bibliografia atualizada relacionada com a prestação de cuidados à criança e família internada numa Unidade de Cuidados Neonatais - Elaborar uma reflexão crítica escrita durante o estágio do S. Neonatologia 	
<p>Aprofundar conhecimentos sobre diferentes culturas e religiões</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa e leitura de bibliografia relacionada com multiculturalidade e religiões 	

APÊNDICE V

Tratamento Imediato da Reação Anafilática em contexto de sala de vacinação

Logotipo da Instituição



8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
3ºSemestre

Unidade Curricular: Estágio com relatório

**TRATAMENTO IMEDIATO DA REAÇÃO
ANAFILÁTICA
em contexto de sala de vacinação**

Discente

Filomena Simões

Equipa Pedagógica

Enfermeira Sara Sitefane

Professora Maria Filomena Sousa

Localização da Instituição

2018

LISTA DE SIGLAS

DGS – Direção-Geral da Saúde

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

EV – Endovenoso

IM – Intramuscular

PNV – Plano Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

ÍNDICE

	<i>Página</i>
1. INTRODUÇÃO	4
2. A REAÇÃO ANAFILÁTICA	5
2.1. Tratamento imediato da reação anafilática	8
3. O PAPEL DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO IMEDIATO DA REAÇÃO ANAFILÁTICA EM CONTEXTO DE SALA DE VACINAÇÃO	9
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

ANEXOS

Anexo I – Critérios clínicos de diagnóstico de reação anafilática

Anexo II – Equipamento mínimo e medicamentos necessários para tratamento da reação anafilática

Anexo III – Procedimentos a adotar em caso de reação anafilática

APÊNDICES

Apêndice I – *Checklist* “Lista de manutenção e reposição para tabuleiro de vacinação”

Apêndice II – Doses pediátricas para o tratamento imediato da reação anafilática

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), os enfermeiros devem possuir a formação necessária à excelência do seu exercício profissional (OE, 2010), sendo detentores de conhecimentos científicos e técnicos adequados à prática de enfermagem.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro), enquanto instrumento jurídico que regula o exercício profissional da enfermagem, define que “Cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” (Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril). Neste seguimento, a OE (2010^a) refere ainda que o exercício profissional se insere num contexto de atuação multiprofissional, em que as intervenções interdependentes são iniciadas por outros profissionais, sendo da responsabilidade do enfermeiro a implementação técnica da intervenção; e as intervenções autónomas são da responsabilidade do enfermeiro, quer a prescrição quer a implementação das mesmas.

No que concerne à Segurança do Cliente, a OE defende que os clientes têm direito a cuidados seguros, e a segurança deve ser uma preocupação fundamental das organizações e dos profissionais de saúde (OE, 2005).

Segundo a Direção-Geral da Saúde os profissionais que administram vacinas devem estar aptos a reconhecer uma reação anafilática e a iniciar o seu tratamento o mais rápido possível. Também o REPE, no ponto 4 do artigo 9º, refere que os enfermeiros detêm as competências necessárias para atuar em situações de emergência. Para tal, os serviços de saúde deverão dispor do equipamento mínimo para tratamento inicial da anafilaxia (DGS, 2017).

O presente documento não pretende substituir qualquer norma emitida pela Direção-Geral da Saúde (DGS), nomeadamente o Programa Nacional de Vacinação (PNV) 2017, mas procura adequar a referida norma à sala de vacinação da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de *(localização da instituição)*.

2. A REAÇÃO ANAFILÁTICA

A anafilaxia é uma reação sistémica de gravidade variável, normalmente de início súbito e é potencialmente fatal. Pode desencadear-se por mecanismos imunológicos IgE-mediado (é o caso das alergias alimentares, aos antibióticos beta lactâmicos, venenos de insetos); imunológicos não IgE-mediado; não imunológico (p. ex. frio, calor, exposição solar) ou ser uma anafilaxia idiopática (**Figura 1**).

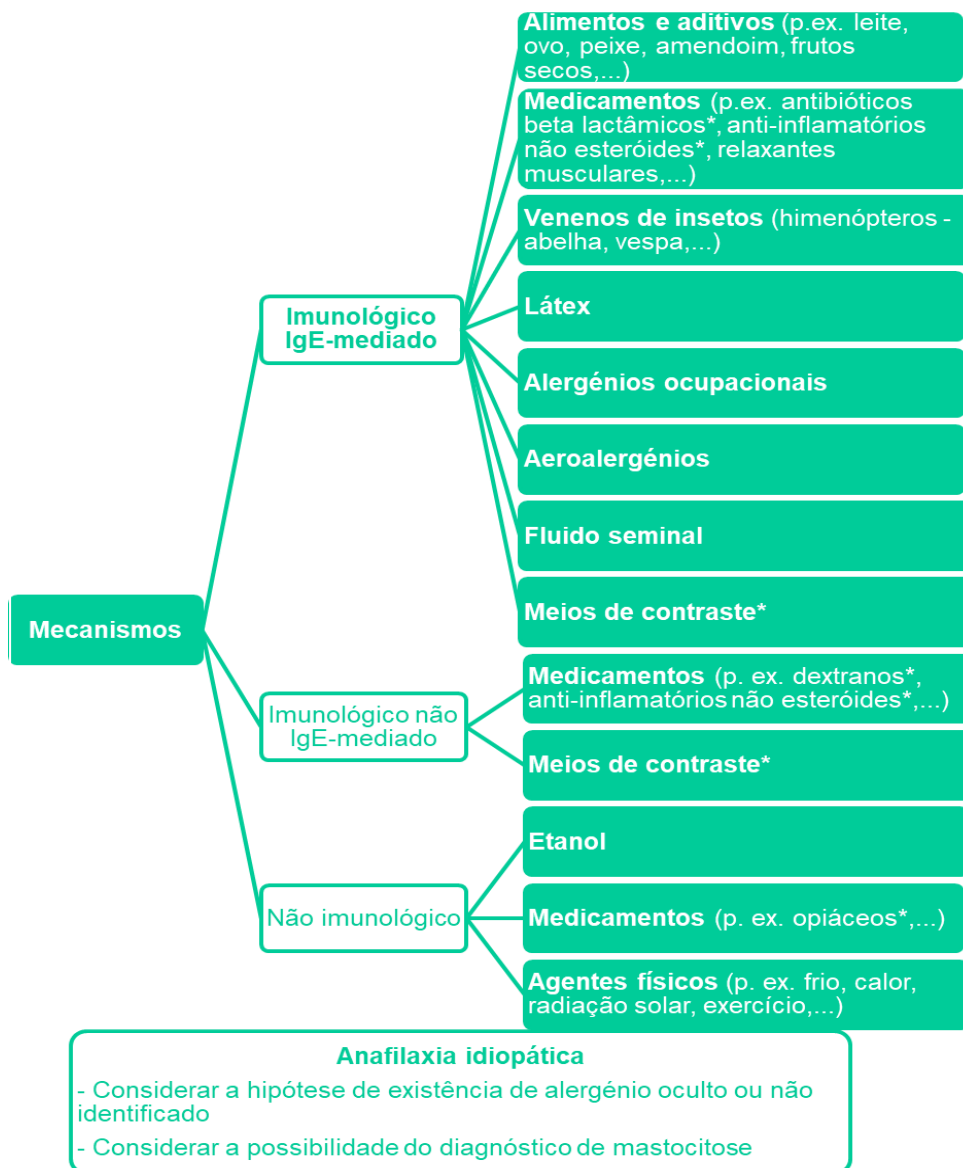


Figura 1 – Desencadeantes de anafilaxia por mecanismo envolvido (alguns agentes podem relacionar-se com vários mecanismos, imunológicos e não imunológicos – assinalados com (*)) (Mota, et al., 2015).

Para compreender o tratamento imediato da reação anafilática, torna-se necessário definir os conceitos de “reação adversa” e “reação anafilática”.

Reação adversa

Associado à administração de qualquer medicamento incluindo as vacinas, podem ocorrer **reações adversas**. Estas são mais frequentes a nível do local de injeção e menos frequentes a nível sistémico (p. ex. febre).

Pode ainda ocorrer reações de hipersensibilidade, não grave, aos componentes das vacinas, não constituindo, por si só uma contraindicação à da mesma (p. ex. alergia ao ovo).

As reações anafiláticas são muito raras e podem surgir após a administração de qualquer medicamento. São reações adversas graves que potencialmente ameaçam a vida, pelo que exigem que os serviços estejam preparados na eventualidade de ocorrerem.

Todas as reações adversas devem ser notificadas ao INFARMED, ao médico assistente e ao responsável pela vacinação.

Reação anafilática

De acordo com a DGS (2016), a **reação anafilática** é uma reação de hipersensibilidade sistémica, grave e potencialmente ameaçadora da vida.

A reação anafilática pode ser de intensidade ligeira, moderada ou grave dependendo do sistema ou aparelho que afete e dos sintomas que manifesta (**Quadro 1**). Por ex. a hipotensão arterial é considerado um sinal grave, significa que atingiu o sistema nervoso e pode preceder uma paragem cardiorrespiratória.

Esta situação clínica caracteriza-se por várias alterações a nível da via aérea e/ou circulatória, por vezes associadas a alterações cutâneas e mucosas. Inclui sinais e sintomas, que podem surgir isolados ou combinados, de rápida evolução, atingindo um pico entre 3-30 minutos após a exposição ao agente causal. Pode ocorrer um período de acalmia de 1-8 horas antes do desenvolvimento de uma segunda reação, sendo considerada uma resposta bifásica.

Sistema / Aparelho	Ligeira	Moderada	Grave
Pele	Prurido generalizado, eritema facial difuso, urticária, angioedema	Sintomas anteriores	Sintomas anteriores
Aparelho gastrointestinal	Prurido orofaríngeo, edema labial, sensação de opressão orofaríngea, náuseas, dor abdominal ligeira	Sintomas anteriores + dor abdominal intensa, diarreia, vômitos recorrentes	Sintomas anteriores + perda de controlo de esfíncteres
Aparelho respiratório	Rinite, sensação de opressão na garganta, broncoespasmo ligeiro	Sintomas anteriores + disfonia, tosse laríngea, estridor, dispneia, broncoespasmo moderado	Sintomas anteriores + cianose, saturação de O ₂ <92%, paragem respiratória
Aparelho cardiovascular	Taquicardia	Sintomas anteriores	Hipotensão, choque, disritmia, bradicardia grave, paragem cardíaca
Sistema nervoso	Ansiedade, alteração do nível de atividade	Sensação de lipotimia	Confusão, perda de consciência

Quadro 1 – Classificação da reação anafilática por níveis de gravidade

O diagnóstico da reação anafilática ou anafilaxia é clínico, mas todos os profissionais que administram vacinas devem saber reconhecer precocemente os seus sinais e sintomas e iniciar o seu tratamento o mais precocemente possível. Uma abordagem atempada e adequada favorece o prognóstico, com letalidade inferior a 1% (DGS, 2016). Após a administração de qualquer vacina, as pessoas devem permanecer no serviço, sob observação, durante 30 minutos.

Os critérios clínicos de diagnóstico de reação anafilática adotados pela DGS (2016) têm por base as recomendações do *National Institute of Allergy and Infectious Disease and Food Allergy and Anaphylaxis Network*. (**Anexo I**).

A DGS recomenda que todos os serviços de vacinação devem dispor de equipamento mínimo e medicamentos necessários para o tratamento inicial da reação anafilática (**Anexo II**). Perante esta recomendação, criou-se uma *checklist* para a UCSP de (*localização da instituição*), de modo a facilitar a verificação do material que deverá estar no tabuleiro da Sala de Vacinação (**Apêndice I**).

2.1. Tratamento imediato da reação anafilática

A abordagem terapêutica no tratamento do cliente com reação anafilática obedece a uma lógica sequencial estruturada “ABCDE”, devendo tratar-se as manifestações priorizando as potencialmente mortais à medida que surgem.

No Programa Nacional de Vacinação 2017 (DGS, 2016), estão descritos os procedimentos a adotar em caso de reação anafilática (**Anexo III**). De acordo com estas orientações, foi criada uma tabela com as doses pediátricas dos medicamentos e doses recomendados para o tratamento imediato da reação anafilática (**Apêndice II**).

3. O PAPEL DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO IMEDIATO DA REAÇÃO ANAFILÁTICA EM CONTEXTO DE SALA DE VACINAÇÃO

A reação anafilática é uma reação potencialmente fatal e requer uma intervenção rápida e eficaz da equipa de saúde. Esta situação exige que o enfermeiro detenha competências técnico-relacionais. Do ponto de vista técnico, o enfermeiro deve ser capaz de identificar os sinais e sintomas de uma reação anafilática, comunicar ao médico para que o cliente seja avaliado (uma vez que diagnóstico da reação anafilática é clínico) e iniciar as medidas necessárias para o tratamento o mais precocemente possível.

Do ponto de vista relacional, o enfermeiro deve ser capaz de estabelecer uma comunicação eficaz dentro da equipa de saúde – garantindo a cadeia de sobrevivência – mas também com o cliente e sua família ou pessoas significativas. Para isto, o enfermeiro deve respeitar os valores e crenças do cliente, considerando a sua situação de especial vulnerabilidade por se encontrar em situação de emergência, com potencial risco de vida. Esta situação provoca-lhe medo e ansiedade (Sanders, 2014; Alisic et al, 2015).

A par dos cuidados técnicos, deve ser preocupação da equipa de saúde acalmar o cliente e sua família, perspetivando a melhoria da comunicação e reduzindo o potencial de comportamento descontrolado decorrente da ansiedade sentida pelo cliente e seus familiares (Eggleston, 2003; Oliveira, T. R.; & Simões, S. F., 2013).

A comunicação ocorre em dois níveis: verbal e não-verbal (Stuart, 2001). A comunicação verbal ocorre através de palavras faladas ou escritas. Uma limitação da comunicação verbal é que as palavras podem ter significados diferentes dentro de diferentes grupos ou subgrupos culturais, porque elas têm um sentido denotativo – significado real ou concreto – e um conotativo – significado implícito ou sugerido. A comunicação não-verbal inclui tudo o que não envolve a palavra escrita e falada, mas que transmite uma mensagem. Nesta estão envolvidos todos os sentidos. Frequentemente, a comunicação não-verbal pode indicar com maior precisão o que

uma pessoa quer dizer do que as palavras que são ditas. Existem vários comportamentos que envolvem a comunicação não-verbal:

- Sugestões vocais ou sugestões paralinguísticas, que incluem todas as qualidades não-verbais da fala: o tom, o volume, a intensidade da voz, a velocidade, o ritmo da fala e dos sons não-verbais: riso, pigarreio, tosse nervosa, sons de hesitação como “um” ou “uh”.
- Sugestões por ações: são movimentos corporais; incluem reflexos automáticos, postura, expressão facial, gestos, maneirismos e ações de qualquer espécie. Os movimentos faciais e a postura podem facilitar a interpretação do humor do locutor.
- Sugestões por objetos: dizem respeito ao uso intencional e não-intencional de objetos pelo locutor, como por exemplo, vestuário e objetos pessoais.
- Contato físico: envolve tanto o espaço pessoal quanto a ação. A resposta de uma pessoa ao contato físico é influenciada pelo contexto, cultura, tipo de relacionamento, gênero dos comunicadores, idade e experiências. O contacto físico pode ser um modo de expressar ou transmitir algo a uma pessoa, como preocupação, empatia ou carinho. O toque terapêutico é uma forma de contato físico.

É através da comunicação que se desenvolve a relação entre o prestador de cuidados e o cliente (Eggleston, 2003; Sequeira, 2016). Ao estabelecer uma comunicação eficaz com o cliente, o enfermeiro pode desenvolver uma relação de confiança. De acordo com Travelbee (1971) citado por Townsend, uma relação apenas é possível quando cada indivíduo que faz parte da interação vê o outro como um ser humano único” (Townsend, 2011, p. 122).

Keene, Perry & Potter (2005) referem que é através da comunicação terapêutica que o enfermeiro mostra que se preocupa com o cliente. Os autores definem a “comunicação terapêutica” como a capacidade do enfermeiro mostrar a sua preocupação pelo cliente, criando um clima de confiança, o que permite ao cliente a abertura para estabelecer essa comunicação. A comunicação terapêutica permite estabelecer uma relação efetiva através da utilização do conhecimento sobre a comunicação, existindo uma interação comunicativa intencional. Sequeira

(2016) refere que este método de comunicação é um processo consciente e deliberado, que permite ao profissional responder às necessidades explícitas e implícitas do cliente.

Stuart (2001) identificou as seguintes técnicas de comunicação terapêutica:

- Escuta ativa: escutar é essencial para que o enfermeiro possa compreender o cliente, pois reforça a verbalização do cliente. A escuta ativa facilita a comunicação e pode ser sinónimo de “empatia”, que significa “comunicar a outras pessoas que percebemos como se sentem e porquê” (Keene, Perry & Potter, 2005, p. 35).

- Colocar questões abertas que demonstrem a atenção pelo enfermeiro, como “em que está a pensar?”, “quer falar sobre isso?”.

- Reafirmação: é a repetição, pelo enfermeiro, da última ideia expressa pelo cliente.

- Clarificação: ocorre quando o enfermeiro tenta colocar em palavras as ideias ou pensamentos vagos que estão implícitos na fala do paciente. A clarificação é importante quando as declarações sobre emoções e comportamentos não são claros.

- Reflexão: a *reflexão do conteúdo* também é chamada de *validação*. Permite que o paciente saiba que o enfermeiro o ouviu e compreendeu o que foi dito. Por vezes, é útil repetir a declaração do cliente, salientando uma palavra-chave.

Estabelecer uma comunicação eficaz implica o recurso a estratégias de comunicação e a linguagem utilizada deve adequar-se à pessoa, considerando o seu estágio de desenvolvimento (Faleiros, Sadala & Rocha, 2002; Hockenberry, 2014; Guerreiro, 2016).

A par da situação de *stress* sentida pelo cliente, também a equipa de saúde pode sentir ansiedade face ao cuidado prestado ao cliente. Para minimizar o *stress*, os enfermeiros têm de desenvolver estratégias que os capacitem para a prestação de cuidados em situações de emergência, como por exemplo, saber estabelecer prioridades nas intervenções, promover a formação em contexto clínico, criar grupos de reflexão e discussão das práticas de cuidados, privilegiar a evidência científica e

desenvolver a investigação nesta área (Rosso et al, 2014; Galinha de Sá, Botelho & Henriques, 2015).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo seu caráter potencialmente fatal, as situações de emergência, como a reação anafilática, são situações de ansiedade extrema que requerem que a equipa de saúde possua competências técnico-relacionais que a capacite a responder eficazmente a estas situações. Os enfermeiros, por administrarem tratamentos e medicamentos, deverão ser detentores de conhecimentos que os tornem aptos a responder atempada e precocemente em situações de emergência relacionadas com esta prática, num ambiente promotor da segurança do cliente.

É através da comunicação que os enfermeiros conseguem estabelecer uma relação de confiança com a equipa de saúde e com os seus clientes, com especial importância em situações de emergência, como as reações anafiláticas.

A intervenção do enfermeiro no tratamento da reação anafilática em contexto de sala de vacinação deve cumprir as recomendações da DGS (2016). O “Programa Nacional de Vacinação 2017” é uma norma da DGS muito esclarecedora, pelo que o presente documento não pretende substituí-la e o documento original deverá ser consultado sempre que surjam dúvidas. O presente manual refere-se ao tratamento imediato da reação anafilática e procura adaptar o PNV 2017 à realidade da UCSP de *(localização da instituição)*.

Os anexos contidos neste manual foram retirados do PNV 2017 e os apêndices constituem adaptações das recomendações do mesmo, adequadas à realidade da UCSP de *(localização da instituição)*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alisic, E; Hoysted, C.; Kassam-Adams, N.; Landolt, M. A.; Curtis, S.; Kharbanda, A.B.; ...; Babl, F.E. (2015). Psychosocial Care for Injured Children: Worldwide Survey among Hospital Emergency Department Staff. *The Journal of Pediatrics*. 170. 227-233. Acedido a 04.02.2018 Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.10.067>
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Norma N.º 016/2016 de 16/12/2016 atualizada a 31/07/2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 03/01/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0162016-de-16122016.aspx>
- Eggleston, K. B. (2003). O ambiente dos cuidados de urgência. In W. J. Phipps, J. K. Sands & J. F. Marek (Coords.) *Enfermagem medico-cirúrgica – conceitos e prática clínica*. Vol I, cap 22 (617-653). Loures: Lusociência.
- Faleiros, F.; Sadala, M.L.; & Rocha, E.M. (2002). Relacionamento terapêutico com criança no período perioperatório: utilização do brinquedo e da dramatização. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 36(1): 58-65. Acedido a 10.07.2017 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342002000100009&script=sci_abstract&tlng=pt
- Galinha de Sá, F.L.; Botelho, M.A.; & Henriques, M.A. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: a experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. 19(1). 31-46. Acedido a 08.02.2018 Disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf.
- Guerreiro, P. B. (2016). A Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica: A 'ARTE' de Cuidar. Dissertação de mestrado. Disponível no RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/16496>.
- Keene, M; Perry, A. G.; & Potter, P. A. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos clínicos*. Lusociência

- Lei n. º156/2015 de 16 de setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. *Diário da República I Série*, N. º 181 (16-09-2015) 8059-8105
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_15_6_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf
- Hockenberry, M. J. (2014) A influência da família na promoção da saúde da criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Coords). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed). (Vol. I, pp.49-71). Loures: Lusociência.
- Mota, I, Pereira, A. M., Pereira, C., Tomaz, E. Ferreira, M. B., Sabino, F. ... Morais-Almeida, M. (2015). Abordagem e registo da anafilaxia em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 28(6). 1-11.
- Oliveira, T. R.; & Simões, S. F. (2013). Comunicação enfermeira-cliente no cuidado em unidade de pronto atendimento 24h (upa 24h): uma interpretação em Travelbee. *Enfermería Global*. 30. 91-105.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar*. Lisboa: OE. Acedido a 14/12/2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2005). Segurança do doente: Erros de medicação; Escassez de Enfermeiros; Declaração de Luxemburgo. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 17, 64. Acedido a 14/12/2016 Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/RevistadaOE.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2010^a). *Parecer n. 13/2010: Administração de vacinas de alergologia*. Acedido a 10/02/2018. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/documents/parecer13_2010_ce.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010^b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: OE
- Regulamento nº 351/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. *Diário da República II Série*, nº 119 (22-06-2015) 16660-16665

- Rosso, E.; Junior, E.J.; Aggio, C.; Trincaus, M.R.; Possolli, G.T.; Zanoti-Jeronymo, D.V. (2014). Avaliação do nível de estresse entre os profissionais de enfermagem atuantes no SAMU de Guarapuava-PR. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. 7(1). 13-17. Acedido a 04.02.2018 Disponível em <http://anais.unicentro.br/cis/pdf/iiv2n1/155.pdf>.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry & D. Wilson (Coords). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed). (Vol. II, Cap. 26, pp.1025-1060). Loures: Lusociência.
- Sequeira, C. (coords.) (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel.
- Stuart, G. (2001). *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática*. (6ª. Ed). S. Paulo (Brasil): Artmed.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. (6ª ed.). Loures: Lusociência

ANEXOS

Anexo I

Critérios clínicos de diagnóstico de reação anafilática

1. Início súbito da reação (minutos a algumas horas) com envolvimento da pele e/ou mucosas (urticária, eritema ou prurido generalizado; edema dos lábios, da língua ou da úvula) e, pelo menos, uma das seguintes situações:

- a) Compromisso respiratório – dispneia, sibilância / broncospasmo, estridor, diminuição do DEMI/PEF¹, hipoxemia
- b) Hipotensão ou sintomas associados de disfunção de órgão terminal – hipotonia (colapso), síncope, incontinência

2. Ocorrência, de forma súbita, após exposição a um alérgico provável para aquele doente (minutos a algumas horas), de duas ou mais das seguintes situações:

- a) Envolvimento da pele e/ou mucosas - urticária, eritema ou prurido generalizado; edema dos lábios, da língua ou da úvula
- b) Compromisso respiratório – dispneia, sibilância / broncospasmo, estridor, diminuição do DEMI/PEF¹, hipoxemia
- c) Hipotensão ou sintomas associados [por exemplo, hipotonia (colapso), síncope, incontinência]
- d) Sintomas gastrointestinais - cólica abdominal, vômitos

3. Hipotensão após exposição a um alérgico conhecido para aquele doente (minutos a algumas horas):

- a) Lactentes e crianças: pressão arterial sistólica reduzida para a idade:
 - <1 ano – inferior a 70mmHg;
 - 1 a 10 anos – inferior a [70mmHg+(2x idade)];
 - 11 a 17 anos - inferior a 90mmHg ou diminuição da pressão arterial sistólica superior a 30%
- b) Adultos: pressão arterial sistólica inferior a 90mmHg ou diminuição do valor basal do doente superior a 30%

¹ DEMI/PEF – Débito expiratório máximo instantâneo (*Peak Expiratory Flow* – PEF, acrónimo internacional)

Anexo II

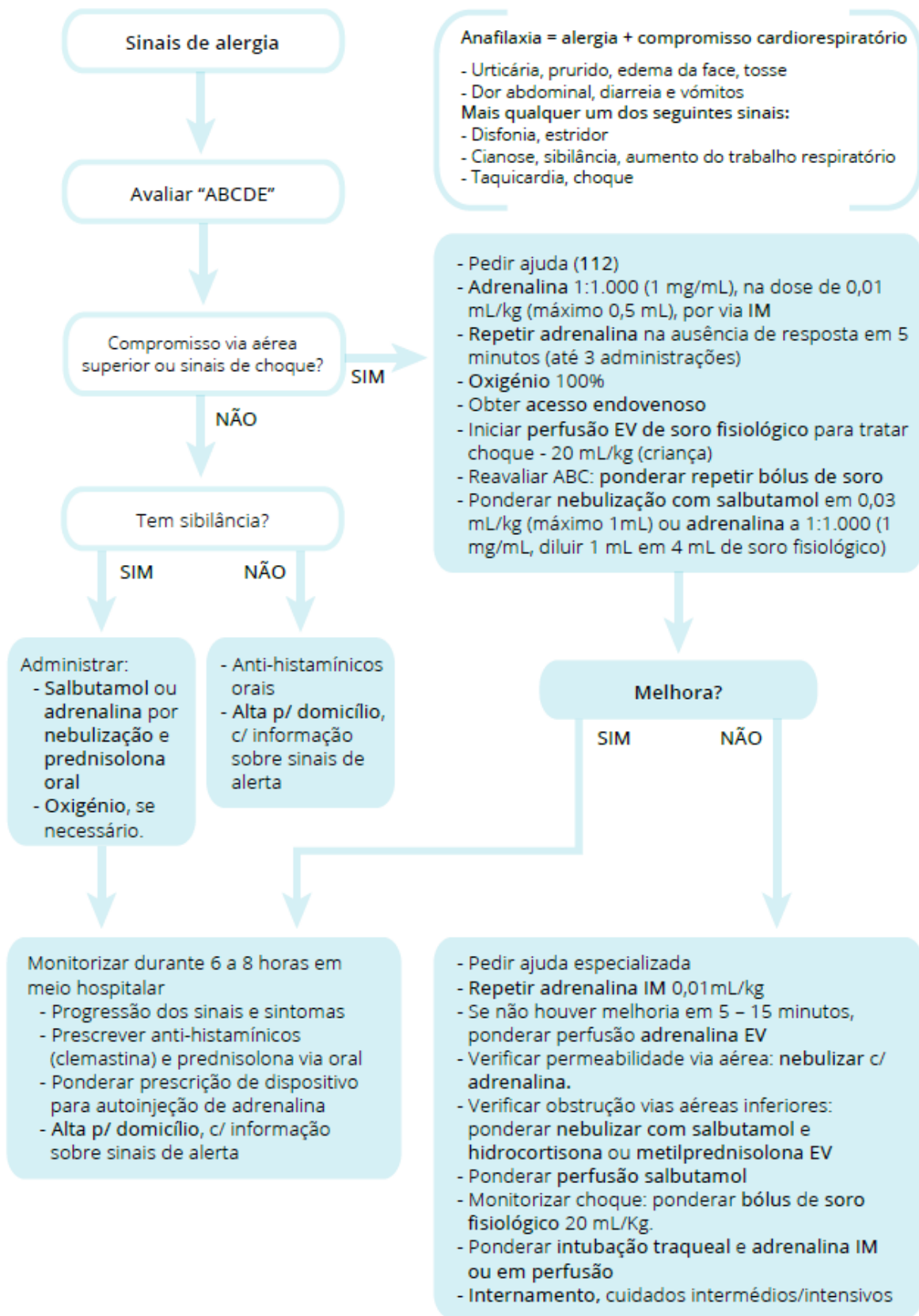
**Equipamento mínimo e medicamentos necessários para tratamento da reação
anafilática**

-
1. Adrenalina a 1:1 000 (1 mg/mL)
 2. Oxigénio – máscaras com reservatório (O₂ a 100%) e cânulas de Guedel (vários tamanhos) e debitómetro a 15 L/m
 3. Insufladores autoinsufláveis (500 mL e 1 500 mL) com reservatório, máscaras faciais transparentes (circulares e anatómicas, de vários tamanhos)
 4. Mini-nebulizador com máscara e tubo bucal
 5. Soro fisiológico (EV)
 6. Broncodilatadores – salbutamol (solução para inalação/nebulização respiratória a 5 mg/ml, e suspensão pressurizada para inalação 100 µg/dose)
 7. Corticosteroides – metilprednisolona (IM/EV), prednisolona (PO) e hidrocortisona (IM,EV)
 8. Anti-histamínico – clemastina (IM)
 9. Esfigmomanómetro normal (com braçadeiras para crianças, adolescente e adulto)
 10. Estetoscópio
 11. Equipamento para intubação endotraqueal: laringoscópio, pilhas, lâminas retas e curvas, pinça de Magil, tubos traqueais (com e sem *cuff*), fita de nastro e máscara laríngea tipo Igel®).
 12. Nebulizador
-

¹ Os serviços de vacinação mais pequenos, nomeadamente unidades funcionais, que distem menos de 25 minutos de um serviço de saúde onde esteja disponível todo o equipamento mínimo necessário (pontos 1 a 12), devem ter, pelo menos, o enunciado nos pontos 1 a 10, inclusive.

Anexo III

Procedimentos a adotar em caso de reação anafilática



Sinais de alergia

Avaliar "ABCDE"

Compromisso via aérea superior ou sinais de choque?

SIM

NÃO

Tem sibilância?

SIM

NÃO

Administrar:
- Salbutamol ou adrenalina por nebulização e prednisolona oral
- Oxigénio, se necessário.

- Anti-histamínicos orais
- Alta p/ domicílio, c/ informação sobre sinais de alerta

Melhora?

SIM

NÃO

Monitorizar durante 6 a 8 horas em meio hospitalar
- Progressão dos sinais e sintomas
- Prescrever anti-histamínicos (clemastina) e prednisolona via oral
- Ponderar prescrição de dispositivo para autoinjeção de adrenalina
- Alta p/ domicílio, c/ informação sobre sinais de alerta

- Pedir ajuda especializada
- Repetir adrenalina IM 0,01mL/kg
- Se não houver melhoria em 5 - 15 minutos, ponderar perfusão adrenalina EV
- Verificar permeabilidade via aérea: nebulizar c/ adrenalina.
- Verificar obstrução vias aéreas inferiores: ponderar nebulizar com salbutamol e hidrocortisona ou metilprednisolona EV
- Ponderar perfusão salbutamol
- Monitorizar choque: ponderar bólus de soro fisiológico 20 mL/Kg.
- Ponderar intubação traqueal e adrenalina IM ou em perfusão
- Internamento, cuidados intermédios/intensivos

Anafilaxia = alergia + compromisso cardiorespiratório

- Urticária, prurido, edema da face, tosse
- Dor abdominal, diarreia e vômitos
- Mais qualquer um dos seguintes sinais:
 - Disfonia, estridor
 - Cianose, sibilância, aumento do trabalho respiratório
 - Taquicardia, choque

- Pedir ajuda (112)
- Adrenalina 1:1.000 (1 mg/mL), na dose de 0,01 mL/kg (máximo 0,5 mL), por via IM
- Repetir adrenalina na ausência de resposta em 5 minutos (até 3 administrações)
- Oxigénio 100%
- Obter acesso endovenoso
- Iniciar perfusão EV de soro fisiológico para tratar choque - 20 mL/kg (criança)
- Reavaliar ABC: ponderar repetir bólus de soro
- Ponderar nebulização com salbutamol em 0,03 mL/kg (máximo 1mL) ou adrenalina a 1:1.000 (1 mg/mL, diluir 1 mL em 4 mL de soro fisiológico)

APÊNDICES

Apêndice I

***Checklist* “Lista de manutenção e reposição para tabuleiro de vacinação”**

LISTA DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO PARA
TABULEIRO DE VACINAÇÃO

MATERIAL ✓ (sim) ou X (não)	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data
<i>Tabuleiro</i>							
1 Tubo Guedal n.º 5,0 / 5,5 / 6,0 / 6,5							
1 Cânula nasal							
Máscara de oxigénio com reservatório (adulto e pediátrica) (1 de cada)							
NaCl 0,9% 100 (1 unid)							
NaCl 0,9% 500ml (1 unid)							
Seringa 1cc (5 unid)							
Seringa 2cc (5 unid)							
Seringa 5cc (5 unid)							
Seringa 10cc (5 unid)							
Butterfly n.º 19/21 / 23 (3 de cada)							
Abocath's n.º 20/22/24/26 (3 de cada)							
Adesivo de seda 1,25 cm e 2,5cm (1 de cada)							
Garrote							
Prolongamentos c/ torneira 3 vias (2 unid)							
Sistema de soro simples (1 unid)							
Sistema de Microgotas (1 unid)							
Tabela de tratamento imediato de reação anafilática							
Etiquetas							
Bloco para registos							
<i>Armário superior</i>							
<i>Drogas:</i>							
Adrenalina EV (5 unid)							
Atropina EV (3 unid)							
Hidrocortisona 100mg EV (2 unid)							
Metilprednisolona 125mg EV (2 unid)							
Clemastina 2mg EV (2 unid)							
Salbutamol 5ml EV (1 unid)							
Salbutamol para nebulização (1 unid)							
<i>Lateral esquerdo do armário da balança pediátrica</i>							
Bala de O2 (verificar debitómetro)							
<i>Verificado por (rubrica):</i>							

Efetuada semanalmente e após utilização, pelo elo de ligação do grupo da vacinação ou Enf.º Chefe da unidade ou em quem este delegar.

Bibliografia:

Direção-Geral da Saúde (2016). *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Norma n.º 016/2016 de 16/12/2016 atualizada a 31/07/2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 03.01.2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0162016-de-16122016.aspx>

Apêndice II

Doses pediátricas para o tratamento imediato da reação anafilática

TRATAMENTO IMEDIATO DE REAÇÃO ANAFILÁTICA

	ADRENALINA EV	SALBUTAMOL Nebulização	METILPREDNISOLONA EV	CLEMASTINA IM/EV
	Dose: 0,01 mg/kg Diluição: 1 mg \Rightarrow 10ml 0,1 mg = 1 ml = 100 U	Dose: 0,03 mL/kg	Dose: Crianças: 2 mg/kg Diluição: 125mg \Rightarrow 2mL	Dose: Crianças: 0,0125 mg/kg Diluição: 1mL \Rightarrow 5mL
2 kg	0,02 mg = 20 U	0,06 mL = 6 U	4 mg = 0,064 mL = 6 U	0,025 mg = 13 U
3 kg	0,03 mg = 30 U	0,09 mL = 9 U	6 mg = 0,096 mL = 10 U	0,0375 mg = 19 U
4 kg	0,04 mg = 40 U	0,12 mL = 12 U	8 mg = 0,128 mL = 13 U	0,05 mg = 25 U
5 kg	0,05 mg = 50 U	0,15 mL = 15 U	10 mg = 0,16 mL = 16 U	0,0625 mg = 31 U
6 kg	0,06 mg = 60 U	0,18 mL = 18 U	12 mg = 0,192 mL = 19 U	0,075 mg = 38 U
7 kg	0,07 mg = 70 U	0,21 mL = 21 U	14 mg = 0,224 mL = 22 U	0,0875 mg = 44 U
8 kg	0,08 mg = 80 U	0,24 mL = 24 U	16 mg = 0,256 mL = 26 U	0,1 mg = 50 U
9 kg	0,09 mg = 90 U	0,27 mL = 27 U	18 mg = 0,288 mL = 29 U	0,1125 mg = 56 U
10 kg	0,1 mg = 100 U	0,3 mL = 30 U	20 mg = 0,32 mL = 32 U	0,125mg = 63 U

TRATAMENTO IMEDIATO DE REAÇÃO ANAFILÁTICA

	ADRENALINA IM
<6 meses	0,01 mL/Kg/dose
≥6 meses e <6 anos	0,15 mL
≥6 anos e <12 anos	0,3 mL
≥12 anos	0,5 mL

Bibliografia:

Direção-Geral da Saúde (2016). *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Norma nº 016/2016 de 16/12/2016 atualizada a 31/07/2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 03.01.2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0162016-de-16122016.aspx>

APÊNDICE VI

**Estágio em Serviço de Cirurgia Cardiotorácica
Análise Crítica e Reflexiva sobre Relação Terapêutica**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
3º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estágio em Serviço de Cirurgia Cardiorácica
Análise Crítica e Reflexiva sobre Relação Terapêutica

Mestranda

Filomena Marisa Lourenço Simões

Docente Orientador

Professora Maria Filomena Sousa

LISBOA

Fevereiro 2018

Lista de Siglas

CCF – Cuidados Centrados na Família

OE – Ordem dos Enfermeiros

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

Durante o estágio na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de Cirurgia Cardíaca, pude continuar a minha prática de cuidados à criança e família. Nesta altura, de uma forma mais consistente, enriquecida pelo meu percurso de aprendizagem e as competências que fui desenvolvendo através da reflexão da prática de cuidados prestados nos contextos de estágio anteriores.

A admissão numa UCI implica uma vulnerabilidade acrescida por parte da criança e família e é considerada como uma situação traumática (Roets, Rowe-Rowe & Nel, 2012; Rodríguez-Rey & Alonso-Tapia, 2016). O ambiente hostil de uma UCI exacerba os *stressores* decorrentes da hospitalização, pelo que se torna imperativo promover a presença da família, prevenir e minimizar a ansiedade da separação; promover uma sensação de controlo, incentivando a parceria nos cuidados prestados; e prevenir ou minimizar a dor ou lesão corporal (Hockenberry & Barrera, 2014).

Ambientes complexos como o serviço de urgência ou a UCI propiciam que os enfermeiros se orientem para cuidados tecnicistas. Contudo, é fundamental que se desenvolva uma prática de cuidados sob uma perspetiva holística e humana, estabelecendo uma relação terapêutica (baseada na confiança e respeito mútuo), potenciando a recuperação e bem-estar (Watson, 2002; Lopes, 2005; Gomes, 2017). Ao considerar isto, quando presto cuidados, procuro sempre ter uma abordagem empática e personalizada quando me dirijo à criança e à família. Uma das formas que encontrei para envolver os pais na prestação de cuidados é a avaliação da temperatura corporal, que é realizada de uma forma semelhante à que seria realizada no domicílio e os pais estão familiarizados com o equipamento necessário: o termómetro axilar. Geralmente, é a mãe que quer participar nos cuidados prestados ao filho.

O ambiente da UCI pode ser hostil quer para a criança quer para a família. O ruído frequente dos alarmes de equipamentos como monitores e ventiladores é uma constante agressão auditiva para ambos. Como tal, procuro informar sobre as rotinas da UCI, explico que o ruído é habitual na UCI, embora tentemos minimizar o

seu impacto. Sobretudo em situação de internamentos mais prolongados, os pais compreendem se o enfermeiro se preocupa ou não com determinado alarme.

Também o diagnóstico e tratamento de uma cardiopatia numa criança implica, por parte da família, uma adaptação física e psicológica. Segundo Delaney, Schroeder & Baker (2014), “quando os pais tomam conhecimento da cardiopatia, passam inicialmente por um período de choque, seguido por uma grande ansiedade, especialmente receio pela morte da criança” (Delaney, Schroeder & Baker, 2014, p. 1463).

É necessária uma reorganização da estrutura familiar: a criança com cardiopatia congénita necessita de cuidados, exigindo a dedicação de um cuidador, geralmente a mãe (Delaney, Schroeder & Baker, 2014). Quando a criança está internada, esta situação leva a que o pai possa sentir-se negligenciado, bem como os irmãos, pela ausência da esposa e mãe. Diogo, Baltar, Santiago & Prudêncio (2017) referem que “a vivência de doença e hospitalização implica que o indivíduo seja retirado do seu ambiente familiar, seguro e afetuoso, afastado do seu núcleo de pessoas significativas, das suas atividades sociais, assumindo o papel de pessoa que é cuidada por Outro” (Diogo, Baltar, Santiago & Prudêncio, 2017, p.2). Para minimizar este impacto, é importante envolver outros membros da família ou outras pessoas significativas, que possam servir de suporte à criança e aos pais da criança internada.

A comunicação é fundamental para o desenvolvimento do ser humano. Sequeira (2016) define “comunicar” como “participar, transmitir, falar, estar em comunicação” (Sequeira, 2016, p.2). Esta ferramenta é fundamental para a enfermagem, por ser uma profissão de relação (Sequeira, 2016). Como tal, é fundamental esclarecer as dúvidas da criança/jovem e família, ser claro e verdadeiro na informação fornecida e fomentando a esperança realista.

Na minha prática de cuidados, ao estabelecer uma comunicação terapêutica, procurei estabelecer uma relação terapêutica. Para tal, procurei construir uma relação com possibilidades terapêuticas, na base da confiança, empatia, respeito, aceitação (Sequeira, 2016).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) refere que a relação terapêutica se trata de um processo dinâmico cujo objetivo é “ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde” (OE, 2002, p.10). Esta parceria pressupõe o

envolvimento das pessoas significativas para o cliente nos cuidados de enfermagem (família e convivente significativo), que têm enfoque na promoção dos projetos de saúde de cada pessoa.

A definição de relação terapêutica está presente em qualquer contexto de prestação de cuidados de enfermagem e facilmente se compreende que em situações de maior ansiedade, este tipo de relação permitirá prestar cuidados de enfermagem de qualidade.

Para estabelecer este tipo de relação, ancorei-me na teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson, uma vez que para esta teórica, cuidar implica compreender o outro, as suas necessidades; assim, os cuidados são centrados na totalidade da pessoa. Para cuidar da criança, tenho de compreender as suas necessidades de forma holística, tenho que cuidar igualmente da sua família (Favero, Mazza, & Lacerda, 2012).

Relembro uma situação de prestação de cuidados ao R. e à sua família. Os tios são enfermeiros a desempenhar funções no serviço. A pedido da tia do R., num dos turnos noturnos contactei com a família fazendo uso da uma ferramenta de comunicação “whatsapp”. Utilizando esta ferramenta, foi possível enviar fotografia do RN e mostrar à família que este se encontrável confortável e a dormir.

Parece-me que o uso deste tipo de ferramentas poderia colmatar a falha que o serviço tem, uma vez que não reúne as condições necessárias para os pais poderem permanecer vinte e quatro horas junto do seu filho, apesar do que foi preconizado pela Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1990), do que consta no artigo 2º da Carta da Criança Hospitalizada e do artigo 2º da Lei n.106/2009. Por outro lado, recorrer a estas ferramentas poderia servir para aumentar a proximidade entre os enfermeiros e as famílias, através de uma relação com base na confiança, ou seja, da relação terapêutica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Delaney, A.; Schroeder, M. L.; & Baker, A. (2014). A criança com disfunção cardiovascular. In M. Hockenberry & D. Wilson (Coords). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed). (Vol. II, pp.1427-1499). Loures: Lusociência.
- Diogo, P.; Baltar, P.; Santiago, D.; & Prudêncio, A. (2017). Afeto na prática de cuidados à criança hospitalizada sem acompanhante: determinante da relação enfermeiro-cliente. 1-43. In P. Diogo (Coords.). Diogo, P. *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Favero, L.; Mazza, V. A.; & Lacerda, M. R. (2012). Vivência de enfermeira no cuidado transpessoal às famílias de neonatos egressos da unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*. 25(4). 490-496. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400002> .
- Gomes, M. (2017). *A presença como cuidado de enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Hockenberry, M. J.; & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Coords). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed). (Vol. I, pp.1-20). Loures: Lusociência.
- Lei n.106/2009 de 14 de setembro (2009). Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. *Diário da República I Série*, N.º 178 (14-09-2009) 6254-6255.
- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar*. Lisboa: OE. Acedido a 14.12.2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>.
- Roets, L.; Rowe-Rowe, N.; & Nel, R. (2012). Family-centred care in the paediatric intensive care unit. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 624–630. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01365.x>

- Rodríguez-Rey, R.; & Alonso-Tapia, J. (2016). Development of a screening measure of stress for parents of children hospitalised in a Paediatric Intensive Care Unit. *Australian Critical Care*, 29(3), 151–157. <http://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.11.002>
- Sequeira, C. (coords.) (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel.
- UNICEF (1990). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. Acedido a 07.01.2017. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura – um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- <http://www.iacrianca.pt/index.php/setores-iac/carta-da-crianca-hospitalizada> Acedido a 14.12.2016.